

مقایسه دو رویکرد روان‌شناختی-زیستی - اجتماعی و زیست پزشکی در درمان اختلالات جنسی

سهیلا ربیعی پور^{۱*}، سعیده علی‌زاده^۲

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۱۲/۰۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۱۲/۰۹

چکیده

مدل زیست-پزشکی بیشتر بر عملکرد فیزیولوژیک بدن، مسائل جنسی اشخاص و مقاربت آن‌ها تمرکز دارد و بر سایر مسائل از جمله مسائل اجتماعی، روان‌شناختی و ... تأکید ندارد. در مقابل مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی سعی می‌کند با ادغام مداخلات پزشکی در مسائل روان‌شناختی و اجتماعی منجر به افزایش لذت و صمیمیت جنسی زوجین گردد که رویکردی جامع‌نگر است و از منظر مسائل مختلف به بررسی و حل مشکلات جنسی زوجین می‌پردازد.

کلیدواژه‌ها: زیست پزشکی، روان‌شناختی، اختلالات جنسی، اجتماعی، رویکردهای درمانی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۷۲، بهمن ۱۴۰۲، ص ۸۹۸-۹۰۵

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات بهداشت باروری، گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۹۱۴۳۴۰۶۰۴۳

Email: soheila80@yahoo.com

در این مطالعه مروری دو مدل بسیار متفاوت روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی و مدل زیست-پزشکی توصیف، مقایسه و بحث شده است. علی‌رغم غالب بودن مدل زیست پزشکی، مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی رویکرد برتر برای درمان نگرانی‌های جنسی مراجعه‌کنندگان است.

مقایسه مدل‌های زیست-پزشکی و روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی:

مدل زیست-پزشکی بیشتر بر عملکرد جنسی فردی متمرکز است (به‌عنوان مثال، نعوظ برای مردان و ارگاسم برای زنان) تا موضوعاتی مانند لذت و رضایت جنسی برای زوجین. مدل زیست پزشکی تمرکز ناهمگونی بر مقاربت به‌عنوان تنها تعریف فعالیت جنسی طبیعی^۴ دارد (۴). دوره ترجیحی درمان، یک مداخله پزشکی است که از داروها، هورمون‌ها یا تزریقات بدون درگیری فعال شریک جنسی بهره می‌برد. مدل زیست پزشکی به‌جای اینکه بر لذت مشترک بین زوجین و استفاده از طیف وسیعی از سناریوهای جنسی، لذت بردن و هیجان و همچنین نزدیکی توجه نماید، بر عملکرد جنسی فردی در زمینه نزدیکی^۳ دگرجنسگرا^۳ تمرکز می‌کند و مدل زیست پزشکی با تمرکز بر فرد بجای زوجین، ارزیابی یا مداخله جامع و چندبعدی ارائه نمی‌دهد (۴، ۵).

مقدمه

مربیان، درمانگران و محققان جنسی، شروع رسمی درمان اختلالات جنسی به شیوه مدرن را منتسب به مسترز و جانسون^۳ می‌دانند. مسترز به‌عنوان یک متخصص زنان، ضمن تشویق به ارزیابی اجزای روان‌شناختی و بین فردی برای درمان اختلال عملکرد جنسی، بر ارزیابی دقیق مسائل پزشکی تأکید می‌کرد، بنابراین سهم عمده‌ای در زمینه درمان اختلالات جنسی دارد. به‌ویژه، رویکرد مسترز و جانسون، بیشتر بر درمان اختلالات عملکرد جنسی زوجین تأکید می‌کند و تأکید بر درمان فردی ندارد (۱). فعالیتهای آن‌ها زمینه را برای رویکرد روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی برای درمان مشکلات جنسی فراهم کرد (۲).

در مقابل، از آنجاکه شرکت‌های دارویی بیشترین بودجه را برای تحقیقات جنسی در ایالات‌متحده و سایر کشورهای غربی فراهم می‌کنند، عوامل زیست پزشکی در زمینه ارزیابی و درمان اختلال عملکرد جنسی، طی ۱۵ سال گذشته بیشتر موردتوجه قرار گرفته‌اند. در نتیجه، مسائل روان‌شناختی، ارتباطی و اجتماعی در هویت جنسی و درمان اختلالات جنسی تا حد زیادی نادیده گرفته شده است (۳).

