

بدکارکردی جنسی در زنان (سبب شناسی، تشخیص و درمان)

دکتر غلامرضا رجیبی / مجید غفاری^۲

چکیده

این مقاله‌ی مروری براساس یافته‌های جدید پزشکی و روانشناختی به توصیف و بررسی بدکارکردی جنسی در زنان می‌پردازد. کنش‌وری جنسی کیفیت زندگی زنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این نوع مشکلات (بدکارکردی جنسی) می‌تواند تاثیر منفی بر خلق، روابط بین فردی و به طور کلی بر بهزیستی زنان داشته باشد. همچنین در این نوشتار طبقه بندی، شیوع، چرخه‌های پاسخ جنسی، تشخیص و درمانهای دارویی و راهبردهای روانشناختی این اختلال مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند.

Abstract

This article described sexual dysfunction in females with use of medicine and psychological new findings. Sexual dysfunction is important to a person's quality of life. Problems with sexual dysfunction can have a negative effect on mood, interpersonal relationships and overall well-being. Also, in this writing, classification, prevalence, sexual response cycles, diagnostic, drug treatments, and psychological strategies are discussed. Key words: sexual dysfunction, etiology, diagnostic, treatment

استادیار دانشگاه شهید چمران

نگارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران

مقدمه

تمایلات جنسی، یکی از عناصر مهم بهزیستی روانی کلی^۱ زنان است. کژکاری جنسی^۲ صرفاً شامل تنیدگی های شخصی و بین فردی نمی شود بلکه با بیماری های طبی و مشکلات روانی - اجتماعی^۳ زندگی زنان که به طور محسوسی بر سلامتی آنها تأثیر می گذارند نیز مرتبط است. تحقیقات زمینه یابی در مورد زنان نشان می دهد که مشکلات جنسی زنان حاصل عوامل متعددی است که می توانند بهزیستی روانی و سلامتی آنها را تحت تأثیر قرار دهند (ورمیلیون و هولمز^۴، ۱۹۹۷). بدکارکردی جنسی شامل مشکلاتی است که بر میل جنسی فرد، توانایی برانگیختگی و توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی اثر می گذارد، همچنین این نوع مشکلات منجر درد در طی مقاربت جنسی می شود.

یک مدل مفید برای بررسی اختلال در پاسخ های جنسی زنان، شامل توجه همزمان به دیدگاه های سنتی^۵ و بدیع^۶ روانپزشکی، پزشکی، روانشناختی و فیزیولوژیک می باشد. برای برخی از زنان، کژکاری یا نارضایتی، به عنوان فقدان علاقه جنسی^۷ و ناتوانی در برانگیختگی در جهت رسیدن به ارگاسم^۸ (اوج لذت جنسی) تعریف می شود. بسیاری از زنان به این دلیل نارضاضی هستند که همسران آنها آموزش ندیده اند^۹ و یا بی توجه^{۱۰} هستند و برانگیختگی جنسی زنان و پایه های آناتومیک آن را نمی شناسند. برای برخی دیگر، معاینات پزشکی یک مشکل فیزیولوژیک را آشکار می سازد که حساسیت^{۱۱} را مختل می کند (فیلیس^{۱۲}، ۲۰۰۰).

-
- 1 - global well-being
 - 2 - sexual dysfunction
 - 3 - psychosocial
 - 4 - Vermillion, & Holmes
 - 5 - traditional
 - 6 - innovative
 - 7 - sexual interest
 - 8 - orgasm
 - 9 - uneducated
 - 10 - inattentive
 - 11 - sensitivity
 - 12 - Phillips

تعاریف

طبق DSM-IV-TR^۱، تعریف کژکاری جنسی عبارت است از تخریب یک یا بیش از یک مرحله از چرخه‌ی پاسخ‌های جنسی^۲ و همچنین وجود درد همراه با آمیزش^۳ که موجب پریشانی^۴ محسوس و بروز مشکلات بین فردی برای فرد می‌گردد. در این زمینه، برای فراوانی یا شدت مشکل، هماهنگی وجود ندارد و تشخیص بر پایه‌ی قضاوت بالینی^۵ انجام می‌گیرد. بدکارکردی به طور گسترده به عنوان عدم توانایی کامل از لذت بردن در مقاربت جنسی تعریف شده است. به طور اختصاصی، بدکارکردی‌های جنسی اختلالهایی هستند که با یک پاسخ جنسی کامل تداخل می‌کند. این اختلالها مشکلاتی را برای لذت بردن فرد یا داشتن مقاربت جنسی ایجاد می‌کند و به ندرت بدکارکردی جنسی سلامت فیزیکی را به مخاطره می‌اندازد. اما می‌تواند خسارات و صدمات روانشناختی، افسردگی، اضطراب و احساسهای ضعف و بی‌کفایتی سنگینی را ایجاد کند. نژاد^۶، فرهنگ، مذهب و پیشینه‌ی اجتماعی^۷ بیمار باید در فرایند تشخیص باید مورد توجه قرار داد، زیرا هر یک می‌توانند تأثیر مهمی بر میل و یا انتظارات جنسی او داشته باشند (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰؛ ترجمه: نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۸۱)

