درمان سیستمیک اختلالات جنسی

راهنمای درمانگر

ویرایش دوم

تألیف

جرالد آر. ویکس

نانسی گمبشیا

کاترین ام. هرتلین

ترجمه

دکتر مریم ایزدی مزیدی

دکتری روان‌شناسی بالینی

عضو هیئت علمی دانشگاه یاسوج

کتاب ارجمند

فهرست مطالب

مقدمه مترجم ۷
پیشگفتار ۹
۱ رویکرد بین‌سیستمی در درمان جنسی ۱۵
۲ تشخیص اختلالات جنسی ۳۲
۳ ارزیابی بین‌سیستمی اختلالات جنسی ۵۰
۴ ژنوگرام جنسی در ارزیابی ۸۸
۵ مقیاس‌های کارکرد و کژکاری‌های جنسی ۹۸
۶ فنون، راهبردها و اصول کلی درمان ۱۰۷
۷ درمان کمبود/فقدان میل جنسی در مردان و زنان ۱۲۱
۸ اصول، راهبردها و فنون درمانی مخصوص مردان ۱۳۲
۹ اصول، راهبردها و فنون درمانی مخصوص زنان ۱۵۹
۱۰ فن جدید تمرکز حسی ۱۷۷
۱۱ عواملی که درمان اختلالات جنسی را دشوار می‌سازند ۲۰۴
۱۲ اصول تکلیف‌خانگی ۲۱۸
۱۳ آموزش روانی در درمان جنسی ۲۲۷
۱۴ مسائل جسمانی/طبی در درمان جنسی ۲۳۵
۱۵ اخلاق در درمان جنسی ۲۶۰
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۲۷۶
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۲۸۱

مقدمه مترجم

اختلالات جنسی از جمله شایع‌ترین مشکلاتی است که افراد جامعه با آن دست به گریبان هستند. درمانگران علاقه‌مند به کار در این حیطه، نیازمند کسب مهارت در ارزیابی، تشخیص، و ارائه راهبردها و فنون درمانی موثر برای درمان چنین مشکلاتی هستند. بنابراین، لازم است که در مورد جدیدترین مداخلات و روش کاربست آن‌ها آموزش ببینند. برای این منظور، تاکنون کتاب‌های مختلفی، با رویکردهای مختلف، ترجمه و یا تألیف شده است.

در کتاب حاضر که در جهت ارتقاء و پیشبرد مهارت‌های درمانگران و ارائه‌دهندگان خدمات مرتبط با سلامت جنسی تألیف شده است، ویکس، گمبشیا، و هرتلین (۲۰۱۶) با بهره‌گیری از رویکرد بین‌سیستمی و آخرین یافته‌های پژوهشی، به ارزیابی و درمان اختلالات جنسی پرداخته‌اند. طبق رویکرد بین‌سیستمی، فرد تنها واحد درمانی نیست بلکه بخشی از یک سیستم بزرگتر است. بنابراین، تمرکز درمان به فراتر از فرد علامت‌دار گسترش می‌یابد و بافت‌های مختلفی از جمله عوامل فردی، رابطهٔ زوج، خانواده اصلی هر یک از دو نفر، و عوامل بافتی وسیع‌تری مثل جامعه، فرهنگ، تاریخ، مذهب و ... آن‌ها را دربرمی‌گیرد.

نویسندگان این اثر، درمان جنسی را زیرمجموعهٔ زوج‌درمانی می‌دانند. آن‌ها بر این باورند که مشکل جنسی درون رابطهٔ زوج جای دارد؛ رابطهٔ زوج ممکن است در شکل‌گیری مشکل جنسی نقش داشته باشد، یا مشکل جنسی ممکن است باعث مشکلات زوجی شود یا آن را تشدید کند. بنابراین، بر نیاز به ادغام زوج‌درمانی و درمان جنسی تأکید می‌کنند.

در این کتاب، از معرفی پارادایم بین‌سیستمی تا توجه به جنبه‌های اخلاقی در درمان جنسی مورد بحث قرار گرفته است و جنبه‌های کاربردی آن می‌تواند راهنمای کلیه درمانگران جنسی باشد. خواندن این کتاب برای متخصصان روان‌شناسی و روانپزشکی، دانشجویان مقاطع تحصیلی مختلف روان‌شناسی، دستیاران روانپزشکی، دانشجویان پزشکی و متخصصان و دستیاران اورولوژی مفید است. مطالب آن، همچنین، حاوی اشارات جالبی جهت تحقیق و بررسی است. امید است که این اثر در گره‌گشایی از مشکلات بعضی از مراجعان مفید واقع شود.

مریم ایزدی

پیشگفتار

ویرایش دوم کتاب *درمان سیستمیک اختلالات جنسی: راهنمای درمانگر*، یک کتاب همراه برای *کتاب درمان سیستمیک اختلالات جنسی* (هرتلین، ویکس و گمبشیا، ۲۰۰۹) است. از این کتاب می‌توان به‌طور مستقل نیز استفاده کرد. این کتاب اولین متن شناخته‌شده است که پیشنهاد می‌دهد مشکلات جنسی باید در بافت سیستم زوج مورد بررسی قرار گیرند. و بر چندین فرضیه بنا شده است، که آن را با حیطهٔ درمان زناشویی و خانواده‌درمانی یا برای هر درمانگری که از دیدگاه سیستمیک به مشکلات نگاه می‌کند، سازگار می‌سازد. ما فرض می‌کنیم که ۱) مشکلات جنسی ممکن است منعکس‌کنندهٔ مشکلاتی در سطوح مختلف در زوج باشند؛ ۲) حل و فصل بسیاری از مشکلات مرتبط با زوج باید مقدم بر کار بر روی مشکل جنسی باشد؛ ۳) عوامل ناهشیار در رابطهٔ زوج ممکن است درمان جنسی را با مشکل مواجه کند؛ ٤) مشکل یا مشکلات جنسی در یک فرد ممکن است مشکلات جنسی فرد مقابل را بپوشاند؛ ٥) مشکلات جنسی ممکن است به‌طور ناهشیاری توسط زوج حفظ شود تا از صمیمیت در دیگر بخش‌های رابطه اجتناب کنند؛ ٦) تکالیف خانگی باید همیشه هر دو فرد را به‌طور فعالی درگیر کند به‌طوری که هر دو نفر از آن نفع ببرند؛ ۷) مشکلات زوجی و جنسی ممکن است متقابلاً یکدیگر را حفظ یا تشدید کنند. بنابراین این کتاب یک انتخاب ایده‌ال برای برنامه‌های درمان زناشویی و خانواده‌درمانی است چون کاربردی و سیستمیک است.