^۱ استاد مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)^۲ دانشجوی دکتری تخصصی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران^۳ Masters and Johnson^۴ Heterosexual

در مقابل، مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی سعی دارد با ادغام مداخلات پزشکی در تهییج، لذت و صمیمیت جنسی زوجین، رویکرد جامع و یکپارچه‌ای در عملکرد و اختلال عملکرد جنسی زن و مرد ایجاد کند. هر فرد مسئول تمایل و برانگیختگی جنسی خود است. باین‌حال، هسته اصلی جنسینگی داشتن یک تیم صمیمی جنسی است. این امر چه در برخورد با افراد متأهل و چه غیر متأهل و چه زوج‌های همجنسگرا^۱ صادق است. قابل‌ذکر است، مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی عناصر مدل را که معمولاً

روان‌شناختی اجتماعی نامیده می‌شود اولویت‌بندی می‌کند (۶). باوجود غلبه تحقیقات (و بودجه تحقیقاتی) با استفاده از رویکرد زیست پزشکی، معمولاً مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی به‌عنوان مدلی برتر از مدل زیست پزشکی در زمینه درمان اختلالات جنسی شناخته می‌شود. مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی بر اهمیت مسائل بیولوژیکی و پزشکی تأکید می‌کند درحالی‌که در تلاش برای درک و درمان مشکلات پزشکی در زمینه عوامل روانی و اجتماعی است. مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی برای درمان دیابت، سرطان، بیماری قلبی و خستگی مزمن نیز اعمال شده است. اگرچه در درجه اول یک مدل پزشکی است، اما رویکرد روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی همچنین بر عوامل روان‌شناختی در مقابله و شناسایی عوامل اجتماعی مانند نژاد، فقر، جنسیت و سیستم‌های حمایت اجتماعی تأکید می‌کند. باین‌حال، مشکل مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی این است که در عمل، صرفاً به‌صورت جانبی به عوامل روانی و ارتباطی می‌پردازد (۳، ۷).

واقعیت این است که اکثر پزشکان مشاوره فردی و استفاده از داروها را به‌عنوان خط اول درمان می‌دانند و فقط در صورت عدم موفقیت مداخله پزشکی، عوامل روانی و زوجی را در نظر می‌گیرند. در مقابل، مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی، که در اینجا موردبحث قرار گرفت، در ابتدا اهمیت عوامل روان‌شناختی و ارتباطی را مطرح می‌کند و هم‌زمان اهمیت عوامل زیست پزشکی را نیز موردتوجه قرار می‌دهد. با توجه به رویکرد روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی، رابطه جنسی سالم زوجین، تمایل، لذت و رضایت است (۸).

به‌عنوان مثال، رایج‌ترین مشکل جنسی که زوجین را به سمت درمان می‌برد، کمبود میل جنسی یا درگیری بر سر میل جنسی و دفعات مقاربت است. اگرچه این موضوع بالقوه تحت تأثیر اجزای بیولوژیکی قرار می‌گیرد (به‌عنوان مثال، بیماری، عوارض جانبی داروها، اختلالات خواب، کمبود هورمون، سو مصرف الکل و مواد مخدر و الگوهای بهداشت رفتاری ضعیف مانند عدم ورزش و

^۱ Homosexual

مشکلات وزن)؛ باین‌همه به‌احتمال زیاد به دلیل عوامل روانی یا اجتماعی/ارتباطی به وجود می‌آیند (به‌عنوان مثال خشونت نسبت به شریک زندگی، اعتمادبه‌نفس جنسی ضعیف، نقش‌های زنانه و مردانه محکم، اعتقادات مذهبی یا خانوادگی ضدجنسی، تعارض بین همسر و نقش‌های والدین، تصویر ذهنی منفی بدن، مسائل مادی و عدم اعتماد به شریک جنسی در مورد احتمال وجود روابط خارج از ازدواج) (۹، ۱۰).

مشکلات میل جنسی اهمیت یک رویکرد روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی جامع را برای درک، ارزیابی، درمان و جلوگیری از عود اختلال عملکرد جنسی نشان می‌دهد. باین‌حال، رویکرد روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی برای درمان طیف وسیعی از نگرانی‌های جنسی قابل‌استفاده است (۱۰).