طبقه‌بندی کم‌کاری‌های جنسی زنان

کژکاری جنسی شامل اختلال در میل^۸، برانگیختگی^۹، اختلالات ارگاسمی^{۱۰}، اختلال درد^۱ و کژکاری‌های جنسی مرتبط با بیماری‌های طبی^۲ و سوء مصرف مواد^۳ می‌باشد، که عبارتند از:

-
- 1 - Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders
 - 2 - sexual response cycle
 - 3 - intercourse
 - 4 - distress
 - 5 - clinical judgment
 - 6 - ethnic
 - 7 - social background
 - 8 - desire
 - 9 - arousal
 - 10 - orgasmic

۱- اختلالات میل جنسی

۱-۱- اختلال میل جنسی کم‌کار^۱

وجود نقص یا فقدان احساسات و میل جنسی برای فعالیت جنسی که ناشی از بیماری روانپزشکی دیگری نباشد.

۱-۲- اختلال بی‌زاری جنسی^۲

وجود یا بروز اخیر بی‌زاری و یا اجتناب از تماس جنسی با یک شریک جنسی.

۲- اختلال برانگیختگی جنسی

به طور ذهنی، فقدان لذت^۳ یا تهییج^۴ در حین فعالیت جنسی.

به طور عینی، نقص یا فقدان روانسازی واژنی^۵.

۳- اختلال ارگاسمیک (اوج لذت جنسی) طاعات فری

وجود تأخیر در رسیدن به ارگاسم و یا فقدان آن.

۴- اختلالات ارتباط جنسی دردناک

۱-۴- مقاربت دردناک^۶

درد اندام تناسلی یا درد لگنی^۷، قبل، در حین و یا بعد از آمیزش که ارتباطی با

واژنیسم^۸ ندارد.

1 - pain

2 - medical conditions

3 - substance abuse

4 - hypoactive sexual desire

5 - sexual aversive disorder

6 - pleasure

7 - excitement

8 - vaginal lubrication

9 - dyspareunia

10 - pelvic

11 - vaginismus

۲- ۴- واژنیسم

اسپام عضلاتی غیرارادی یک سوم بیرونی واژن که در آمیزش اختلال ایجاد می‌کند و یا آن را بازداري می‌کند.

۵- کژکاری جنسی مرتبط با بیماری‌های طبی و یا سوء مصرف مواد.

شیوع

بررسی شیوع کژکاری جنسی زنان، باید با توجه به جامعه‌ی موردنظر، روش‌های ارزیابی و تعاریف مورد استفاده انجام گیرد (ورمیلیون و هولمز، ۱۹۹۷). داده‌های همه‌گیرشناسی بسیار اندکی در مورد شیوع کژکاری‌های جنسی گوناگون وجود دارد و این داده‌ها، تغییرپذیری گسترده‌ای را نشان می‌دهند. براساس گزارش DSM-IV-TR (۲۰۰۰، ترجمه: نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۸۱)، یکی از جامع‌ترین بررسی‌های انجام شده بر روی یک نمونه‌ی معروف از جمعیت ایالات متحده آمریکا (۱۸۵۹ سال) نشان داد که در این نمونه مقاربت دردناک ۱۵ درصد، مشکلات اوج لذت جنسی ۲۵ درصد، میل جنسی کم‌کار ۳۳ درصد و مشکلات برانگیختگی ۲۰ درصد می‌باشد.

چرخه‌ی پاسخ جنسی زنان

تعریف بالینی چرخه‌ی پاسخ جنسی زنان شامل چهار مرحله است که با تغییرات فیزیولوژیک و روانشناختی مشخص می‌شود. اولین مرحله، مرحله‌ی تحریک^۱ است که به وسیله محرک‌های روانشناختی و فیزیولوژیک راه‌اندازی می‌شود و شامل تغییرات هیجانی، افزایش ضربان قلب، تنفس، متورم شدن^۲ و روانسازی واژن می‌باشد. اگر تحریک حفظ شود و ادامه یابد، مرحله دوم یا پلاتو^۳ رخ می‌دهد. در این مرحله احتقان واژن، دامنه‌ی ضربان قلب و تنش ماهیچه‌ای در اثر

1 - excitement

2 - swelling

3 - plateau

ادامه‌ی تحریک افزایش می‌یابد. حجم پستان‌ها افزایش می‌یابد و نوک آنها به حالت نعوظ^۱ در می‌آید. سومین مرحله، ارگاسم است که شامل انقباض‌های همزمان ماهیچه‌های واژنی، مقعدی و شکمی، کاهش کنترل ارادی ماهیچه‌ای و شدت لذت^۲ می‌شود. مرحله‌ی آخر، مرحله‌ی فرونشینی^۳ است که شامل کاهش جریان خون در واژن، کاهش ضربان قلب، تنفس و فشار خون و همچنین چروکیده شدن^۴ نوک پستان‌ها و کوچک شدن آنها می‌شود (مسترز و جانسون، ۱۹۷۰).