ما متوجه شدیم درمانگرانی که به آن‌ها آموزش می‌دادیم، اغلب ویراست اول این کتاب را با خود حمل می‌کردند و با خود به جلسات درمان می‌بردند، به آن نگاهی می‌انداختند تا توضیحاتی را دربارهٔ بعضی اختلالات بخوانند، یا برای هدایت جلسه بعدی‌شان برنامه‌ای بیابند. همچنین می‌دیدیم که کارآموزان تحصیلات تکمیلی، در کلاس‌هایی که کتاب *درمان سیستمیک اختلالات جنسی* (هرتلین، ویکس و گمبشیا، ۲۰۰۹) به عنوان کتاب درسی استفاده می‌شد، در این کتاب به دنبال اطلاعات می‌گشتند. بنابراین، هنگام آماده‌سازی ویرایش دوم، روی موضوعاتی متمرکز شدیم که هر درمانگری هنگام انجام روان‌درمانی، مخصوصاً هنگام یکپارچه‌سازی زوج‌درمانی و درمان جنسی، لازم است بداند. و کتاب را طوری اصلاح کردیم که یک راهنما، یک مرجع، یا یک منبع سریع اطلاعات نیز برای بالینگر باشد. از این رو، فصل‌هایی دربارهٔ گرفتن شرح حال جنسی؛ استفاده از ژنوگرام جنسی و جدول زمان‌بندی؛ و تمرین‌های لمس شهوانی که معمولاً به عنوان تمرکز حسی شناخته می‌شوند، را اضافه کردیم (اما در این فصل، یک رویکرد بسیار دقیق‌تر در مورد تمرکز حسی ارائه شده است).

ویرایش دوم کتاب *درمان سیستمیک اختلالات جنسی: راهنمای درمانگر*، براستی یک همراه برای ویرایش دوم کتاب *درمان سیستمیک اختلالات جنسی* (هرتلین، ویکس، گمبشیا) است. این کتاب موضوعاتی مانند طبقات تشخیصی جدید در *DSM-5* (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، راهبردهای ارزیابی و مسائل مرتبط با درمان را در بر می‌گیرد. این کتاب همچنین یک نقشه راه برای درمانگر با تجربه‌ای است که با اختلال جنسی مواجه می‌شود یا درمانگر در حال آموزشی که ممکن است یک زوج را برای اولین بار ببیند. و به خاطر دربر داشتن موضوعات ضروری مثل درخت تریاژ، هدایت مصاحبه جنسی، و فرمول‌بندی تشخیص چندلایه‌ای، با بسیاری کتاب‌های روان‌درمانی متفاوت است.

فصول اصلی این کتاب، فصل‌های طولانی و مفصلی دربارهٔ ارزیابی بالینی و درمان هستند. این فصل‌ها، تجربهٔ وسیع ما از آموزش درمانگران جنسی و کار درمان را در هم آمیخته است. ما ابتدا دستورالعمل‌های کلی دربارهٔ ارزیابی و درمان ارائه می‌دهیم، سپس دستورالعمل‌های خیلی مفصل‌تری دربارهٔ چگونگی ارزیابی و درمان مطرح می‌کنیم. در فصل ارزیابی، سؤالاتی را لیست می‌کنیم که اطلاعات ضروری را جهت طرح‌ریزی درمان، برای درمانگر فراهم می‌آورد. فصل درمان، خیلی اختصاصی به اصول کلی و گام‌هایی برای مداخله می‌پردازد. ما نه تنها دربارهٔ تکنیک بلکه دربارهٔ به کارگیری صحیح آن بحث می‌کنیم. هدف کتاب این است که یک نظریهٔ یکپارچه و جامع برای هدایت کار بالینی خوانندگان فراهم آورد. بخش اعظم این متن عملگرایانه است. ما به وسیله بسیاری از منابع مثل جداول، گراف‌ها، فلوچارت‌ها، طرح‌های درمانی و راهبردهای پیاده‌سازی، اطلاعاتی را دربارهٔ تشخیص و درمان اختلالات جنسی برای درمانگر فراهم می‌کنیم. استفاده از این اطلاعات، باید با نظریه‌ای هدایت شود که قابل تبدیل کردن به عمل باشد. رویکرد بین‌سیستمی که ما به کار می‌بریم، این دستورالعمل را به بالینگر می‌دهد.

همان‌طور که در تمام متون ما گفته شده است، نظریهٔ اصلی رویکرد بین‌سیستمی است. استفادهٔ منحصربه‌فرد از رویکرد بین‌سیستمی در حیطهٔ زوج و درمان جنسی توسط جرالد ویکس در سال ۱۹۷۷، با بعضی مفاهیم زیربنایی، انجام گرفت و از آن زمان، به‌طور مداوم اصلاح شده و توسعه یافته است. این رویکرد تغییر بزرگی در پارادایم حیطهٔ درمان جنسی ایجاد کرده است، یعنی گسترش تمرکز درمان به فراتر از یک فرد و در برگرفتن چندین بافت در زندگی او مثل رابطه، خانوادهٔ اصلی، مشکلات طبی و عوامل بافتی.

به‌طور کلی، حیطهٔ درمان جنسی با تأکید بر درمان رفتاری، سپس درمان روان‌پویشی/ رفتاری شروع شد، که با درمان شناختی- رفتاری، سپس یکپارچگی درمان‌های طبی با درمان جنسی، و در نهایت استفادهٔ نوظهور از ذهن‌آگاهی به عنوان یک درمان کمکی دنبال شد.

هر حرکتی در درمان جنسی از بکارگیری یک دیدگاه منفرد حمایت کرده است، مثل درمان

شناختی–رفتاری، رویکردهای سایکودینامیک یا درمان طبی جنسی، که در آن‌ها همیشه *فرد واحد اصلی درمان است* و همسر کمک‌درمانگر است. رویکرد بین‌سیستمی متفاوت است چون این رویکرد یک پارادیم *جامع* و *یکپارچه* است که درمانگر را قادر می‌سازد که به‌طور همزمان از رویکردهای چندگانه استفاده کند و همین‌طور به همهٔ ابعاد سیستم زوج می‌پردازد. این ابعاد یا حیطه‌های رفتار شامل سیستم فردی، زوجی، بین‌نسلی، و عوامل بزرگتر بافتی مثل فرهنگ و مذهب می‌شود. به‌طور خلاصه، عوامل زیر، *کتاب درمان جنسی– ویراست دوم* (هرتلین، ویکس، و گمبشیا، ۲۰۱۵) را از دیگر متون متمایز می‌سازند:

- **ریشه داشتن در نظریهٔ سیستم‌ها**

فرضیات اساسی در مورد مشکلات جنسی با رویکرد سیستم‌ها هماهنگ است. یعنی فرد تنها واحد درمانی نیست بلکه بخشی از یک سیستم بزرگتر است.

- **رویکرد بین‌سیستمی**

فراچارچوب برای این نسخه، رویکرد بین‌سیستمی است. این رویکرد، از همهٔ روش‌ها و فنون درمانی خاص فراتر می‌رود و روی چندین حیطه از رفتار که باید مورد ارزیابی قرار گیرند و در صورت امکان در درمان هر مشکل جنسی به کار روند، متمرکز می‌شود.

- **ادغام درمان جنسی و زوج‌درمانی**

ما این دو رویکرد را جدانشدنی می‌بینیم. مشکل جنسی درون رابطهٔ زوج جای دارد، و رابطهٔ زوج ممکن است در شکل‌گیری مشکل جنسی نقش داشته باشد، یا مشکل جنسی ممکن است باعث مشکلات زوجی شود یا آن را بدتر کند.

- **نوآوری بالینی**

این متن، بیش از یک قرن تجربهٔ بالینی در مورد دیدگاه سیستم‌ها، و ادغام آخرین یافته‌های پژوهشی را بازنمایی می‌کند. پروتکل‌های ارزیابی و درمان، پژوهش و کار بالینی را در هم می‌آمیزند.

- **تمرکز روی پیاده‌سازی**

بسیاری از کتاب‌های قبلی در مورد درمان جنسی، فنونی را، بدون ارائه یک بافت یا پیشنهاداتی دربارهٔ چگونگی توالی و اجرای این فنون، بیان می‌کنند. یک فن، اگر به درستی اجرا نشود، احتمالاً شکست می‌خورد. این کتاب پیشنهاداتی را دربارهٔ چگونگی طراحی برنامه‌های درمانی و اجرای فنون ارائه می‌دهد.

بررسی اجمالی فصل

ویراست دوم کتاب راهنمای درمانگر برای درمان سیستمیک اختلالات جنسی، شامل فصول زیادی است که به‌طور خاص به مسائلی می‌پردازند که در درمان جنسی به وجود می‌آید:

فصل ۱. *رویکرد بین‌سیستمی برای درمان جنسی*، با معرفی پارادایم بین‌سیستمی که ما برای سال‌ها در زوج‌درمانی و درمان زناشویی به کار برده‌ایم، بنیانی را برای کل کتاب بنا می‌نهد. این رویکرد، ارزیابی و درمان مشکلات جنسی و زناشویی را در پنج حیطه ممکن می‌سازد:

(۱) فردی/ زیست‌شناختی؛ (۲) روانشناسی فردی؛ (۳) روابط دونفره؛ (٤) تأثیرات خانوادهٔ اصلی؛ (۵) عوامل بافتی مثل جامعه، فرهنگ، تاریخ، مذهب و غیره. این فصل به ایستایی نظری که توسط چندین نویسندهٔ دیگر در حیطهٔ درمان جنسی مورد بحث قرار گرفته است می‌پردازد و بر نیاز به ادغام زوج‌درمانی و درمان جنسی تأکید می‌کند.

فصل ۲. *تشخیص اختلالات جنسی*، با مرور ملاک‌های تشخیصی *DSM-5* برای کژکاری‌های جنسی، مقایسه تفاوت‌های بین دو ویراست اخیر *DSM*، و بعضی از مسائل جنسی که در *DSM-5* وارد نشده است مثل اعتیاد جنسی، عدم انطباق جنسیتی خودهمخوان، و کینک مورد رضایت طرفین شروع می‌شود. تشخیص از دیدگاه بین‌سیستمی، به عنوان راهی برای آوردن تشخیص‌های مختلف با یکدیگر، توصیف می‌شود.

فصل ۳. *ارزیابی بین‌سیستمی اختلالات جنسی*، به عنوان یک فرایند جامع، مداوم، و جاری معرفی می‌شود که می‌تواند در کل مدت، با درمان درآمیزد. دستورالعمل‌هایی برای هدایت شرح‌حال جنسی، ارزیابی اختلالات جنسی معین، و سؤالاتی برای پرسشگری ارائه می‌شود. بررسی چگونگی ارزیابی هر حیطهٔ سیستم، دستورالعمل‌هایی را برای روش‌های مختلف ارزیابی فراهم می‌کند.

فصل ٤. *ژنوگرام جنسی در ارزیابی*، روشی نسبتاً جدید و کارآمد برای ارزیابی کارکرد و کژکاری جنسی از یک دیدگاه یکپارچه‌نگر است. کارکردها، ساختار، و استفاده از ژنوگرام‌های جنسی/ جنسیت/ دلبستگی مختلف، و کاربردهایشان برای درمان مورد بحث قرار می‌گیرند. سؤالات پیگیری برای ژنوگرام و استفاده از یک جدول زمانی جنسی پیشنهاد می‌شود.

فصل ۵. *سنجش کارکرد و کژکاری جنسی*، تعدادی از راه‌هایی که به‌طور عینی به جمع‌آوری اطلاعات دربارهٔ کارکرد جنسی می‌پردازند را مورد بررسی قرار می‌دهد. این روش‌ها شامل ابزارهای رفتاری، فیزیولوژیکی، و روانشناختی است که عینی هستند و اعتبار و پایایی آن‌ها شناخته شده است.

فصل ٦. *اصول کلی، راهبردها و فنون درمان*، بعضی از ملاحظات اساسی هنگام شروع درمان مشکلات جنسی را مطرح می‌کند. مسائلی مانند چگونگی شروع درمان، چگونگی مفهوم‌پردازی توالی

درمان، و چگونگی سیستمیک نگه داشتن درمان (زوج‌محور) مورد بحث قرار می‌گیرد. ارزیابی و درمان هر حیطه از رفتار مورد بررسی قرار می‌گیرد. هر کدام، یک اختلال چندعاملی است که نیازمند ترکیب چندین فن درمانی است. تعدادی فن جدید و نوین درمانی برای این اختلالات پیشنهاد می‌شود.

فصل ۷. *درمان فقدان یا کمبود میل جنسی در زنان و مردان*، تشخیص و درمان فقدان/ کم‌میلی در مردان و زنان را با هم مطرح می‌کند. اگرچه *DSM-5* این تشخیص‌ها را جدا کرده است، سبب‌شناسی و درمان آن‌ها آنقدر به هم شبیه است که کنار هم قرار گرفتنشان در یک فصل منطقی‌تر بود.

فصل ۸. *اصول، راهبردها، و فنون درمانی خاص مردان*، توصیف مفصلی از فنون، روش‌ها، و راهبردهای درمان برای اختلال نعوظ، انزال زودرس، و انزال دیررس ارائه می‌دهد. ارزیابی و درمان هر حیطه از رفتار مورد بررسی قرار می‌گیرد. جهت اجرای مؤثر درمان، دستورالعملی برای توالی درمان هر اختلال تنظیم شده است.

فصل ۹. *اصول، راهبردها، و فنون درمانی خاص زنان*، توصیف مفصلی از فنون، روش‌ها، و راهبردهای درمان اختلال ارگاسمی و یک اختلال جدید در *DSM-5* که اختلال درد تناسلی- لگنی نامیده می‌شود، به دست می‌دهد. تشخیص اخیر، ترکیبی از چند اختلال است که با درد هنگام لمس و/یا دخول تناسلی همراه هستند. جهت اجرای مؤثر درمان، دستورالعملی برای توالی درمان هر اختلال تنظیم شده است.

فصل ۱۰. *فن جدید تمرکز حسی*، کاربرد خاص تمرین‌های تمرکز حسی تدریجی درون چارچوب بین‌سیستمی است. اگر چه ما هنوز این تمرین‌ها را تمرین‌های تمرکز حسی می‌نامیم، مفهوم‌پردازی ما از کارکردهای این فن و کاربردشان به میزان زیادی با رویکردهای سنتی متفاوت است. از زمان انتشار نسخهٔ اول کتاب، اولین بار است که تمرکز حسی درون یک چارچوب سیستمیک توضیح داده می‌شود. این تغییر بیانگر پیشرفت چشمگیر، فراتر از استفادهٔ سنتی از تمرکز حسی است.

فصل ۱۱. *عواملی که درمان اختلالات جنسی را پیچیده می‌کند*، موضوعاتی مانند جهل جنسی، اطلاعات افسانه‌ای ناصحیح، شناخت‌های غلط، احساس گناه و شرم در مورد مسائل جنسی را مورد بررسی قرار می‌دهد. این فصل، همچنین، بر راهبردهای درمانی معین برای این عوامل تأکید می‌کند. بخش عمده‌ای از این فصل، ترس‌های زیربنایی زوج‌ها از صمیمیت، که می‌توانند به صورت مشکلات جنسی آشکار شوند، را توضیح می‌دهد.

فصل ۱۲. *اصول تکلیف خانگی*، بسیاری از تکالیف شناختی و رفتاری که در جلسه طراحی می‌کنیم و باید، جهت تداوم تغییر، در خارج از جلسه درمان تمرین شوند را مطرح می‌کند. این فصل دیدگاهی کلی را دربارهٔ اصول اساسی نحوهٔ طراحی تکالیف خانگی ارائه می‌دهد. عناصر ساختاری یک

تکلیف خانگی همراه با چگونگی افزایش پیروی، به طور خلاصه، بیان می‌شوند. فرایند مشارکتی طراحی تکالیف خانگی به‌طور کامل شرح داده می‌شود.

فصل ۱۳. *آموزش روانشناختی در درمان جنسی*، روش‌های متعددی را برای فراهم کردن اطلاعات جهت آموزش روانشناختی به زوج‌ها، مطرح می‌کند. این کتاب، منابع متعددی را از کتاب گرفته تا ویدئوها/ چندرسانه‌ای‌ها، و منابع اینترنتی و غیره، به بالینگران معرفی می‌کنند که می‌توانند توسط مراجعان مورد استفاده قرار گیرند.

فصل ۱٤. *مسائل جسمانی/ پزشکی در درمان جنسی*، پیشنهاداتی را برای کار کردن با مراجعان دچار مشکلاتی مثل بیماری قلبی-عروقی، اختلالات نورولوژیکی، سرطان، دیابت و بیماری‌ها یا ناتوانایی‌های دیگری که بر کارکرد جنسی تأثیر می‌گذارد، ارائه می‌دهد. تغییرات مرتبط با سن که معمولاً بر کارکرد جنسی تأثیر می‌گذارد نیز شرح داده می‌شوند.

فصل ۱٦. *اخلاق در درمان جنسی*، ملاحظات لازم‌الاجرای خاص در درمان جنسی را مورد بررسی قرار می‌دهد. مثل مسئولیت درمانگر در فهم آسیب‌پذیری‌های اخلاقی خود که می‌تواند مانع از درمان شود و در فراهم آمدن محیط امن برای درمان جنسی تداخل کند. بعضی از موضوعات خاص تحت پوشش این فصل عبارت‌اند از نحوهٔ ارجاع دادن و همکاری با متخصصان دیگر، به خصوص پزشکان؛ چندین تنگنای اخلاقی شایع در درمان جنسی؛ استفاده از جانشین جنسی؛ و در نهایت پیشنهاداتی برای مدیریت اخلاقی همهٔ این مسائل.

منابع

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Hertlein, K. M., Weeks, G. R., & Gambescia, N. (Eds.) (2009). *Systemic sex therapy*. New York: Routledge.

Hertlein, K. M., Weeks, G. R., & Gambescia, N. (Eds.) (2015). *Systemic sex therapy* (2nd ed.). New York: Routledge.

۱

رویکرد بین‌سیستمی در درمان جنسی

نظریه و یکپارچگی در زوج‌درمانی

طی چند دههٔ گذشته، رشتهٔ زوج‌درمانی تحول قابل‌ملاحظه‌ای، به ویژه از لحاظ نظری داشته است (گرمن و فرانکل، ۲۰۰۲). زوج‌درمانی در اولین مرحلهٔ نظری خود، «فاقد نظریه» توصیف می‌شد و مفاهیم آن از نظریه‌های روان‌تحلیلی آن زمان گرفته می‌شدند. با پیشرفت این حیطه، نظریه‌های مورد استفاده در آن، با مدل‌های خانواده‌درمانی که به میزان زیادی تحت تأثیر کار جکسون، ستیر، بوئن و هیلی بود، ترکیب شدند (گرمن و فرانکل، ۲۰۰۲). در سال‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، بسیاری از کتاب‌ها و مقالات با این ایده منتشر شدند که می‌توان چندین نظریه را ترکیب کرد و درون یک درمان به کار بست. این کتاب‌ها و مقالات توضیح می‌دادند که چطور می‌توان نظریه‌ها را با هم یکپارچه کرد (ویکس، ۱۹۸۹، ۱۹۹٤). به مرور زمان، زوج‌درمانی از آنچه که السون توصیف می‌کرد (یک حیطهٔ بدون مبنای نظری قوی) (به نقل از گورمن و فرانکل، ۲۰۰۲)، به وضعیت فعلی (توصیف آن به عنوان پالایش و یکپارچگی نظری) (گورمن و فرانکل، ۲۰۰۲) تغییر یافت.

به عقیدهٔ ما نیز بسیار ضروری است که حیطهٔ زوج‌درمانی و درمان جنسی، از لحاظ نظری و عملی، به طور کامل یکپارچه شوند. ما درمان جنسی را زیرمجموعهٔ زوج‌درمانی می‌دانیم و با این گفتهٔ بینیک و میانا (۲۰۰۹) موافقیم که فنون درمان جنسی منحصربه‌فرد نیستند بلکه مربوط به حیطهٔ زوج‌درمانی‌اند. تغییر جهت به سمت یکپارچگی زوج‌درمانی و درمان جنسی، در رویکرد بین‌سیستمی خلاصه می‌شود. رویکرد بین‌سیستمی توسط جرالد ویکس (۱۹۸٦) بنا شد. او برای توصیف این‌که چطور نظریه‌های فردی و سیستمی می‌توانند جهت ایجاد یک رویکرد جامع‌تر به ارزیابی و درمان یکپارچه شوند، از اصطلاح بین‌سیستمی استفاده کرد. این فرانظریه یا فراچارچوب، دیدگاه جامعی را برای فهم صمیمیت و روابط جنسی، و ارتقای آن فراهم می‌آورد و به مراجعان و درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات جنسی را در بافتی بزرگتر ببینند و حل کنند. الجرمن قبل از مرگش از ویکس خواست تا برای *دستنامهٔ جدید زوج‌درمانی*، فصلی دربارهٔ درمان جنسی بنویسد (جرمن، لی باو، اسنایدر، زیرچاپ). جرمن معتقد بود که گام بعدی در رشد درمان جنسی، بکارگیری رویکرد بین‌سیستمی است. ویکس و گمبشیا (زیرچاپ) با همکاری یکدیگر، فصلی را دربارهٔ کاربرد رویکرد بین‌سیستمی

در درمان اختلالات عمدهٔ جنسی نوشتند.

چارچوب بین‌سیستمی روش درمان جنسی زوجی را از یک دیدگاه فرانظریه‌ای مبتنی بر دیالکتیک (ریجل، ۱۹۷٦) ارائه می‌دهد. کاربرد دیالکتیک‌های ریجل در رویکرد بین‌سیستمی، ارتباط بین جهان درونی و بیرونی فرد، فرایندهای فراروانی (که از عوامل مختلفی مثل پویایی‌های درون‌فردی، فیزیولوژی، روان‌شناسی، فرهنگ، موقعیت اجتماعی تأثیر می‌گیرند و بر آن تأثیر می‌گذارند)، و دیگر نیروها مانند اقتصاد، سیاست، مذهب، محیط فیزیکی، فجایع طبیعی و غیره را مسلم فرض می‌کند. چهارچوب بین‌سیستمی همهٔ این زمینه‌ها را ادغام می‌کند تا درمانگر را به فهم و درمان مشکلات جنسی قادر سازد، و یک یکپارچگی واقعی بین این بخش‌ها در یک سیستم زوجی ارائه می‌دهد.

حرکت به سمت یکپارچگی نظری

رویکرد بین‌سیستمی رویکرد منحصربه‌فردی است که در آن یک دیدگاه واقعاً یکپارچه وجود دارد. بسیاری از نظریه‌ها و چهارچوب‌هایی که ادعای یکپارچگی دارند در واقع به لحاظ فنی التقاطی هستند. در التقاط‌گرایی فنی، بالینگران فنون یا راهبردهایی را از چندین نظریه می‌گیرند و به کار می‌برند بدون اینکه اساس نظری منسجمی داشته باشند (لی‌باو، ۱۹۹۷). اما رویکرد یکپارچه دارای یک مبنای نظری منسجم و یکدست و یک چهارچوب مفهومی واضح است که اطلاعاتی را دربارهٔ تشخیص و درمان فراهم می‌آورد. بنابراین، رویکرد بین‌سیستمی نسبت به درمان‌های دیگری که به اصطلاح یکپارچه نامیده می‌شوند، کامل‌تر، پیچیده‌تر، قابل‌اعتمادتر و اخلاقی‌تر است (اسلایف و ربر، ۲۰۰۱).

علاوه بر فقدان یکپارچگی نظری جامع در کار بالینی زوج‌درمانی و درمان جنسی، در حوزه‌های حرفه‌ای زوج‌درمانی و درمان جنسی نیز کمبود یکپارچگی وجود دارد. برای مثال، بسیاری از سازمان‌های حرفه‌ای در زمینهٔ درمان زناشویی و خانواده که دارای منافع مشترک هستند، جدای از یکدیگر عمل می‌کنند. انجمن زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی آمریکا (AAMFT) و انجمن مشاورهٔ آمریکا (ACA) استانداردهایی را برای انجام زوج‌درمانی مقرر کرده‌اند، با این حال تأکید کمی بر آموزش درمان جنسی به دانشجویان، آن‌طور که در استانداردهای آموزشی مطرح شده است، وجود دارد (COAMFTE 2014; CACREP, 2009). همچنین، اگرچه انجمن مربیان، مشاوران و درمانگران جنسی آمریکا (AASECT) استانداردهای آموزشی و نظارتی برای صدور گواهی در درمان جنسی مقرر کرده است، درمانگر جنسی با آموزش خیلی کمی در زمینهٔ زوج‌درمانی یا خانواده‌درمانی قادر به دریافت گواهی است. به لحاظ تاریخی نیز، این دو زمینه در سطح نظری از یکدیگر جدا بوده‌اند. درمان جنسی، زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی، مسیرهای نظری متفاوتی داشته‌اند. متون مربوط به این حیطه‌ها، ترکیب یا تلفیق کمی را در رویکردهای آن‌ها نشان می‌دهد. در نهایت، متون مربوط به

حیطهٔ درمان جنسی، فاقد نظریه است. یک دهه قبل، ویدرمن (۱۹۹۸) به این کاستی اشاره کرد اما از آن زمان تاکنون هیچ تغییری رخ نداده است. بنابراین، عجیب نیست که بالینگران نیز نمی‌توانند به طور یکپارچه عمل کنند زیرا نظریه‌ای که آن‌ها را هدایت کند وجود ندارد.

رویکرد بین‌سیستمی نتیجهٔ بیش از ۳۰ سال اصلاح و بهسازی از طریق تفکر علمی و فعالیت بالینی است. رشد این رویکرد در پی نوشته‌های اولیهٔ ویکس (۱۹۷۷) دربارهٔ رویکرد دیالکتیکی در روان‌درمانی آغاز شد. او در این نوشته‌ها مطرح می‌کند که روان‌درمانی از چارچوب دیالکتیکی (که یکپارچگی فرد- سیستم را روا می‌داند) استفاده نمی‌کند. ویکس و هاف (۱۹۸۷) اولین کتاب را دربارهٔ یکپارچگی درمان جنسی و درمان زناشویی منتشر کردند که حیطهٔ درمان جنسی را از رویکردی منحصراً فردی و رفتاری به سمت یک دیدگاه سیستمی حرکت داد. پس از آن، ویکس چندین کتاب منتشر کرد که عملی بودن استفاده از رویکرد بین‌سیستمی در طیفی از مشکلات بالینی را نشان می‌دادند. برای مثال، ویکس و هاف (۱۹۹٤) نشان دادند که چطور می‌توان از این رویکرد در زوج-درمانی به طور کلی و در کمبود میل جنسی به طور خاص استفاده کرد. ویکس و گمبشیا (۲۰۰۰ و ۲۰۰۲) و ویکس و گمبشیا و جن‌کینز (۲۰۰۳) چندین کتاب نیز دربارهٔ کاربرد این رویکرد در درمان اختلال نعوظ، اختلال کمبود میل جنسی، و خیانت زناشویی نوشته‌اند.

با حرکت زوج‌درمانی به سمت مرحلهٔ بهسازی/ یکپارچگی گرمن و فرانکل (۲۰۰۲)، زوج‌درمانگران باید به نظریه‌هایی که در کار بالینی‌شان استفاده می‌شود، دقت بیشتری کنند. به‌علاوه، وضوح در معرفت‌شناسی فرد باعث به کارگیری بجا و مناسب چارچوب‌های سیستمی و منجر به درمان یکپارچه می‌شود (ال ابیت، ۲۰۰۳، ۲۰۱۳). درمانگران باید بدانند که هر نظریه یا سازه چه کمکی به طرح درمانی‌شان می‌کند. رویکرد بین‌سیستمی دقیقاً همین کار را انجام می‌دهد بدون اینکه از یک نظریه یا مدل زوج‌درمانی خاص حمایت کند. این رویکرد به درمانگران کمک می‌کند تا معرفت‌شناسی یا فلسفه‌ای را که فرضیاتشان (دربارهٔ انسان و تغییر) بر آن بنا شده است، بشناسند و مشخص کنند که هر یک از نظریه‌هایی که در درمان به کار می‌گیرند، چطور با رویکرد کلی‌شان به درمان همسو است.

برنامه و نظریهٔ بین‌سیستمی

پارادایم درمان جنسی بین‌سیستمی توسط سه سازهٔ یکپارچه‌ساز معرفی شده است:

۱. نظریهٔ مثلث عشق استرنبرگ (استرنبرگ، ۱۹۸٦)
۲. نظریهٔ تعامل (استرانگ و کلای‌برن، ۱۹۸۲)
۳. نظریهٔ دلبستگی و تمایلات جنسی (جانسون و زوکارینی، ۲۰۱۰)

این سازه‌ها، هیجانات، شناخت‌ها و رفتارهای زوج را شامل می‌شوند و به مسائل زوج، از جمله مسائل جنسی می‌پردازد. آن‌ها با هم کار می‌کنند و به جای تعدادی مدل درمانی مجزا و منفرد، یک پارادایم منسجم ایجاد می‌کنند.

استرنبرگ (۹۸٦)، روانشناس اجتماعی، نظریهٔ مثلث عشق را مطرح کرد که دارای سه عنصر است: تعهد، صمیمت، و شور و شهوت. او بیان کرد که این سه عنصر با یکدیگر در تعامل هستند. در حالی که بعضی از درمانگران ممکن است تنها به یک بعد از این مثلث توجه داشته باشند، ما معتقدیم که باید به هر سه عنصر توجه داشت و بسته به مراجع، محل تمرکز را تغییر داد. در نظر گرفتن هر سه عنصر، تضمین می‌کند که با یک دیدگاه یکپارچه به سبب‌شناسی مشکل زوج یا یک مشکل جنسی خاص پرداخته شود. هر سه عنصر این مثلث در ساختن رابطهٔ عاشقانه یک فرد بزرگسال سهم نسبتاً برابری دارند. زوج‌درمانگران تمایل دارند که بر روی دو عنصر تعهد، و صمیمیت متمرکز شوند در حالی که درمانگران جنسی تمایل دارند که بر عنصر شهوت تأکید کنند. یک زوج‌درمانگر یا درمانگر جنسی باید اثر متقابل همهٔ جنبه‌ها را به طور همزمان مورد بررسی قرار دهد.

نظریهٔ استرانگ و کلای‌برن (۱۹۸۲) دربارهٔ تعامل، به این موضوع می‌پردازد که هم اجزای درون‌روانی (جنبه‌های درونی رفتار) و هم اجزای تعاملی (نحوهٔ برقراری ارتباط افراد با یکدیگر) در همهٔ روابط فعالند. رویکرد بین‌سیستمی، این نظریه را به عنوان یک جزء *یکپارچه‌ساز* دیگر در فهم مشکلات جنسی زوج و همچنین فهم درک هر فرد از نقش خود در رابطه به کار می‌برد. در بخش بعد، شش مفهوم از این نظریه را به عنوان سازه‌های یکپارچه‌ساز در رویکرد بین‌سیستمی شرح می‌دهیم. این سازه‌ها در نظریه‌های مختلفی وجود دارند بنابراین می‌توان تصمیم گرفت که استفاده از کدام نظریه بهتر است. برای مثال، اولین سازه، تفسیر یا معنایی است که به وقایع داده می‌شود. اگر تفسیر اشتباه باشد، درمانگر می‌تواند آن را در سطوح مختلف و با استفاده از مدل‌های متفاوت کاوش کند. در سطح فردی، یک تفسیر اشتباه را می‌توان از دیدگاه شناختی یا روایتی بررسی کند. با تمرکز بر روی تفسیرهای اشتباه زوج از رفتار متقابل یکدیگر، می‌توان تأثیر باورهای اولیه را با یک دیدگاه سیستمی کاوش کرد؛ در نهایت می‌توان با استفاده از نظریهٔ سبک‌های دلبستگی و اینکه چطور این تفسیرهای درونی‌شدهٔ اولیه می‌توانند پله‌ای برای الگوهای بلندمدت در روابط ایجاد کند، این باور را از یک دیدگاه بین‌نسلی بررسی کرد.

اجزای درون‌روانی

اجزای درون‌روانی در رویکرد بین‌سیستمی شامل تفسیر، تعریف، و پیش‌بینی است. تفسیر (معنایی که به یک رویداد، رفتار یا مشکل داده می‌شود) اشاره به تفسیر صحیح یا ناصحیح فرد از رفتار طرف

مقابلش دارد. برای مثال، ممکن است که فردی اختلال کم میلی جنسی همسرش را حاکی از دوست نداشتن و اهمیت ندادن او بداند، یا فکر کند که به خاطر خشم یا احساسات منفی دیگر، عمداً میل جنسی‌اش را بازداری می‌کند. این تفسیرهای هرچند نادرست، رفتار و دیدگاه فرد دربارهٔ همسرش و رابطه‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

تعریف (آرایش متقابلی از اینکه هر فرد رابطه را چگونه تعریف می‌کند و نقش هر فرد در رابطه چیست)، می‌تواند بدون آگاهی زوج و با تأثیر بر شناخت، عاطفه و رفتار آنها، در دیدگاهشان نسبت به رابطه نفوذ کند. برای مثال، فردی که تجربهٔ جنسی بیشتری داشته، ممکن است انتظارات متفاوتی مانند فعالیت جنسی بیشتر، یا رفتارهای جنسی غیرمعمول از شریک زندگی‌اش داشته باشد. اگر این انتظار مطرح شود، زوج می‌توانند بر سر فراوانی و انواع رفتارهایی که این بخش از رابطه را می‌سازد، توافق کنند. اگر این انتظارات مطرح نشود یا ناهوشیار باشد، مشکلات بین زوج ممکن است گسترش یابد. پس لازم است که درمانگر به زوج کمک کند تا به انتظارات ناگفته یا تعاریف پنهان از رابطه‌شان بپردازند. در مورد دیگری، فردی ممکن است رابطه را خیلی جنسی تعریف کند، در حالی‌که فرد مقابلش انتظار دارد که رابطه خیلی عاشقانه و احساسی باشد. این دو نفر تعاریف متفاوتی از رابطه‌شان دارند و درمانگر می‌تواند به آن‌ها کمک کند که: ۱. به یک تعریف واحد در رابطه برسند ۲. اصطلاحاتی را که، بدون درک آگاهانه از مفاهیم آن، مورد استفاده قرار می‌دهند تعریف کنند.

پیش‌بینی به این اشاره دارد که افراد، تا حدی، تمایل به پیش‌بینی رفتارها و افکار یکدیگر یا یک پیامد خاص را دارند. اغلب، زوج‌های صمیمی معتقدند که وقتی همسرشان را به خوبی می‌شناسند، می‌توانند رفتار او را پیش‌بینی کنند (و در بسیاری موارد، معتقدند که همسرمان ما را به اندازهٔ کافی می‌شناسد پس واکنش‌های ما به رفتارهایش را پیش‌بینی می‌کند). به علاوه، ما تمایل به پیش‌بینی‌های مثبت داریم، مثلاً، فرد مقابل مهربان، سخاوتمند، حساس، مراقبت‌کننده است و دوست دارد که نیازهای ما را برآورده سازد. وقتی که فرد مقابل، آن‌طور که پیش‌بینی شده یا انتظار می‌رود، پاسخ ندهد، سؤالاتی دربارهٔ ماهیت زیربنایی رابطه ایجاد می‌شود. برای مثال، مراجعی که متوجه شده بود همسرش فیلم‌های مستهجن تماشا می‌کند، می‌گفت: «من فکر می‌کردم همسرم فقط و فقط دربارهٔ من افکار جنسی دارد. حالا که فهمیدم فکرم درست نبوده، احساس می‌کنم که هیچ شناختی در مورد او ندارم.» یک پیش‌بینی که غلط از آب در آید، پیش‌بینی‌های دیگر دربارهٔ فرد مقابل نیز زیر سؤال می‌رود. درمانگران جنسی اغلب می‌بینند که پیش‌بینی غلط، بر تکمیل تکالیف نیز اثر می‌گذارد. ممکن است درمانگر درمان را با یک تکلیف مانند تمرین تمرکز حسی شروع کند چون فکر می‌کند که تمرین آسانی است و مراجعان با انجام آن به اندازهٔ کافی آماده می‌شوند. از طرف دیگر، مراجعان تکلیف را کامل نمی‌کنند چون (آگاهانه یا ناآگاهانه) پیش‌بینی می‌کنند که هر تلاشی برای ارتباط جسمانی باعث

خشم، ناامیدی، حس شکست یا هر احساس منفی دیگری می‌شود که با تعامل جنسی در گذشته مرتبط بوده است.

اجزای تعاملی

اجزای تعاملی شامل هماهنگی، وابستگی متقابل، و راهبرد اسنادی است. منظور از هماهنگی، میزان توافق زوج دربارهٔ تعریف یک رویداد است. برای مثال، مردی ممکن است چت آنلاین زنش با مردان دیگر را خیانت بداند در حالی که زن موافق نباشد. تعریف آن‌ها از این رویداد ناهمخوان است چون از نظر مرد این کار خیانت محسوب می‌شود اما از نظر زن این فقط یک چت دوستانه است. زوج می‌توانند بر سر اینکه آن‌ها تعاریف متفاوتی از خیانت دارند توافق داشته باشند، بنابراین در ارزیابی‌شان از ناهماهنگی، هماهنگ هستند. مشکل آن‌ها این است که بر اساس تعاریف متعارضی که از خیانت دارند، دست به عمل می‌زنند. در بسیاری از مواردی که اختلال کمبود میل جنسی وجود دارد، یک فرد ممکن است باور داشته باشد که به دفعات زیادی رابطهٔ جنسی دارند اما دیگری موافق نباشد. فرد دارای میل جنسی کمتر، فکر می‌کند که آن‌ها بیش از آنچه که طرف مقابل (که سکس بیشتری می‌خواهد) ادعا می‌کند، رابطهٔ جنسی دارند. درمانگر باید به زوج کمک کند تا بفهمند که آن‌ها تعاریف هماهنگی از رفتارهای مورد نظر ندارند و سپس به آن‌ها کمک کند تا به یک توافق برسند.

وابستگی متقابل شامل ادراک فرد از توانایی همسرش برای ارضای نیازهای جنسی و هیجانی او است و میزانی که می‌توانند به یکدیگر وابسته باشند. مثلاً فردی ممکن است باور داشته باشد که پاسخگوی نیازهای جنسی همسرش است، اما زن/شوهرش درمانده و در جستجوی رابطهٔ جنسی با فردی دیگر است، چون فکر می‌کند که تنها با فرد دیگری می‌تواند ارضا شود. این زوج سطح پایینی از وابستگی متقابل را نشان می‌دهند. اما اگر هر دو نفر فکر کنند که ارضاکنندهٔ نیازهای یکدیگر هستند، سطح بالایی از وابستگی متقابل را نشان می‌دهند. به طور کلی، زوج‌های دارای سطوح بالای وابستگی متقابل نسبت به زوج‌هایی که وابستگی متقابل کمتری دارند، در درمان سریع‌تر پیش می‌روند، چون می‌خواهند به ارضای نیازهای یکدیگر بپردازند تا عمل متقابل ارضای نیاز، بی کم و کاست ادامه یابد. آن‌هایی که وابستگی متقابل کمتری دارند، ممکن است مطمئن نباشند که بخواهند رابطه را ادامه دهند و بنابراین کمتر حاضرند به خاطر دیگری یا رابطه‌شان، تغییر کنند. بنابراین هنگامی که یکی از زوج یا هر دو نفر فکر کنند که طرف مقابل نمی‌تواند ارضاکنندهٔ نیازهای جنسی‌اش باشد، ضرورت انجام درمان مورد تردید قرار می‌گیرد. هنگام کار با زوج دارای سطوح پایین وابستگی متقابل، بحث راجع به تعهد می‌تواند مفید باشد. یک مثال رایج دربارهٔ وابستگی متقابل، میل به انجام فعالیت‌های جنسی متفاوت است. ممکن است یک مرد سکس دهانی بخواهد اما همسرش از این کار امتناع کند چون آن