در ادامه با استفاده از چندین نگرانی مختلف جنسی، تفاوت‌های خاص بین رویکردهای زیست پزشکی و روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی را برای درمان نگرانی‌های جنسی با عمق بیشتری موردبحث قرار گرفته است.

تفاوت در سرپرستی تیم درمان:

یک تفاوت اساسی بین این دو مدل این است که آیا یک پزشک یا روان‌درمانگر اولین متخصص مشاوره است و اینکه آیا اولین قدم در این کار مشاوره فردی یا زوجی است. پزشک به‌عنوان سرپرست تیم در مدل زیست پزشکی عمل می‌کند، و مشاوره فردی را به‌عنوان اولین قدم برای ارزیابی آسیب‌شناسی پزشکی انجام می‌دهد. از طرف دیگر، رویکرد روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی، در بیشتر موارد، در ابتدا با مشاوره زوجین که توسط روان‌درمانگر تسهیل می‌شود، آغاز می‌شود. از همان ابتدا مسائل روان‌شناختی، بیولوژیکی و اجتماعی/ارتباطی موردبررسی قرار می‌گیرند و در صورت نیاز، ارزیابی دقیق توسط متخصصان در زمینه‌های مختلف دنبال می‌شود (به‌عنوان مثال، روان‌پزشکان، متخصصان داخلی، متخصصان زنان، متخصصان ارولوژی، غدد درون‌ریز، فیزیوتراپیست‌ها، متخصصان اعتیاد یا درمانگران فردی). علاوه بر این، پزشکان فعلی و سابق هر یک از زوج یا زوجین (به‌عنوان مثال، یک زوج درمانگر، مشاور مذهبی، درمانگر برنامه اعتیاد به رابطه جنسی، روان‌پزشک، متخصص طب جنسی، درمانگر فردی) برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد درمان‌های گذشته و پیشنهادهای درمانی با آن‌ها تماس گرفته می‌شود (۱۱). در مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی، این ارزیابی‌های اضافی هم‌زمان با سوابق روان‌شناختی/ارتباطی/جنسی زوجین پیش می‌رود. در این مدل، پزشکان به‌عنوان همکاران محترم

اجتماعی، هدف عملکرد جنسی کامل فردی با هدف انتظارات مثبت، واقع بینانه و رابطه جنسی خوب زوج جایگزین می شود (۱۵).

تفاوت در انواع مداخلات:

برای نشان دادن تفاوت در مداخلات بین رویکردهای زیست پزشکی و روان شناختی-زیستی-اجتماعی، نمونه هایی از رویکردهای درمانی زیست پزشکی و روان شناختی-زیستی-اجتماعی را برای اختلال نعوظ و درد دستگاه تناسلی زنان توصیف شده است.

مقایسه درمان اختلال نعوظ:

مدل زیست پزشکی اهمیت زیادی را برای مداخله پزشکی قائل است. شاید برجسته ترین مثال، درمان اختلال نعوظ^۱ باشد. درمان مدل زیست پزشکی اختلال نعوظ فقط بر روی مرد متمرکز است، و عملکرد نعوظ با موفقیت مقاربت اندازه گیری می شود. از منظر زیست پزشکی، هرچه مداخلات پزشکی تهاجمی تر باشد، درمان نیز مؤثرتر خواهد بود. مؤثرترین مداخلات پزشکی پروتز آلت تناسلی مرد و به دنبال آن تزریق به آلت تناسلی، سیستم دارویی مجاری ادرار برای نعوظ (MUSE)^۲ و استفاده از پمپ خارجی است. ضعیف ترین مداخله استفاده از داروهای ضد نعوظ مانند سیلدنافیل^۳، تادالافیل^۴ و واردنافیل^۵ است. در مدل زیست پزشکی، نقش زن در درمان اختلال نعوظ محدود به اصرار به همسر خود برای مشورت با پزشک خود است (۱۶، ۱۷).