چرخه‌ی پاسخ جنسی نیز همانند کژکاری جنسی، از یک تعریف جامع و فراگیر برخوردار نیست. برای مثال، برخی از زنان به سرعت از مرحله‌ی تحریک به مرحله‌ی ارگاسم می‌رسند و برخی دیگر قبل از رسیدن به مرحله فرونشینی، چندین بار مراحل پلاتو به ارگاسم را طی می‌کنند (مسترز و جانسون، ۱۹۷۰).

تشخیص

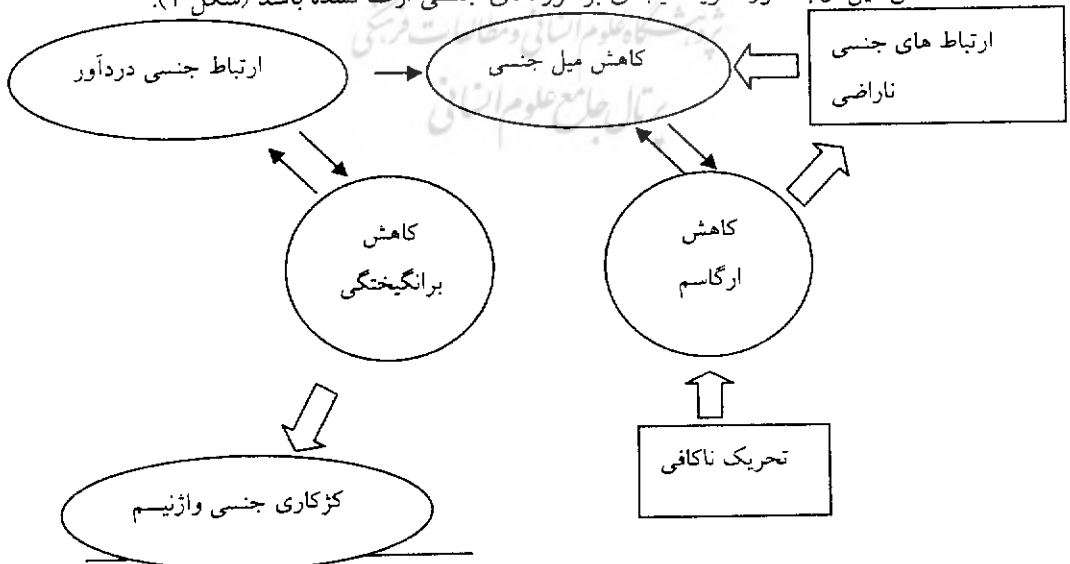
شیوع کژکاری جنسی در زنان جامعه‌ی غیربیمار^۵ نسبت به زنان مبتلا به بیماری‌های خاص زنانه (بیماری‌های ژینکولوژیک^۶) کمتر است. این تفاوت، ضرورت آموزش‌های پزشکی را در این زمینه تأیید می‌کند (فیلیس، ۲۰۰۰).

تشخیص کژکاری جنسی در زنان، نیازمند این است که درمانگران به تاریخچه‌ی بیماران توجه کنند، بیماری‌های خاص زنانه یا عوامل دارویی ایجادکننده‌ی کژکاری جنسی را مشخص کنند و بیمار را از لحاظ روانشناختی مورد ارزیابی قرار دهند. همچنین در این زمینه بررسی جهت‌گیری جنسی^۸ بیمار برای ارزیابی و مدیریت مناسب، اهمیت دارد. سؤالات مستقیم، بدون سوگیری و

-
- 1 - erection
 - 2 - intense pleasure
 - 3 - resolution
 - 4 - shrinking
 - 5 - Masters, & Johnson
 - 6 - non-patient
 - 7 - gynecologic
 - 8 - sexual orientation

غیرقضاوتی^۱، بهترین ابزار برای رسیدن به این هدف می‌باشند زیرا تعارض‌های هویت جنسی^۲، اغلب یکی از دلایل کژکاری جنسی هستند. سبک و نوع سؤالاتی که توسط درمانگران پرسیده می‌شود، باید فضایی را ایجاد کند که بیماران به راحتی نگرانی‌های خود را ابراز کنند. مشاوره‌ی تخصصی^۳ برای این بیماران بسیار مفید و ضروری است (فیلیس، ۲۰۰۰).

کژکاری جنسی را باید برحسب آغاز، مدت و اثر موقعیتی در برابر اثر کلی تعریف کرد. کژکاری موقعیتی^۴ با یک شریک خاص در یک محیط معین یا در یک شرایط قابل تعریف رخ می‌دهد (فیلیس، ۲۰۰۰). وجود انواع کژکاری‌ها (چه یک مورد و چه بیش از یک مورد) باید مشخص شود زیرا ممکن است یک وابستگی درونی^۵ وجود داشته باشد. مثلاً، بیماری که از کاهش میل جنسی شکایت دارد ممکن است اختلال اوج لذت جنسی اولیه^۶ ناشی از تحریک ناکافی داشته باشد که کاهش میل او به طور ثانویه نتیجه‌ی برخوردهای جنسی ارضا نشده باشد (شکل ۱).