مدل روان شناختی-زیستی-اجتماعی برای ارزیابی و درمان اختلال نعوظ شامل مداخلات پزشکی، روان شناختی و ارتباطی است و مسئله را به عنوان یک مشکل بین زوجین درمان می کند. زن مقصر اختلال نعوظ نیست اما نقش اساسی در ارزیابی، درمان و پیشگیری از عود دارد. بنابراین، با استفاده از مدل روان شناختی-زیستی-اجتماعی، هرگونه مداخله پزشکی باید از نظر مقبولیت مرد و همسر وی ارزیابی شود. با استفاده از آن به عنوان یک ملاک، داروهای پیشگیری بسیار مثبت تر از جراحی، تزریق، MUSE یا پمپهای خارجی وجود دارند، که معمولاً برای زوجین قابل قبول نیستند. در مدل روان شناختی-زیستی-اجتماعی، زن در طول ارزیابی و درمان نقش فعال و درگیر دارد. از نظر زیست شناختی، در هر دو شریک ارزیابی های عروقی، عصبی و هورمونی انجام می شود. هنگامی که مداخلات پزشکی توصیه می شود (به عنوان مثال، داروی نعوظ، مکمل های تستوسترون و/یا تزریق آلت تناسلی)، هر دو شریک جنسی درگیر هستند. آن ها برنامه خاصی را برای چگونگی انجام

با سهم منحصربه فرد در ارزیابی و فرآیندهای درمانی، فعالیت می کنند (۱۰).

تفاوت در بیمار شناسایی شده:

مدل زیست پزشکی بر اختلال عملکرد جنسی فردی با تمرکز بر درمان فرد و ارتقا عملکرد جنسی قابل پیش بینی تأکید دارد. تمرکز سنتی در مردان غلبه بر اختلال نعوظ و انزال زودرس است. برای زنان، تمرکز بر ارگاسم و رابطه جنسی بدون درد انجام می شود. متخصصان، به ویژه پزشکان، عادت دارند که بیشتر از هر دو زوج، فرد را ببینند و بر یک مسئله حاد، تشخیص خاص و مداخله پزشکی خاص تأکید کنند (۱۲). اگرچه این موارد اهداف ارزشمندی هستند، اما مدل روان شناختی-زیستی-اجتماعی تمایل و رضایت را مهم تر از تحریک و ارگاسم تلقی می کند. مدل روان شناختی-زیستی-اجتماعی مدل جامعی است، اما از نظر واژه های تمایل، عملکرد و رضایت از مدل زیست پزشکی انعطاف پذیرتر است (۱۳).

تفاوت در مفهوم عملکرد و اختلال عملکرد جنسی:

مدل زیست پزشکی مبتنی بر رویکرد فردی به اختلال عملکرد جنسی با تمرکز اصلی در تشخیص صحیح، استفاده از بهترین مداخلات پزشکی و بهبود اختلال عملکرد جنسی متمرکز است. طبق این مدل، رابطه جنسی به طور محدود به عنوان مقاربت با ارگاسم تعریف می شود. یک تصویر واضح از عملکرد جنسی "طبیعی" وجود دارد که در آن انتظار می رود هر یک از زوجین از نظر تحریک و ارگاسم نقشی مهمی در رابطه داشته باشند. مدل زیست پزشکی بر عملکرد جنسی و اختلال عملکرد جنسی واضح متمرکز است. بنابراین، مدل زیست پزشکی با یک اتیولوژی خاص، یک بیماری حاد و یک مداخله پزشکی خاص بهترین عملکرد را دارد (۱۴). همچنین، مدل روان شناختی-زیستی-اجتماعی بر اختلال عملکرد جنسی به عنوان یک موضوع چند علتی و چندبعدی زوجین تأکید دارد و با احترام به تفاوت های فردی، زوجی، فرهنگی و ارزشی، به درمان و ارزیابی پیشگیری از عود می پردازد. تغییر نیازمند استفاده از تمام منابع روان شناختی، بیولوژیکی و ارتباطی با تمرکز بر افزایش میل و رضایت است. طبق این مدل مشکلات جنسی به طیف وسیعی از نگرش ها و احساسات بستگی دارد. اگرچه این رویکرد قطعاً می تواند در مقاربت و ارگاسم نقش داشته باشد، اما بر بسیاری از ابعاد جنسی دیگر را نیز اثر می گذارد. در مدل روان شناختی-زیستی-

⁴ Tadalafil

⁵ Vardenafil

¹ Erectile Dysfunction

² Medicated urethral system for erections

³ Sildenafil

مداخلات پزشکی (مداخله) در شیوه صمیمیت، لذت‌بخشی زوجین اتخاذ می‌کنند (۱۸).

مقایسه روش‌های درمان درد جنسی زنان:

در مرحله بعد، مدل‌های زیست پزشکی و روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی را برای درک و مقابله با اختلال عملکرد جنسی زنان مقایسه می‌شود. یک مثال خاص مسئله درد جنسی یا دیسپارونیا^۱ است. در درجه اول متخصصین زنان و زایمان، با هدف رابطه بدون درد و در نتیجه ارگاسم بر روی مداخلات پزشکی در تشخیص علت پزشکی، داروهای عفونت و مداخلات جراحی متمرکز می‌شوند. به‌طور معمول، شریک جنسی مرد نقشی ندارد، یا کمترین نقش را ایفا می‌کند. در حالت ایدئال، سه متخصص در ارزیابی و درمان مشکلات مزمن درد جنسی وجود دارد: یک درمانگر اختلالات جنسی زوجین، یک متخصص زنان یا یک پرستار متخصص در زمینه درد جنسی و یک فیزیوتراپیست زن متخصص عضلات کف لگن زنان. هر یک از اعضای تیم نقش ارزنده‌ای در ارزیابی و درمان دیسپارونیا با رویکرد روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی دارند. آن‌ها به روش هم‌افزایی عمل می‌کنند تا به زوجین کمک کنند که در عین‌حالی که رابطه جنسی سالم زن و زوجین تقویت می‌شود درد را کاهش دهند و آن را کنترل کنند (۱۹).

یک تفاوت عمده بین رویکرد روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی و زیست پزشکی، تمرکز مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی در انجام فعالیت‌های جنسی با ارزش^۲ در مقابل تمرکز زیست پزشکی بر "رابطه جنسی بدون درد" است و اگرچه این امر در طی درمان روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی رخ دهد، مطمئناً جشن گرفته می‌شود. به‌عبارت‌دیگر، برای اکثر زنان هدف، رابطه جنسی لذت‌بخش (که تنها به دخول و مقاربت محدود نمی‌شود) بدون وجود درد قابل توجه است. درد جنسی به دلیل تفاوت‌های زیاد فردی، زوجی و فرهنگی، چند علتی و چندبعدی شناخته می‌شود. مداخلات برای زن و شوهر به‌صورت فردی صورت می‌گیرد. یک مداخله بسیار ارزشمند شامل استراتژی‌های ذهن آگاهی با تمرکز بر آرامش، تنفس، آگاهی دادن و پذیرش است. در هر دو اختلال نعوظ و درد جنسی زنان و همچنین در انواع دیگر مشکلات جنسی، مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی پیچیده، چندبعدی و فردی به‌احتمال زیاد برای فرد و زوج نسبت به مدل زیست پزشکی ارزش بیشتری داشته باشد (۴).

تفاوت در پیشگیری از عود:

تفاوت معنی‌داری بین رویکردهای زیست پزشکی و روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی شامل مواردی در زمینه پیشگیری

از عود و انتظارات طولانی‌مدت مسائل جنسی است. موضع مدل زیست پزشکی کاملاً مشخص است. هنگامی که فرد به عملکرد جنسی "عادی" بازگشت، دیگر نیازی به برنامه پیشگیری از عود یا بحث در مورد انتظارات جنسی نیست. در صورت بروز مجدد اختلال، بیمار با پزشک تماس گرفته و مداخلات پزشکی را دریافت می‌کند (۲۰، ۲۱). در مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی، طرح خاص و منحصر به فرد پیشگیری از عود، جز جدایی‌ناپذیر از درمان اختلالات جنسی جامع زوجین است. رابطه جنسی سالم به زمان، ذهن آگاهی و انرژی نیاز دارد. در برنامه پیشگیری از عود، مهم‌ترین ابعاد میل و رضایت است. گرچه تحریک، مقاربت و ارگاسم بسیار ارزشمند هستند، عملکرد طبیعی "جنسی" عامل اصلی یا حتی یک مفهوم خاص معنی‌دار نیست (۱۳، ۲۲).