- 1 - nonjudgmental
- 2 - gender identity
- 3 - specialized counseling
- 4 - situational dysfunction
- 5 - interdependence
- 6 - primary

شکل اچرخه‌ی کژکاری جنسی. مثال فوق نشان می‌دهد که چگونه یک بیمار می‌تواند وارد چرخه‌ی کژکاری جنسی در یک حوزه شود (مثل کاهش ارگاسم) و سپس این کژکاری به حوزه‌های دیگر پیشرفت کند (مثل کاهش میل). بنابراین شکایت فعلی ممکن است معرف مشکل اصلی که نیازمند ارزیابی و درمان است نباشد (اقتباس از فیلیپس، ۱۹۹۸).

بنابراین در این مورد، درمان اختلال ارگاسمی ممکن است به طور غیرمستقیم میل را افزایش دهد؛ درحقیقت، درمان اختلال میل ممکن است ناموفق باشد و شاید به ناکامی بیمار و دائمی شدن چرخه‌ی بدکارکردی، اضافه کند. پرسیدن این سؤال از بیمار که دلیل مشکل اش چیست، ممکن است تأثیر مثبتی در افزایش بیش^۱ او داشته باشد. او ممکن است این ترس را که حاصل رشد دوباره آزمایش سرطان نرمال ناشی از دخول آلت^۲ است را فاش نماید، یا ممکن است بپذیرد که برای شریک جنسی خود، جذاب نیست. دستیابی به این اطلاعات در فرایند ارزیابی، به تسریع فرایند تشخیص و آغاز درمان، کمک می‌کند (فیلیپس، ۲۰۰۰).

براساس نتایج حاصل از پژوهش‌های قبلی (مسترز و جانسون، ۱۹۷۰؛ ریمی^۳، ۱۹۸۲؛ پرکینز^۴، ۱۹۸۲؛ روزن و اشتون^۵، ۱۹۹۳؛ ثرانف و کلی^۶، ۱۹۹۴؛ ورمیلیون و هولمز، ۱۹۹۷؛ فیلیپس، ۱۹۹۸؛ فیلیپس، ۲۰۰۰) عوامل متعددی در ایجاد کژکاری‌های جنسی زنان نقش دارند که عبارتند از: سالمندی^۷، جراحی^۸، مصرف داروهای گوناگون در اثر بیماری‌های طبی (داروهای موثر بر کارکرد جنسی)، سوء مصرف مواد، بیماری‌های مزمن^۹، ناتوانی‌های جسمی^{۱۰}، حاملگی^{۱۱}، و دوره‌ی پس از زایمان^{۱۲}، قربانی تجاوز جنسی شدن^۱ و عوامل روانی - اجتماعی.

-
- 1 - insight
 - 2 - penil penetration
 - 3 - Reamy
 - 4 - Perkins
 - 5 - Rosen, & Ashton
 - 6 - Thranov, & Klee
 - 7 - aging
 - 8 - surgery
 - 9 - chronic illness
 - 10 - physical disabilities
 - 11 - pregnancy
 - 12 - postpartum period

داروهایی که بر لیبیدو^۲ اثر می گذارند

کاربامازپین ^۶ (تگرتول) ^۷	باربیتورات ها ^۵	آمی تریپتیلین ^۳ (الویل) ^۴
دiazepam ^{۱۱} (والیوم) ^{۱۲}	دانازول ^{۱۰}	کلرپرومازین ^۸ (تورازین) ^۹
لیتیرم ^{۱۵}	ال - دوبا ^{۱۴}	دیگوکسین ^{۱۳}
پروژسترون ^{۱۸}	متیل دوبا ^{۱۷}	متادون ^{۱۶}
تستوسترون ^{۲۲} *	رزربین ^{۲۱}	پروپانولول ^{۱۹} (ایندرال) ^{۲۰}
یوهیمین ^{۲۶}	ترازودون ^{۲۴} (دسیرل) ^{۲۵}	تیروکسین ^{۳۳} *

داروهای بازدارنده‌ی ارگاسم

آپرازولام^{۲۷} (زاناکس)^{۲۸} آمی تریپتیلین (الویل) آمفتامین ها^{۲۹}

- 1 - sexual victimization
- 2 - libido
- 3 - Amitriptyline
- 4 - Elavil
- 5 - Barbiturates
- 6 - Carbamazepine
- 7 - Tegretol
- 8 - Chlorpromazine
- 9 - Thorazine
- 10 - Danazol
- 11 - Diazepam
- 12 - Valium
- 13 - Digoxin
- 14 - L- Dopa
- 15 - Lithium
- 16 - Methadone
- 17 - methyl dopa
- 18 - Progesterone
- 19 - Propanolol
- 20 - Inderal
- 21 - Reserpin
- 22 - Testosterone
- 23 - Thyroxine
- 24 - Trazodone
- 25 - Desyrel
- 26 - Yohimbine
- 27 - Alprazolam
- 28 - Xanax
- 29 - Amphetamines

شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

دیازپام (والیوم)	کلونیدین ^۱	کلرپرومازین (تورازین)
ایمی پرامین	فلوکستین ^۳ (پروزاک ^۲)	دیسولفیرام
نارکوتیکها ^۷	متیل دوپا	متادون
رزپین	پاروکستین ^۹ (پاکسیل ^۸)	فنلزمین (ناردیل ^۸)
		سرتراپین ^{۱۱} (زولوفت ^{۱۲})

ه این داروها بازدارنده نیستند.
اقتباس از ورمیلیون و هولمز (۱۹۹۷)

عوامل روانشناختی

تعارض‌های درون فردی

تابو^{۱۳} های مذهبی، محدودیتهای اجتماعی، تعارضات هویت جنسی^{۱۴} و احساس گناه.

عوامل تاریخچه‌ای

سوءاستفاده‌ی جنسی در گذشته یا حال (جنسی، کلامی و جسمی) و تجاوز^{۱۵}.

تعارض‌های بین فردی

-
- 1 - Clonidine
 - 2 - Disulfiram
 - 3 - Fluoxetine
 - 4 - Prozac
 - 5 - Imipramine
 - 6 - Narcotics
 - 7 - Phenzelzine
 - 8 - Nardil
 - 9 - Paroxetine
 - 10 - Paxil
 - 11 - Sertraline
 - 12 - Zoloft
 - 13 - taboo
 - 14 - sexual identity
 - 15 - rape

تعارض‌های ارتباطی، روابط خارج زناشویی^۱، سوءاستفاده جنسی، کلامی و یا جسمی، لیبیدوی جنسی، تفاوت میل جنسی در مقایسه با شریک جنسی و ارتباط جنسی ضعیف^۲.

استرسورهای زندگی

مالی^۳، مشکلات خانوادگی، مشکلات شغلی، بیماری یا مرگ در اعضای خانواده و افسردگی. اقتباس از فیلیپس (۲۰۰۰).

همان طور که اشاره شد، دارودرمانی و مصرف داروهای ناشی از بیماری‌های طبی، مصرف داروهای غیرقانونی^۴ و سوءاستفاده از الکل در ایجاد کژکاری جنسی (به طور کلی) نقش دارند (وینر^۵ و روزن، ۱۹۹۷).

تغییرات دارویی، قطع روند مصرف دارو و ایجاد تغییر در مقدار^۶ و یا برنامه^۷ داروها ممکن است تا حدودی مشکل را برطرف سازد. کشیدن سیگار که می‌تواند یکی از دلایل کژکاری نعوظ مردان باشد، ممکن است تأثیر منفی مشابهی بر برانگیختگی جنسی زنان داشته باشد (فیلیپس، ۲۰۰۰).

در یک پژوهش، ۷۴ درصد از بیمارانی که به خاطر بیماری‌های زنان‌ه‌ی بدخیم^۸ مورد جراحی قرار گرفته بودند، عنوان کردند که میل جنسی آنها کاهش یافته و ۴۰ درصد نیز گزارش کردند که مقاربت دردناک دارند (ثرانف و کلی، ۱۹۹۴). در مطالعه دیگری، بیش از ۳۰ درصد از زنانی که به خاطر بیماری‌های داخلی^۹، رحم‌پروری^{۱۰} شده بودند، کاهش پاسخدهی جنسی را نشان دادند (فیلیپس، ۲۰۰۰).

-
- 1 - extra-marital affairs
 - 2 - poor sexual communication
 - 3 - financial
 - 4 - illicit drugs
 - 5 - Weiner
 - 6 - dosage
 - 7 - schedule
 - 8 - gynecologic malignancy
 - 9 - benign disease
 - 10 - hysterectomy

گلداشتاین و تنگ^۱ (۱۹۹۱) گزارش کردند که ۲۱ تا ۳۹ درصد از زنانی که به خاطر سرطان سینه^۲ مورد جراحی قرار گرفته بودند، کژکاری جنسی را نشان دادند. تغییرات ژینکولوژیک مرتبط با زندگی تولیدمثلی^۳ زنان (از جمله بلوغ^۴، بارداری، دوره‌ی پس از زایمان و یائسگی^۵) از عوامل مشکل‌ساز و از موانع بالقوه‌ی تمایلات جنسی هستند. از این رو، بلوغ ممکن است به نگرانی‌هایی در مورد هویت جنسی و بارداری و دوره‌ی پس از زایمان نیز ممکن است به کاهش فعالیت، میل و رضایت جنسی^۶ منجر شود (بیرد، هاید، دلاماتر و پلانت^۷، ۱۹۹۸). به علاوه، کاهش استروژن در دوران یائسگی ممکن است دلیلی کافی برای تغییرات فیزیکی و دگرگونی‌هایی در خلق یا کاهش احساس خوب بودن فرد باشد که می‌تواند بر تمایلات جنسی اثر منفی محسوسی داشته باشد (کیوود و بن کرافت^۸، ۱۹۹۶).

درمان

پس از بررسی تاریخچه‌ی بیمار و ارزیابی‌های جسمانی، نوبت به درمان سبب‌شناسی مورد شک^۹ می‌رسد. اگر سبب‌شناسی خاصی به دست نیامد، آنگاه از راهبردهای درمانی پایه^{۱۰} استفاده می‌شود. در این راه، باید نظر بیمار و همسرش را در مورد تناسب درمان و ترجیحات آنها مورد توجه قرار داد زیرا مطالعات نشان داده‌اند که هر چند فعالیت جنسی با رضایت یا صمیمیت جنسی کلی^{۱۱} زوجها همبسته است اما این امر در مورد همه‌ی زوجها صادق نیست. در کل، درمانها علی

1 - Goldstein, & Teng

2 - breast cancer

3 - reproductive

4 - puberty

5 - menopause

6 - sexual satisfaction

7 - Byrd, Hyde, Delampere, & Plant

8 - Cawood, & Bancroft

9 - suspected etiology

10 - basic treatment strategies

11 - overall sexual satisfaction or intimacy

رغم جهت‌یابی جنسی افراد، یکسان هستند (کیوود و بن کرافت، ۱۹۹۶؛ روزن، تیلور، لیلومو باخمن^۱، ۱۹۹۳).

راهبردهای درمانی پایه برای کژکاری جنسی زنان

افزایش اطلاعات

افزایش اطلاعات بیماران و آموزش آنها (در مورد آناتومی بهنجار، عملکرد جنسی^۲، تغییرات بهنجار متناسب با افزایش سن، حاملگی و یا یائسگی)، کتاب درمانی و تشویق به خواندن متون مرتبط و بحث در مورد مسائل جنسی مرتبط با بیماری‌های طبی فرد (در صورت تشخیص).

افزایش تحریک و حذف یکنواختی^۳

تشویق فرد برای استفاده از محرکهای شهوت‌زا^۴، تشویق گفتگو در حین فعالیت جنسی، پیشنهاد استفاده از ویبراتورها^۵ (دستگاه‌های ارتعاش‌گر) و بحث در مورد وضعیتهای متنوع و زمان و مکان مناسب برای فعالیت جنسی.

استفاده از تکنیکهای حواس پرتی^۶

تشویق فرد برای تحیل شهوانی یا غیرشهوانی، تجویز منقبض و شل کردن متناوب ماهیچه های لگن همراه با آمیزش و پیشنهاد استفاده از موسیقی، ویدئو یا تلویزیون.

تشویق رفتارهای غیرمقاربتی

تشویق زوجین به تعامل از طریق پیام حسی^۱ و تجارب مبتنی بر حس بدون درگیری و دخالت نواحی جنسی (در صورتی که یکی از زوجین پیام حسی را بدون درگیری و دخالت نوحی

^۱ - Taylor, Leiblum, & Bachmann

^۲ - sexual function

^۳ - routine

^۴ - erotic

^۵ - vibrators

^۶ - distraction techniques

جنسی به طرف شریک جنسی دیگر ارائه دهد، این پیام‌های هدفمند می‌توانند منجر به افزایش راحتی^۲ و ارتباط بین زوجین شوند^۳، تحریک دهانی^۳ و غیرمقاربتی.

به حداقل رساندن مقاربت دردناک

سطحی^۴: بازکردن پاها به میزان کافی برای کنترل دخول، استفاده از لیدوکائین موضعی^۵، استفاده از دوش آب گرم قبل از آمیزش و استفاده از پسخوراند زیستی^۶.
واژینال: همان پیشنهادهای ارائه شده برای مقاربت دردناک سطحی به علاوه ی استفاده از روانسازها.

عمقی: توصیه‌ی ایجاد تغییرات موقعیتی^۷ جهت به حداقل رساندن فشارهای عمیق^۸ و همچنین استفاده از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی^۹ قبل از مقاربت جنسی (اقتباس از: استریر و بارتلیک^{۱۰}، ۱۹۹۹).

اختلالهای میل

درمان زنان مبتلا به اختلالهای میل جنسی دشوار است. گاهی کاهش میل جنسی زنان پیامد ثانویه‌ای از ملالت حاصل از روال یکنواخت و کسل‌کننده‌ی زندگی جنسی است. توصیه‌هایی در مورد تغییر محل برقراری رابطه و وضعیت قرارگرفتن دو طرف در حین رابطه و همچنین افزایش محرکهای شهوانی مفید خواهد بود. اختلالهای میل در زمان قبل از یائسگی^{۱۱} ممکن است پیامد

1 - sensual message

2 - comfort

3 - sensual message

4 - superficial

5 - topical lidocaine

6 - biofeedback

7 - position changes

8 - deep thrusts

9 - nonsteroidal anti-inflammatory drugs

10 - Striar, & Bartlik

11 - premenopausal

ثانویه‌ای از عوامل مرتبط با سبک زندگی (شغل و یا اداره‌ی کودکان)، مصرف داروها و یا سایر کژکاری‌های جنسی (اختلال درد یا اختلال اوج لذت جنسی) باشد. درمان دارویی خاصی برای بیماران مبتلا به اختلالهای میل وجود ندارد. اگر علت هورمونی یا دارویی برای این اختلال شناخته نشده باشد، مشاوره‌ی فردی یا مشاوره با زوجین مفید است (فیلیپس، ۲۰۰۰).

نتایج برخی پژوهشها نشان داده است که درمان جایگزینی استروژن^۱ با فعالیت، لذت و تخیلات جنسی رابطه مثبت دارد. ساز و کار تأثیر استروژن بر میل جنسی، غیرمستقیم است و از طریق بهبود در آتروفی ادراری - تناسلی^۲، علائم اتساع مویرگها^۳ و اختلالهای خلقی مربوط به یائسگی^۴ (از جمله افسردگی) انجام می‌گیرد (فیلیپس، ۲۰۰۰).

این ارتباط یا سازوکار اثر، کمک می‌کند که پیش‌بینی کنیم کدام بیمار احتمالاً به این روش درمانی (جایگزینی استروژن) پاسخ می‌دهد (افرادی که علائم کمبود استروژن را نشان می‌دهند) و توضیح می‌دهد که چرا برخی از مطالعات، اثر تعدیل‌کننده‌ی استروژن را بر عملکرد جنسی نشان نمی‌دهند (میرس، دیکسن، موریسست، کارمیچل و دیدیوسن^۵، ۱۹۹۰).

در زمینه نقش پروژسترون درمانی^۶ که در بیماران تحت درمان استروژن با رحم سالم ضروری است، مطالعات گسترده‌ای در رابطه با تمایلات جنسی صورت نگرفته است اما شرورین^۷ (۱۹۹۱) پیشنهاد می‌کند که این درمان، خلق را پایین می‌آورد و آندروژنهای در دسترس^۸ را کاهش می‌دهد و به این ترتیب اثری منفی برجای می‌گذارد.

اختلالهای برانگیختگی جنسی

1 - estrogen replacement

2 - urogenital atrophy

3 - vasomotor

4 - menopausal mood disorders

5 - Myers, Dixen, Morissette, Carmichael, & Davidson

6 - progesterone therapy

7 - Sherwin

8 - available androgens

درمانهای رایج زنان مبتلا به اختلالاتی برانگیختگی جنسی عبارتند از روانسازهای تجاری^۱، ویتامین E و روغن های معدنی^۲ (فیلیس، ۲۰۰۰).

اختلالاتی برانگیختگی ممکن است پیامدهای ثانویه تحریک ناکافی باشند، به ویژه در زنان مسن که به تحریک بیشتری نیازمند هستند تا به آن سطح از برانگیختگی برسند که در دوره جوانی به آسانی به آن دست می‌یافتند. تشویق افزایش پیش‌نوازش‌گری^۳ و استعمال ویراتورها برای افزایش تحریک مفید خواهد بود. دوش آب گرم قبل از آمیزش ممکن است برانگیختگی را تا حدودی افزایش دهد. اضطراب ممکن است برانگیختگی را بازداری نماید و تکنیکهای حواس پرتی که اضطراب را کاهش می‌دهند در این موارد مؤثر هستند. آتروفی ادراری - تناسلی، علت رایج اختلالاتی برانگیختگی در زمان یائسگی است و در این موارد جایگزینی استروژن، درمان مؤثری خواهد بود (فیلیس، ۲۰۰۰).

اختلالاتی اوج لذت جنسی

اختلالاتی اوج لذت جنسی (اختلالاتی ارگاسمیک) در شرایطی ایجاد می‌شوند که تجربه‌ی ارتباط جنسی وجود نداشته و یا این تجربه همراه با تحریک کافی نبوده باشد. همچنین در زنانی که تجربه‌ی اوج لذت جنسی نداشته‌اند، این اختلالها شیوع زیادی دارند. اختلالاتی اوج لذت جنسی ممکن است به دلیل مسائل روانشناختی (بازداری غیرارادی بازتاب ارگاسمی^۴) و یا به دلایل دیگری از جمله عوارض دارویی و یا پیامدهای منفی حاصل از یک بیماری مزمن ایجاد شوند (فیلیس، ۲۰۰۰).

بهترین درمان برای اختلالاتی اوج لذت جنسی، به حداکثر رساندن تحریک و به حداقل رساندن بازداری است. تحریک ممکن است شامل تحریک خود، استعمال ویراتورها و یا کنترل

1 - commercial lubricants

2 - mineral oils

3 - foreplay

4 - involuntary inhibition of the orgasmic reflex

ماهیچه‌ای تنش جسمی^۱ (انقباض و رهاسازی متناوب ماهیچه‌های لگنی در حین برانگیختگی جنسی) باشد (کاپلان^۲، ۱۹۸۷).