پیامدهای مختلف برای ارتباط با مراجعه‌کنندگان متنوع:

درمان اختلالات جنسی در افراد دگرجنس‌گرا، جوان، تحصیل‌کرده، نژادهای مختلف، طبقه متوسط و از نظر جسمی سالم دارای تفاوت‌های زیادی است (۲۳). یک چالش برای درمانگران این است که از نظر فرهنگی آگاهی و صلاحیت لازم را داشته باشند و مؤلفه‌های نژادی، قومی، مذهبی، طبقاتی و فرهنگی را در ارزیابی و درمان در نظر بگیرند. این به معنای افتادن در دام کلیشه‌های منفی نیست. آگاهی از نقاط قوت جنسی قومیتی خاص، فرهنگی، مذهبی، نژادی و طبقاتی مهم‌تر است (۲۴). در مطالعات فرهنگ‌های مختلف، غربی و غیر غربی و همچنین در مطالعات اقلیت‌ها در ایالات متحده (به‌ویژه مردان همجنس‌گرا، لاتین و آفریقایی آمریکایی‌تبار) تفاوت‌های قابل‌توجهی در نگرش، رفتار، احساسات و ارزش‌های جنسی وجود دارد (۲۵).

از آنجاکه رویکرد زیست پزشکی در درجه اول بر عملکرد فیزیولوژیکی فرد متمرکز است و فرض می‌شود همه بدن‌های سالم به یک شکل کار می‌کنند، به‌طور معمول در رویکرد زیست پزشکی از موضوعات متنوع چشم‌پوشی می‌شود. علاوه بر این، مدل زیست پزشکی به‌شدت در درمان اختلال عملکرد جنسی مردان سوگرایانه عمل می‌کند، درحالی‌که تا حد زیادی اختلال عملکرد جنسی زنان، به‌ویژه نقش لذت جنسی زنان و برابری جنسی را نادیده می‌گیرد. مدل زیست پزشکی اغلب به دلیل تمرکز بر عملکرد جنسی فردی و مقاربت به‌عنوان معیار موفقیت، بیشتر موردقبول مردان است. این مشکل مختص فرهنگ‌های دارای اختلاف قدرت سنتی بین زن و مرد است (۲۶).

با توجه به موضوعات متنوع، بعد اجتماعی مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی نقش عمده‌ای دارد که در مدل زیست پزشکی تا

^۱ Dyspareunia

مشکل مدل زیست پزشکی، که بر عملکرد جنسی فردی و عملکرد طبیعی جنسی متمرکز است، این است که هنجارهای غیرواقعی و ترسناکی را برای زندگی واقعی زوجین تعیین می‌کند. روش دیگر، رویکرد روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی است که مدل رابطه جنسی خوب را ترویج می‌کند، مثبت و واقع‌بینانه است و پذیرش و رضایت فردی و زوجین را مورد توجه قرار می‌دهد. یک عامل مهم برای تأیید محققان و پزشکان جنسی این است که رفتار جنسی انسان چند علتی و چندبعدی است و دارای اختلافات بزرگ فردی، زوجی، فرهنگی و ارزشی است. این امر در ارزیابی و درمان اختلال عملکرد جنسی مرد، زن و زوجین بسیار مهم است. متخصصین اعم از پزشک، روانشناس یا زوج درمانگر، باید عوامل روان‌شناختی، بیولوژیکی و اجتماعی/رابطه را به دقت ارزیابی کنند و سپس برای تقویت میل، لذت و رضایت، درمان جامع ارائه دهند. طرفداری از مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی، مفاهیم و اصطلاحات آن به دلیل تأکید بر مسائل مربوط به اختلال عملکرد جنسی به‌عنوان نگرانی اصلی زوجین/بین فردی به‌جای تمرکز بر مسئله فردی عملکرد جنسی با هدف مقاربت و ارگاسم است. این مدل یک رویکرد جامع و یکپارچه برای ارزیابی و درمان زوجین و همچنین تمرکز بر پیشگیری از عود و تعمیم دستاوردهای جنسی برای افزایش رضایت از رابطه است که جهت کمک به افراد و زوجین مناسب‌تر است تا زوجین میل و رضایت جنسی را تجربه کنند.

تشکر و قدردانی:

اعلام نشده است.

تضاد منافع:

نویسندگان هیچ‌کدام تضاد منافع ندارند.