روش‌های به حداقل رساندن بازداری شامل استفاده از تکنیکهای حواس‌پرستی، تخیل و یا گوش دادن به موسیقی می‌باشد (فیلیس، ۲۰۰۰).

اختلالهای ارتباط جنسی دردناک

مقاربت دردناک می‌تواند به سه نوع درد تقسیم شود: سطحی، واژینال و عمیق. مقاربت دردناک سطحی همزمان با تلاش برای دخول رخ می‌دهد و معمولاً پیامد ثانویه‌ای از یک وضعیت آناتومیک رنج‌آور^۳ و یا واژینیسم است. مقاربت دردناک واژینال، درد مربوط به اصطحکاک و سایش^۴ است. مانند زمانی که مشکلاتی در روانسازی وجود داشته باشد. بالاخره، مقاربت دردناک عمیق، درد مربوط به فشار^۵ است و اغلب با بیماری‌های لگنی^۶ یا مشکل در کسب آرامش^۷ مرتبط است. درمانگر باید در پی کشف یک علت اساسی مرتبط با درد باشد و همچنین بیمار باید از لحاظ جسمانی به دقت و با توجه به جزئیات، مورد ارزیابی و معاینه قرار گیرد. تشخیص سبب‌شناسی زیربنایی^۸ باید به طور اساسی صورت گیرد اما همانند اختلالهای طولانی مدت درد، مشاوره و راهبردهای کنترل درد نیز ضروری هستند. به علاوه می‌توان از رهنمودهای درمانی کلی نیز استفاده کرد (فیلیس، ۲۰۰۰).

واژینیسم که شامل انقباضات غیرارادی ماهیچه‌های یک سوم خارجی واژن می‌باشد اغلب با ترس‌های جنسی^۹ یا تجارب تلخ تجاوز جنسی مرتبط است (روزن و لیلوم، ۱۹۹۵).

1 - muscular control of sexual tension

2 -Kaplan

3 - irritative

4 - friction

5 - thrusting

6 - pelvic disease

7 - relaxation

8 - underlying etiology

9 - sexual phobias

براساس مطالعات انجام شده، رایج‌ترین درمانهای واژینیسم شامل آرامش‌آموزی عضلانی پیش‌رونده^۱ و اتساع واژنی^۲ (اغلب با استفاده از ویراتورها) می‌باشد (کاپلان، ۱۹۸۷؛ روزن و لیلوم، ۱۹۹۵).



1 - progressive muscular relaxation
2 - vaginal dilatation

منابع

انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۰۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویرایش چهارم). ترجمه: محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس (۱۳۸۱). تهران: انتشارات سخن

Reference

- Byrd, J. E., Hyde, J. S., DeLamater, J. D., & Plant, E. A. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Family Practice*, 47, 305-308.
- Cawood, E. H., & Bancroft, J. (1996). Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women. *Psychological Medicine*, 26, 925-936.
- Goldstein, M. K., & Teng, N. N. (1991). Gynecologic factors in sexual dysfunction of the older woman. *Clinics in Geriatric Medicine*, 7, 41-61.
- Kaplan, H. S. (1987). *The illustrated manual of sex therapy*. 2d Ed. New York: Brunner/Mazel: 72-98.
- Masters, W.H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Myers, L. S., Dixon, J., Morrissette, D., Carmichael, M., & Davidson, J. M. (1990). Effects of estrogen, androgen and progestin on sexual psychophysiology and behavior in postmenopausal women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 70, 1124-1131.
- Perkins, R. P. (1982). Sexuality in pregnancy: what determines behavior? *Obstetrics Gynecology*, 59, 189-198.
- Phillips, N. A. (1998). The clinical evaluation of dyspareunia. *International Journal Impotency Research*, 10, 117-120.
- Phillips, N. A. (2000). Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *American Family Physician*, 62, 127-136.
- Reamy, K. (1982). Sexuality in pregnancy: a prospective study. *Journal Reproductive Medicine*, 27, 321-327.
- Rosen, R. C., & Ashton, A. K. (1993). Prosexual drugs: empirical status of the new aphrodisiacs. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 521-543.
- Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1995). Treatment of sexual disorder in the 1990s, an integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 877-890.
- Rosen, R. C., Taylor, J. F., Leiblum, S. R., & Bachmann, G. A. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 171-188.
- Sherwin, B. B. (1991). The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, (72), 336-343.
- Striar, S., & Bartlik, B. (1999). Stimulation of the libido: the use of erotica in sex therapy. *Psychiatric Annals*, 29, 60-62.
- Thranov, I., & Klee, M. (1994). Sexuality among gynecologic cancer patients--a cross-sectional study. *Gynecologic Oncology*, 52, 14-19.
- Vermillion, S. T., & Holmes, M. M. (1997). Sexual dysfunction in women. *Primary Care Update for OB/GYNs*, (4), 234-240.
- Weiner, D. N., & Rosen, R. C. (1997). Medications and their impact. In: Sipski ML, Alexander CJ, eds. *Sexual function in people with disability and chronic illness: a health professional's guide*. Gaithersburg, Md.: Aspen.