حد زیادی نادیده گرفته می‌شود. تعداد بی‌شماری از مسائل فرهنگی/اجتماعی/ارزشی ممکن است بر رضایت جنسی تأثیرگذار باشند از جمله گرایش جنسی، نقش‌های جنسیتی، رابطه جنسی برای باروری در مقابل کسب لذت جنسی، استاندارد دوگانه در امور جنسی و شرمساری در مورد صدمات جنسی وارد شده. همه این عوامل نه تنها در ارزیابی و درمان بلکه از نظر نتایج درمانی و رضایت جنسی نیز باید مورد توجه قرار گیرند (۱۰). تنوع مجموعه‌های مهم و پیچیده از مسائل را به عملکردهای جنسی و مدهای اختلال عملکرد اضافه می‌کند. این پیچیدگی به بهترین وجهی قابل درک است و با استفاده از مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی حل می‌شود. علاوه بر این، مهم است که از خطرات احتمالی مدل زیست پزشکی به‌ویژه در مورد مسائل نابرابری جنسیتی و قدرت آگاه باشید (۱۸، ۲۷).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله مروری دو مدل برای درک، ارزیابی و درمان مشکلات جنسی بررسی شده است: مدل زیست پزشکی و مدل روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی. قدرت اصلی مدل زیست پزشکی، خاصیت آن و شناخت نقش حیاتی عوامل بیولوژیکی/پزشکی در رابطه جنسی، بخصوص عوامل عروقی، عصبی و هورمونی است. بسیاری از پیشرفت‌های اخیر در درک و تغییر اختلال عملکرد جنسی در نتیجه تحقیقات پزشکی جنسی، از جمله مطالعاتی که توسط شرکت‌های دارویی تأمین شده است، رخ داده است. با این حال اعتقاد وجود دارد که الگوی روان‌شناختی-زیستی-اجتماعی جامع‌تر و رویکرد بهتری برای درک و درمان عملکرد و اختلال عملکرد جنسی، به‌ویژه یک رویکرد بین زوجی که با تمرکز بر میل، لذت و انتظارات مثبت جنسی واقع‌بینانه فراهم می‌کند که منجر به رضایت جنسی می‌شود.

References:

- Morrow R. Sex research and sex therapy: A sociological analysis of Masters and Johnson: Routledge. 2013.
- Wakefield J. Female primary orgasmic dysfunction: Masters and Johnson versus DSM-III-R on diagnosis and incidence. *J Sex Res* 1988;24(1):363-77. <http://dx.doi.org/10.1080/00224498809551437>
- Berry MD. Historical revolutions in sex therapy: a critical examination of men's sexual dysfunctions and their treatment. *J Sex Marital Ther* 2013;39(1):21-39. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2011.611218>
- McCarthy B, Wald LM. A psychobiosocial approach to sex therapy. In: *The Wiley Handbook of Sex Therapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017. p. 190-201.
- Metz M, Epstein N, McCarthy B. *Cognitive-behavioral therapy for sexual dysfunction*: Routledge. 2017.
- Cording JR, Ward T. Theories of sexual offending. In: *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology*. Cambridge University Press; 2021. p. 109-27.
- Foley S, Kope SA, Sugrue DP. *Sex matters for women: A complete guide to taking care of your sexual self*. Guilford Press; 2011.

8. Jannini EA, Isidori AM, Aversa A, Lenzi A, Althof SE. Which is first? The controversial issue of precedence in the treatment of male sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2013;10(10):2359-69.
<http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12315>
9. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol* 2015;125(2):477-86.
<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000620>
10. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas* 2016;87:49-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.009>
11. Nimbi FM, Galizia R, Rossi R, Limoncin E, Ciocca G, Fontanesi L, et al. The biopsychosocial model and the sex-positive approach: An integrative perspective for sexology and general health care. *Sex Res Social Policy* 2022;19(3):894-908.
<http://dx.doi.org/10.1007/s13178-021-00647-x>
12. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health* 2018;18(1).
<http://dx.doi.org/10.1186/s12905-018-0602-4>
13. Duma G, Ülbe S, Dirik G. Mindfulness-based interventions in the treatment of female sexual dysfunction: A systematic review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*. 2020;12(1):72-90.
14. Moura CV, Vasconcelos PC, Carrito ML, Tavares IM, Teixeira PM, Nobre PJ. The role of men's sexual beliefs on sexual function/dysfunction: A systematic review. *J Sex Res* 2023;60(7):989-1003.
<http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2023.2218352>
15. Dewitte M, Bettocchi C, Carvalho J, Corona G, Flink I, Limoncin E, et al. A Psychosocial Approach to Erectile Dysfunction: Position statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *Sex Med* 2021;9(6):100434.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100434>
16. Wentzell E. How did erectile dysfunction become "natural"? A review of the critical social scientific literature on medical treatment for male sexual dysfunction. *J Sex Res* 2017;54(4-5):486-506.
<http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2016.1259386>
17. Hackett G, Kirby M, Wylie K, Heald A, Ossei-Gerning N, Edwards D. British Society for Sexual Medicine guidelines on the management of erectile dysfunction in men-2017. *The journal of sexual medicine*. 2018;15:430-57.
18. Hajimirzaie SS, Tehranian N, Razavinia F, Khosravi A, Keramat A, Haseli A, et al. Evaluation of couple's sexual function after childbirth with the biopsychosocial model: A Systematic Review of Systematic Reviews and Meta-analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2021;26(6):469-78.
http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_426_20
19. Contrada M, Cerasa A, Pucci C, Ciancarelli I, Pioggia G, Tonin P, et al. Talking about sexuality in stroke individuals: The New Era of sexual rehabilitation. *J Clin Med* 2023;12(12).
<http://dx.doi.org/10.3390/jcm12123988>
20. Basson R, Bronner G. Management and rehabilitation of neurologic patients with sexual dysfunction. *Handb Clin Neurol* 2015;130:415-34.
<http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00024-9>
21. Briken P. An integrated model to assess and treat compulsive sexual behaviour disorder. *Nat Rev Urol* 2020;17(7):391-406.
<http://dx.doi.org/10.1038/s41585-020-0343-7>
22. Perelman MA. Why the sexual tipping point® model? *Current Sexual Health Reports*. 2016;8:39-46.
23. Argyriou A, Goldsmith KA, Rimes KA. Mediators of the disparities in depression between sexual minority and heterosexual individuals: A systematic review. *Arch Sex Behav* 2021;50(3):925-59.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10508-020-01862-0>
24. Bhugra D, Killaspy H, Kar A, Levin S, Chumakov E, Rogoza D, et al. IRP commission: sexual minorities and

- mental health: global perspectives. *Int Rev Psychiatry* 2022;34(3-4):171-99.
<http://dx.doi.org/10.1080/09540261.2022.2045912>
25. Przeworski A, Piedra A. The role of the family for sexual minority latinx individuals: A systematic review and recommendations for clinical practice. *J GLBT Fam Stud* 2020;16(2):211-40.
<http://dx.doi.org/10.1080/1550428x.2020.1724109>
26. Malde S, Umbach R, Wheeler JR, Lytvyn L, Cornu JN, Gacci M, et al. A systematic review of patients' values, preferences, and expectations for the diagnosis and treatment of male lower urinary tract symptoms. *Eur Urol* 2021;79(6):796-809.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2020.12.019>
27. Lynn M, Iftekhar N, Adams W, Mumby P. Multidisciplinary approach to the treatment of sexual dysfunction in couples using a biopsychosocial model. *J Sex Med* 2023;20(7):991-7.
<http://dx.doi.org/10.1093/jsxmed/qdad059>

COMPARISON OF PSYCHOBIOSOCIAL AND BIOMEDICAL APPROACHES IN SEXUAL DISORDERS

Soheila Rabiepour¹, Saeedeh Alizadeh²

Received: 21 February, 2024; Accepted: 28 February, 2024

Abstract

The *biomedical* model looks at how the body works, especially when it comes to sex, but it does not pay much attention to things like feelings and how people relate to each other. The *psychobiosocial* model helps couples improve their sexual pleasure and intimacy by combining medical help with psychological and social support. This approach looks at all aspects of a couple's life to understand and solve their sexual problems.

Keywords: Biomedical, Psychological, Sexual Disorders, Social, Therapeutic Approaches

Address: Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +989143406043

Email: Soheila80@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Professor, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran, (Corresponding Author)

² PhD student in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran