

EÖTVÖS LÓRÁND EGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR
PSZICHOLÓGIAI DOKTORI ISKOLA

A DOKTORI ÉRTEKEZÉS TÉZISE

MÁRTA PÁRKÁNYI WITHEROW

A NŐI SZEXUÁLIS DISZFUNKCIÓ A HÁZASTÁRSI INTIMITÁSSAL
ÖSSZEFÜGGÉSBEN

PSZICHOLÓGIAI DOKTORI ISKOLA

A DOKTORI ISKOLA VEZETŐJE: URBÁN RÓBERT, PHD, EGYETEMI TANÁR,
EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM

KLINIKAI PSZICHOLÓGIA ÉS ADDIKTOLÓGIA

A PROGRAM VEZETŐJE, DR. DEMETROVICS ZSOLT, PHD, EGYETEMI TANÁR,
EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM

TÉMAVEZETŐK: URBÁN RÓBERT, PHD, EGYETEMI TANÁR, EÖTVÖS LORÁND
TUDOMÁNYEGYETEM

DEMETROVICS ZSOLT, PHD, EGYETEMI TANÁR, EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM

10.15476/ELTE.2022.081

BUDAPEST 2022

1. FEJEZET: BEVEZETÉS. A HÁZASTÁRSI INTIMITÁS ÉS A NŐI SZEXUÁLIS DISZFUNKCIÓ TANULMÁNYOZÁSÁNAK KLINIKAI JELENTŐSÉGE

A disszertáció célja

A disszertáció célja a női szexuális diszfunkció (FSD), különösen a vágy- és fájdalomzavarok vizsgálata a házastársi intimitással összefüggésben, két eredeti kutatási tanulmány alapján, amelyeket egy egyedi klinikai mintán és két áttekintésen végeztem. A vágy- és fájdalomzavarokat, amelyek a klinikai környezetben a női szexuális problémák közül a leggyakrabban előforduló problémák, választottam a disszertáció középpontjába a házastársi intimitás kontextusában.

Áttekintem a női szexuális érdeklődés és izgalmi zavar diagnosztikai megfontolásainak történetét, a pszichiátriai és más szexuálpaszichológiai diagnózisok közötti folyamatos különbségeket. A két tábor közötti ellentétes álláspontok sehol sem olyan intenzívek, mint a női szexuális vágy konceptualizálása során. Az FSD pszichiátriai diagnózisai és pszichológiai kezelése a tünetekkel kapcsolatos megfigyelések és a betegek beszámolóinak alapján a rendellenességek fenomenológiai konceptualizációján alapulnak. A rendellenességek kategorizálásának ezt a módszerét kritizálták, mivel korlátozottan tükrözi az adott rendellenesség alapjául szolgáló releváns hormonális, neurobiológiai, genetikai és viselkedési komponenseket. Azt is megjegyezték, hogy "akadályozza a pszichiátria fejlődését (Cuthbert et al 2013).

Mivel a diagnózis célja, hogy meghatározzuk a páciens problémájának pontos természetét az optimális kezelés érdekében, a különböző osztályozási rendszerek mind a saját koncepciójukat tükrözik, hogy mi a "pontos természete" egy adott rendellenességnek, ebben az esetben a női szexuális zavaroknak. Az ilyen diagnózisok sokféleségének illusztrálására a DSM-5-ben a női szexuális zavarok nómenklatúrájának általános áttekintését tartalmazza az alacsony szexuális vágyra tekintettel, amelyet a DSM-5-ben női szexuális érdeklődési és izgalmi zavarnak (FSIAD), az ICD-ben és az ICSM-ben pedig hipoaktív szexuális vágyzavarnak (HSDD) neveznek.

A szexuális fájdalomzavarokat, nevezetesen a női nemi szervi - kismencedei fájdalom diszfunkció behatolási zavart (FGPPD) egy szisztematikus áttekintés keretében vizsgálják.

Úgy döntöttem, hogy az ICSM és az ICD nosológiát használom ehhez a felülvizsgálathoz, mivel mindkét rendszer részletesebben feltárja a szexuális fájdalomzavarok okát. A DSM nem integrálja az alapvető neurobiológiai és tapasztalati komponenseket, amelyek ezeket a rendellenességeket alkotják; következésképpen a DSM elmarad ezektől a más osztályozási rendszerektől, amikor a szexuális fájdalom diagnózisáról van szó. Ennek egyik oka nyilvánvalóan a pszichiátriai diagnózis és a klinikai pszichológiai kezelés természete: a hormonális vagy organikus okok kizárásához több diagnosztikai vizsgálatot kellene elvégezni, ami ezekben a beállításokban nem praktikus. A diagnózis és a kezelés e hiányosságának áthidalására a szakterületen széles körben támogatott megközelítés a multidiszciplináris csapatok alkalmazása, amely átfogó megközelítést foglal magában, beleértve a pszichológiai és kapcsolati vizsgálatot, amelyet szükség esetén orvosi kezelés követ.

Ez a disszertáció beszámol két eredeti kutatásról is, amelyeket egy egyedülálló klinikai mintán végeztem heteroszexuális hosszú távú kapcsolatok, nevezetesen a házassági kapcsolat kontextusában. E vizsgálatok eredményei rámutatnak annak fontosságára, hogy a házassági kapcsolat kontextusát és minőségét figyelembe kell venni az FSD kezelési módszereinek kiválasztásakor.

2. FEJEZET: NŐI SZEXUÁLIS DISZFUNKCIÓ : GYAKORI PREDIKTOROK ÉS ASSZOCIÁCIÓK

Az FSD gyakori előrejelzői a kapcsolatokban

A szexuális diszfunkció a szexuális működés olyan zavara, amely a szexuális válaszciklus egy vagy több fázisát vagy a szexuális aktivitással kapcsolatos fájdalmat érinti. Következésképpen különböző pszichológiai, orvosi vagy fiziológiai mechanizmusok negatívan befolyásolhatják a szexuális ingerekre adott szexuális választ. A kapcsolati tényezők bizonyítottan a szexuális funkció előrejelzői. Ezt illusztrálja, hogy a kutatások arról számolnak be, hogy egy új kapcsolat kezdete, ahol az illető nagyobb valószínűséggel rendelkezik pozitív perspektívával a partnerével kapcsolatban, erősebb vágyérzéssel jár együtt (Klusmann, 2002). Ezzel szemben a megszokás, a szexuális

tevékenység negatív kimenetelű asszociációi, mint például a fizikai fájdalom vagy a negatív kapcsolati élmények, negatív szexuális reakciókat jeleznek előre. A párkapcsolati elégedettség idővel csökken, ez azonban nem feltétlenül jelenti a szexuális elégedettség csökkenését. Ennél is fontosabb, hogy a partnerhez való viszonyulás a kapcsolati elégedettség előrejelzője, ami viszont a szexuális elégedettség előrejelzője. A pozitívabb automatikus partneri attitűdöknek pozitívabb értékítéleteket kell eredményezniük a kapcsolatról, a negatívabb automatikus partneri attitűdöknek pedig negatívabb értékítéleteket kell eredményezniük (Hicks & McNulty, 2019).

Úgy tűnik, hogy a szerelem erősebb előrejelzője a nők szexuális aktivitásának, mint a vágy, és ez igaz az FSD-vel élő nőkre is (Vowels & Mark, 2020; Neto, 2012).

Úgy tűnik, hogy a nők szex iránti vágyát olyan kapcsolati tényezők motiválják, mint például a szeretet kifejezésének módja, és hogy nem akarják "megbántani a partnerük érzéseit", és "a partnerük élvezetét a sajátjuk elé helyezik", még akkor is, ha FSD jelen van (Elmerstig et al., 2013).

Az FSD gyakori asszociációi

E disszertáció keretein túlmutat az FSD-vel kapcsolatos orvosi és pszichológiai tényezők részletes áttekintése. Fontos azonban, hogy legalább a szexuális diszfunkcióval összefüggő legjellemzőbb orvosi állapotokat megemlítsük. Ezek közé tartoznak az olyan neurológiai betegségek, mint a szklerózis multiplex és a gerincvelő sérülése; az érlemezés és más szívbetegségek; nőgyógyászati betegségek, mint az endometriózis, gyulladások, miómák, fertőzések és prolapsus, valamint a korábbi műtéti szüléssel, gátrepedéssel, rektocelával vagy szülés utáni episiotómiával kapcsolatos szülészeti állapotok. Hendrickx és munkatársai azt találták, hogy a provokált vestibulodyniában, egy krónikus fájdalomzavarban szenvedő nők körében a kapcsolati intimitás egyedülállóan előre jelzi a jobb önbevallott szexuális működést, függetlenül a szexuális intimitástól és a partneri intimitástól (Hendrickx és munkatársai, 2015). Ez a megállapítás összhangban van saját kutatási tanulmányaim eredményeivel, amelyeket később a 7-12. fejezetekben részletezek.

Az olyan pszichológiai tényezők, mint az egyéni tulajdonságtényezők, a kognitív zavarok, a hatékonysági elvárások, a figyelemfókusz, a szorongás, a trauma előzményei és az alacsony hangulat mind fontos dimenziói a szexuális funkciónak (Bergeron és mtsai., 2010). A menopauzában lévő nők esetében ajánlott a pszichológiai tényezők és életstresszorok rutinszerű klinikai vizsgálatának megkezdése, valamint a szexuális nehézségeket előidéző és fenntartó kontextuális tényezők kezelése, beleértve a párkapcsolat minőségét, a szexuális tapasztalatokat, a korábbi szexuális funkciókat, a mentális és fizikai egészséget (L Brotto és mtsai., 2016; Lori Brotto és mtsai., 2016; Worsley és mtsai., 2017).

A szexuális traumát átélt nők nagyobb valószínűséggel számolnak be rosszabb párkapcsolati elégedettségről és alacsonyabb szexuális funkcióról. Az ilyen nők esetében, akiknél már eleve magasabb az FSD kialakulásának kockázata, az alacsonyabb szexuális funkció és az alacsonyabb szexuális elégedettség közvetíti a traumájuk és a párkapcsolati elégedettségük közötti összefüggést. (Blais, 2020).

A korai kötődési stílus és a párkapcsolati kötődési stílus egyaránt összefügg a szexuális funkcióval, diszfunkcióval, különösen a szexuális vágygal. Cherkasskaya és Rosario a szexuális vágy elméletük leírásában kijelentette, hogy "a nők gyermekkorából származó internalizált reprezentációi önmagukról és másokról, valamint a szexuális testük megtestesítésére való képességük szerves részét képezik a nők szexuális vágyának fenomenológiájának megértéséhez" (Cherkasskaya & Rosario, 2019). A kötődési stílus elsőbbsége elméletükben némi kritikát váltott ki, mivel más szerzők olyan tényezőket hangsúlyoztak, mint a kulturális nyomás és a nők szexuális vágyával kapcsolatos kapcsolati tényezők (Bogaert et al., 2019).

Életkor, a kapcsolat hossza és a szexuális funkció

Az életkor elkerülhetetlenül hatással lesz a szexuális funkciókra. Vannak olyan szituációs stresszorok, életszakaszbeli stresszorok és hormonális problémák, amelyek az élet során változnak, és befolyásolják a különböző korú nők szexuális funkcióját. Egyes kutatások azt mutatják, hogy az öregedés és a szexuális vágy közötti negatív kapcsolat különösen hangsúlyos a nők körében, akik kapcsolatukban alacsonyabb kapcsolati intimitást tapasztalnak, és a szexuális intimitás közvetíti a kapcsolat hossza és a szexuális izgalom közötti kapcsolatot. (Birnbaum et al., 2007). Idővel a nők szexuális vágya

általában jobban csökken, mint a férfiaké, amely átlagosan nem csökken. A nők szexuális vágyának csökkenését a gyermekszülés fokozza, és mindkét partner házassági elégedettségének előrejelzője. (McNulty et al., 2019).

A partnerek gyakran tapasztalnak változásokat a szexuális vágyuk szintjében, az egymás iránti szenvedélyük idővel valószínűleg csökken. Ettől a jelenségtől függetlenül úgy tűnik, hogy a pár szexuális elégedettségének meghatározó tényezője nem annyira az, hogy az egyik partner mennyire szenvedélyes a másik iránt, hanem sokkal inkább az, hogy a két partner mennyire van összhangban a vágyakozás szintje egymás iránt. A szexuális vágy eltérése (SDD), vagyis a partnerek közötti vágy szintek közötti különbség a szexuális elégedettség fontos meghatározó tényezője. Bár az SDD önmagában nem szexuális diszfunkció, és lehet, hogy klinikailag diagnosztizálható szexuális probléma is alátámasztja, de lehet, hogy nem, fontos építőelem a női szexuális diszfunkció konceptualizálásában a dyadikus környezetben. A terápiában is az egyik leggyakrabban előforduló probléma, tekintettel arra, hogy milyen jelentős mértékű distresszt okozhat a partnerek számára (Jodouin et al., 2021).

Az FSD hormonális összefüggései

Folyamatos vita folyik arról, hogy az androgének milyen mértékben befolyásolják a női szexuális működést. Bizonyíték van arra, hogy a szexuális vágy és különösen az androgénnel való izgathatóság között kapcsolat van, de a kutatási eredmények nem egyértelműek. Úgy tűnik, hogy a posztmenopauzában lévő nőknek előnyös a transzdermális tesztoszteron alkalmazása az alacsony szexuális vágy esetén, a jelenlegi rendelkezésre álló kutatások mérsékelt terápiás hasznot támasztanak alá, míg a premenopauzában lévő nők esetében ez nem bizonyított. (Achilli et al., 2017; Both et al., 2010); Simon & Kapner, 2020). Érdekes módon e sok tényező között, amelyek befolyásolják az FSD-t és a női szexuális gyakoriságot, a párvigyázó viselkedés is szerepel. A termékeny fázisban lévő, fiatalabb nőket a többi, vonzó partnerrel rendelkező nő fenyegetésként érzékeli, és gyakrabban reagálnak rájuk féltékenységgel és párvigyázással (Hurst et al., 2017).

Mivel a tesztoszteronterápiák a klinikai gyakorlatban mind az alapellátásban, mind a szexuális orvoslásban dolgozó szakemberek körében rendkívül népszerűvé váltak, a Szexuális Egészség Tanulmányozásának Nemzetközi Társasága (ISSWSH) nemrégiben

kiadta a tesztoszteron szisztémás alkalmazására vonatkozó klinikai iránymutatásait a hipoaktív szexuális vágyzavarban (HSDD - az ISSWSH által az alacsony szexuális vágyra használt nosológia) szenvedő nők esetében. Irányelveiben az ISSWSH arra figyelmezteti a gyakorló orvosokat, hogy tartózkodjanak a teljes tesztoszteronszint használatától a HSDD diagnosztizálásához (Handy et al., 2020; Parish, Simon, et al., 2021).

3. FEJEZET: NŐI SZEXUÁLIS VÁGY ÉS IZGALOM ZAVAR: A DIAGNOSZTIKAI MEGFONTOLÁSOK TÖRTÉNETE ÉS KÖVETKEZMÉNYEI A KLINIKAI GYAKORLATBAN

Az alacsony szexuális vágy, más néven hipoaktív szexuális vágyzavar vagy szexuális érdeklődés/ébredési zavar a női szexuális diszfunkció (FSD) egyik típusa. Ez a szakasz áttekinti a diagnosztikai megfontolásokat, a jelenlegi DSM-5 diagnosztikai kritériumok kidolgozásának történeti áttekintését, beleértve a DSM-IV-TR-ről a DSM-5-re történő átmenetet, az alacsony női szexuális vágy gyógyszeres kezelésének diagnosztikai megfontolásait, valamint az uralkodó szexuális válaszciklus modelleket, amelyekre a DSM-5 kritériumai épültek. Történelmi áttekintést nyújt a két nagymértékben eltérő szemléletű táborról, nevezetesen a DSM-5 és az ICSM/ICD osztályozási rendszerekről, azok elméleti és kutatási alapjairól. Arra a következtetésre jut, hogy a női szexuális vágy meglehetősen összetett jelenség, és bonyolult hormonális, érzelmi, kapcsolati és biológiai folyamatok által mozgásba hozott mechanizmus. A pszichiáterek jól alkalmazhatók mind a női szexuális vágy problémáinak felismerésében, diagnosztizálásában és kezelésében. A klinikai gyakorlatban a rugalmasságot és a betegközpontú megközelítést szorgalmazom, ami mind a biopszichoszociális perspektíva alkalmazását, mind pedig egy több szakterületet átfogó csapat alkalmazását igényli.

Az FSIAD diagnosztikai kritériumainak története

A nők alacsony szexuális vágyának diagnosztizálása és kezelése iránti érdeklődés a 80-as évek vége óta folyamatosan növekszik, és a gyógyszeripari érdekek támogatásával új magasságokba emelkedett. A nők szexuális vágyának gyógyszeres gyógyítására irányuló kísérletek sikerességi arányát erősen kritizálták (Chivers et al., 2017). Következésképpen a szexuális orvoslás területe továbbra is két tábor között oszlik meg: a DSM-5 (Mentális

zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve) alapján a pszichológiai megközelítések hívei és az ICSM (negyedik nemzetközi konzultáció a szexuális orvoslásban) és az ICD (a betegségek és statisztikák nemzetközi osztályozása) diagnosztikai kritériumain alapuló medikalizált megközelítések hívei, összesen a szexuális orvoslás három legismertebb osztályozási rendszere.

A DSM-5 kritériumok körkörös modellek alapján kerültek megfogalmazásra, míg az ICD és az ICSM diagnózisok a lineáris modell szemléletét tartották fenn. A DSM-5 diagnosztikai kritériumok szerzői kritizálták a lineáris modelleket, mivel tévesen feltételezik, hogy a szexuális váagnak/izgalomnak jelen kell lennie a nőnél a szexuális tevékenység kezdetén. Azzal érveltek, hogy a nők különböző okokból vesznek részt szexuális tevékenységben, és a szexuálisan kompetens ingerek jelenléte szükséges ahhoz, hogy a nő kedvezően reagáljon. (Rosemary Basson, 2001; Basson, 2010). Basson hangsúlyozza, hogy a vágy kezdetben jelen lehet, de lehet, hogy nem, és csak megfelelő szexuális ingerek és az ebből következő szexuális izgalom hatására indul be. A hipoaktív szexuális vágy korábbi DSM-IV-TR diagnosztikai kritériumainak felülvizsgálatára vonatkozó ajánlásaiban kijelentette: "Javasoljuk, hogy a vágyat egy olyan ösztönző (szexuálisan kompetens inger) eredményének tekintsük, amely aktiválja a szexuális rendszert, ahol a szubjektíven érzékelt vágy az egyik összetevő a sok közül" (Basson, 2010). Ennek fényében az FSIAD csak akkor diagnosztizálható, ha egy nő nem tapasztalja ezt a reszponzív szexuális érdeklődést és izgalmat még akkor sem, ha a megfelelő szexuális és nem szexuális kiváltó okok jelen vannak.

1. Táblázat. Átmenet a DSM-IV-TR és a DSM-5 FSD diagnózis között.

DSM-IV-TR diagnózis	DSM-5 diagnózis
Női hipoaktív vágybetegség	Összevonták a Női Szexuális Vágy/Izgalom zavarral
Női izgalmi zavar	
Női orgazmus zavar	Változatlan

Dyspareunia

Összevonták a Nemi Szervi -
Kismedencei Fájdalom /Penetrációs
rendellenességgel

Vaginizmus

Az 1. Táblázat a DSM-IV-TR és a DSM-5 FSD diagnózis közötti átmenetet szemlélteti. Nyilvánvaló, hogy az FSIAD korábbi DSM-IV-TR kritériumaitól való eltérés a női szexuális vágy működésének elméleti megértésében bekövetkezett jelentős változáson alapul. A témával kapcsolatos kutatások élén főként az Egyesült Államokban, Kanadában és Hollandiában működő kutatócsoportok álltak (R. Basson, 2001; Rosemary Basson, 2001; Kleinplatz & Ménard, 2007; Metz, 2010; Toates, 2009).

A negyedik ICSM arra a következtetésre jutott, hogy a hipoaktív szexuális vágyzavart külön kell kezelni a női szexuális izgalmi zavartól. Javasolták néhány DSM-5 definíció, néhány DSM-IV-TR definíció, néhány ICD-10 definíció és néhány, a konszenzus által kidolgozott új definíció elfogadását. A hipoaktív vágydiszfunkcióra vonatkozó konkluzív definíciójuk a következő: "a szexuális vagy erotikus gondolatok vagy fantáziák és a szexuális tevékenység iránti vágy tartós vagy visszatérő hiánya vagy hiánya (klinikai elv) (Parish, Cottler-Casanova, et al., 2021; Parish, Simon, et al., 2021).

Diagnosztikai megfontolások és gyógyszeres megközelítések a női alacsony szexuális vágyakozásra vonatkozóan

Jelenleg sem az Amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivatal (FDA), az Egyesült Államokban a gyógyszerkísérletek szabályozását felügyelő kormányzati ügynökség, sem az Európai Gyógyszerügynökség nem tett közzé szabványokat a női szexuális zavarokkal kapcsolatos vizsgálatokra vonatkozóan. Az Egyesült Államokban ahhoz, hogy egy klinikus felírhatson egy adott gyógyszert egy betegnek, a gyógyszert először az FDA-nak kell jóváhagynia. Az FDA 2014-ben nyilvános ülést és tudományos workshopot tartott, hogy meghallgassa a tudományos véleményeket, beleértve a betegek beszámolóit is. Mégsem adtak ki hivatalos FDA-nyilatkozatot, amely a DSM-5 vagy bármely más diagnosztikai definíciót jelölte volna meg a női szexuális vágyra vonatkozó gyógyszerkísérletek alapjául. Az FDA következetesen előnyben részesítette a betegjelentéseket a klinikusok

értékelésével szemben, amely inkább a DSM-5 szempontjainak megfelelően alakul. Ezt a megközelítést azzal védték, hogy megismételték álláspontjukat, hogy megvédjék a fogyasztói érdekeket a "Big Pharma" (nagyhatalmú, nyereségorientált gyógyszergyárak) pénzügyi érdekeitől a "mindennapi életmódbeli problémák" "medikalizációjával" szemben (Pyke, 2021). Az FDA-ra gyakorolt nyomás végül a Flibanserin nevű gyógyszer jóváhagyását eredményezte, miután kétszer is elutasították. Így a Flibanserin, az Addyi, "a női Viagra" soha nem tudott sikeresen beindulni. Mindössze 4000 receptet írtak fel rá a piacon való megjelenésének első 4 hónapjában, ami a hatalmas amerikai gyógyszerpiac méretét tekintve meglehetősen marginális (Pevzner & Klein, 2016). Folyamatosan kritizálták, hogy félrevezető, ha "női viagrának" nevezik (Shapiro et al., 2017). Bár az Addyi sikertelen kísérletnek bizonyult a női alacsony szexuális vágy kezelésének forradalmasítására, dicséretére legyen mondva, hogy a szexuális vágyat a férfiak működési zavaraira szolgáló gyógyszerektől eltérő módon próbálta megközelíteni: pszichiátriai gyógyszer és nem teljesítménygyógyszer, amely a CNS által vezérelt női nemi vágyat célozza meg. (Pfaus & Jones, 2018). A Flibanserin, egy posztzinaptikus 5-HT_{1A} agonista/5-HT_{2A} antagonist, egy antidepresszáns SSRI gyógyszer, hatástalannak bizonyult a depresszió kezelésére, azonban a klinikai vizsgálatok során megfigyelték, hogy a Flibanserin hozzájárult a szexuális vágy növekedéséhez az alacsony szexuális vágyú depressziós nőknél. (Clayton et al., 2018). Míg a szkeptikusok megkérdőjelezték a Flibanserin-t, mint érvényes kezelőszert, mivel hatékonyságát "nagyon alacsonynak" értékelték; az SSE-s átlagos különbség 0,49 havi növekedés volt a placebóval szemben, és 0,27 pontos növekedés az FSFI vágytartományban (Joffe et al., 2015). Ami a bremelanotidot illeti: nem volt statisztikailag szignifikáns különbség az SSE-s-ben a kezelési csoport és a placebo között (AHC MEDIA, 2020). A DAISY (a Dose Ascending Study over half a Year) III. fázisú vizsgálatai során a gyógyszer SSE végpontja a vizsgálat viselkedési összetevője volt, és a 100 mg-os adagolásnál statisztikailag szignifikánsnak jelentették. A 25 mg-os és 50 mg-os adagolás nem érte el a statisztikai szignifikanciát. Gyakorlatilag a Flibanserint szedő nők egy hónap alatt talán eggyel több "szexuálisan kielégítő eseményre" számíthatnak, mint amire egyébként számítanának, ha nem szednék.

A DSM-5-ben meghatározott FSIAD-ot még nem vizsgálták a tesztoszteron farmakológiai intervenciók klinikai vizsgálataiban. A tesztoszteronnal végzett valamennyi

kontrollált, publikált és randomizált klinikai vizsgálat a DSM-IV, az ICD-10, az ICD-11 és az ICSM-ben szereplő HSDD definícióját használta, amely egy különálló diagnosztikai entitás. Az alacsony szexuális vágy orvosi és pszichológiai alapú diagnosztikai kritériumai közötti eltérő utak itt nyilvánvalóak. A HSDD a választás az alacsony szexuális vágy problémájának meghatározására, amikor a gyógyszerkísérletekről van szó, míg a pszichológiai kezelési tanulmányokban az FSIAD a preferált diagnózis (Lori Brotto et al., 2016).

4. FEJEZET: A NŐI NEMI SZERVI - KISMEDENCEI FÁJDALOM DISZFUNKCIÓ PSZICHOLÓGIAI ÖSSZEFÜGGÉSEINEK ÁTTEKINTÉSE - MIT KEZELNEK VALÓJÁBAN A KEZELÉS SORÁN

A női nemi szervek - medencei fájdalom diszfunkció (FGPPD) az egyik leggyakoribb női szexuális diszfunkció, amellyel a krónikus fájdalmat kezelő pszichológusok és a szexuálpszichológusok találkoznak. Az FGPPD előfordulási arányát világszerte 1%-27% között jelentették (McCabe, Sharlip, Atalla, et al., 2016). A pontos prevalencia-arányokat nehéz megadni, tekintettel a kutatási tanulmányok által használt nomenklatúra és nosológia különbözőségére, az életkori rétegek, az élethosszig tartó, elsődleges vagy másodlagos előforduláson alapuló osztályozások, a súlyosság és az önbevallás vs. klinikailag megerősített diagnózisok széles szórása mellett.

Tekintettel az egységes nosológiai rendszer és nomenklatúra meghatározásának folyamatos ellentmondásaira, úgy döntöttünk, hogy a női nemi szervek fájdalmaira az ICSM által javasolt meghatározást, a Female Genital-Pelvic Pain Dysfunction (FGPPD) definíciót használjuk ebben a felülvizsgálatban. Az FGPPD definíciója tágabb, mint a DSM-5 Genito-Pelvic Pain Disorder (nemi szervi - kismedencei fájdalom diszfunkció) definíciója, és a következő fogalmak közül legalább az alábbiakkal kapcsolatos tartós vagy visszatérő nehézségekként definiálható: (i) hüvelyi behatolás a közösülés során; (ii) kifejezett vulvovaginális vagy kismedencei fájdalom a nemi érintkezés során; (iii) kifejezett félelem vagy szorongás a vulvovaginális vagy kismedencei fájdalomtól a nemi érintkezés előtt, alatt vagy eredményeként; vagy (iv) a medencefenék izmainak kifejezett hipertónia vagy túlműködése a nemi érintkezéssel vagy anélkül (Association, 2013;

McCabe, Sharlip, Lewis, et al, 2016; Parish, Cottler-Casanova, et al., 2021; Parish, Simon, et al., 2021).

Míg az FGPPD pszichológiai kezeléseivel kapcsolatos kutatásokat jellemzően oktatókórházakban vagy orvosi egyetemeken végzik, a kezelések nagy része ambuláns magánpraxisban vagy felsőfokú klinikákon történik, néha a páciens más mentális egészségügyi probléma vagy kapcsolati probléma miatt kapott kezelés keretében. Következésképpen a kezelés hatékonyságát és az alkalmazott kezelési módokat ritkán követik nyomon, és sok értékes adat kiesik a rostán. A pszichológiai kezelési eredmények tekintetében a páciens-orvos kapcsolat is nagyban hozzájárul a sikerhez (Cuijpers et al., 2019). Ezen túlmenően, tekintettel az RCT-k és a kezelési szándékkal végzett kutatások hiányára, talán korai lenne végleges ajánlást megfogalmazni az FGPPD kezelésében alkalmazott pszichológiai megközelítések preferált módozataira vonatkozóan (Melnik et al., 2012).

A pszichológiai közreműködők soha nem egydimenziósak, és gyakran megkövetelik, hogy a klinikus többféle megközelítést alkalmazzon. Annak érdekében, hogy megkönnyítsük a klinikusok számára az empirikusan alátámasztott kezelési módok kezelési lehetőségeinek kiválasztását, három táblázatot adtunk hozzá (2., 3. 4. Táblázat), és a pszichológiai társulásokat az FGPPD-re gyakorolt hatásméretük szerint csoportosítottuk.

A pszichológiai összefüggések bizonyítékainak összefoglalása

Az áttekintett tanulmányok az FGPPD pszichológiai és pszichofiziológiai társítások széles skáláját ölelik fel, mint például kognitív társítások, affektív társítások, kapcsolati és szociális társítások, kapcsolati, szociális társítások és pszichofiziológiai társítások.

Összességében bátran kijelenthetjük, hogy az FGPPD erős pszichológiai összefüggésekkel rendelkezik, és ezek pszichoterápiás módszerekkel történő kezelése szerves részét képezi a sikeres kezelési eredményeknek. Egyetlen kezelési mód sem emelkedik ki átfogó "egy lövés, és kész" módszerként; ezért úgy tűnik, hogy az egyéni betegjellemzőkre összpontosító kombinált terápiás megközelítések kínálják a legígéretesebb eredményeket. Metaanalízisünk és szisztematikus áttekintésünk alapján azt javasoljuk, hogy a klinikusok válasszanak olyan kezelési módokat, amelyek a kezelés során és - amennyiben megvalósítható - a párkapcsolati kontextusban foglalkoznak az FGPPD

különböző pszichológiai társulásainak kezelésével. További információkért lásd az összefoglaló táblázatokat (2., 3., 4. táblázat).

2. Táblázat Hatásméretetek: Small

KIS

Célszex: $\eta^2 = 0,16$ V.: $d = 0,19$ D.: $d = 0,29$)	Zavaró fájdalom $\eta^2 = 0,06$ D.: $d = 0,31$)	Az expozíciós kezelés hatása az automatikus és szándékos fenyegetettségi asszociációkra $\eta^2 < 0,01$		Fájdalmas D.: $d = 0,32$	Félelem D.: $d = 0,04$	Testkép A nem konzumált nők (UCM) $d = -0,25$
Depressziós $d = -0,031$	LLV $d = 0,3$	TEMPS-A pontszámok Depresszív $d = 0$	Szabadon lebegő szorongás $d = 0,173$	Fóbiás szorongás $d = 0,038$	OCD $d = 0,060$	VT Total MHQ-S $d = 0,233$
GRSSS közlemény $d = 0,13$	GRSSS Érzékiség $d = 0,24$	Fájdalommal kapcsolatos globális önbecsülés $d = -0,15$	a vaginális behatolással kapcsolatos önképi kogníciók ($b = 0,25$, $P = 0,005$)	Dyadikus kiigazítás (DAS)= nem szignifikánsan eltérő	A szándékos negatív értékelés páronkénti összehasonlítása nőknél dyspareunia és kontrolloknál $d = 0,030$	

3. Táblázat . Hatásméretetek Közepes

Közepes

Genitális összeférhetetlenségi felismerések V.: d=0,41;	Genitális összeférhetetlenséggel kapcsolatos felismerések V.: d=0,41; D.: 0,30	Célfájdalom $\eta^2 = 0,04$; V. d= 0,29; D.: d= 0,45	Distractor Pain $\eta^2 = 0,06$; vaginizmus d= 0,50	t pozitív inger: behatolás: d= 0,49 és pozitív szex: d= 0,53	Kevesebb pozitív hatás a behatolási ingerekre, mint a nem behatolási ingerekre: d= -0,57	Az expozíciós kezelés hatása a vaginális behatolási ingerekkel kapcsolatos szándékos félelemértékelésekre: d= 0,51
GRSSS Gyakoriság d= 0,42	A partneri katasztrófizálás és a nők önhatékonyosságának észlelése a fájdalom intenzitásának 31,1% -át magyarázta a diszpareúniában szenvedő nők fájdalomintenzitásában, 7,5% -ot pedig a partneri változók magyaráztak.		Elégedetlenség LLV d=0,57	Nem szexualitás LLV 0.45	Anorgazmia LLV d= 0.45	TEMPS-A pontszámok Hyperthymic d=0.6
PVD-s nő: alacsonyabb szexuális funkció r=-0,32; magasabb szorongás r=0,30	A magasabb megközelítés kevésbé fájdalmas szex és nagyobb szexuális elégedettség. r=-0,25 és r=0,22	Nagyobb elkerülési célok több fájdalom r=0.19	Magasabb én-központú elkerülés nagyobb depressziós tünetek r=0,40	Fájdalommal kapcsolatos szexuális önbecsülés d= -0,50	Dyadikus szexuális kommunikáció (DSC) $\eta^2 = 0,08$	Depresszió (BDI) $\eta^2 = 0,05$

4. Táblázat. Hatásméretek Nagy

Nagy

Az irányítás elvesztése a behatolás során V.: d=2,08; D.:d=1,79	Fájdalom-katasztrófizálás Vag.: d=1.29; Dysp.d=: 1.4	Önkép Vag: d=0,89; D.: d=0,98	Coitus kísérletek $\eta^2 = 0.2$	Arousal (FSFI) $\eta^2 = 0,6$:	A szándékos negatív értékelés páronkénti összehasonlítása vaginizmusban szenvedő nőknél vs. kontrollok $\eta^2 = 0,18$; d=0,712		Hüvelyi behatolási ingerek és félelmi asszociációk: V.:d= 1.08
behatolási ingerek d= -1,25 és nem behatolási ingerek d= -0,82	Az expozíciós terápia hatása a penetrációs ingerek globális affektusértékelésére: d= 0,63		Háttér szorongás leltár (BAI) V.:d=1.3	Vissza Depressziós leltár (BDI) V.: d=1.5	TEMPS-A pontszámok Ciklotímiás d= 0,9	TEMPS-A pontszámok Szorongó d=1.5	TEMPS-A pontszámok Irritálható d=1.8
szexuális antimon Vag.:d= -0,9; Dysp.: d=-0,98	Kontroll kogníciók Dysp.: d=-1.36 Vag.: d=-2.3	Katasztrófa és fájdalom Vag.: d=4.8; Dysp.: :d=2.54	Önkép kognitív. Dysp.: d= 1.35 Vag.: d= 2.1	Pozitív kognitív. Dysp.: d= -1,64; Vag.: d=-1,4	Genitális inkompat. Dysp.: d=0,79; Vag.: d= 1,6	Histrionikus V.: d=0.633	Vaginizmus LLV d= 1.5
Háttér szorongás leltár (BDI) V.: d= 3.62	Vissza Depressziós leltár (BDI) d= 1.35	GRISS összpontszám d= 1,62	GRSSS Satisfac. d= 1,05	GRSSS Elkerülés d= 1,06	GRSSS Vaginizmus d=2.90	Szubjektív undor V.: d=0,53	Szubjektív fenyegetettség V.: d=0,79

5. FEJEZET: KLINIKAI TANULMÁNYOK A HÁZASSÁGI INTIMITÁSRÓL, AZ FSD-RŐL ÉS A SZEXUÁLIS GYAKORISÁGRÓL

A következő fejezetek a következő két kiadványból származnak: Witherow et al., 2016; Witherow et al., 2017. Ezeket a kutatásokat három különböző mentálhigiénés járóbeteg-szakrendelőben végezték.

A jelenlegi tanulmányok a házassági intimitás észlelt szintje, a szexuális diszfunkció és a szexuális gyakoriság közötti kapcsolatot vizsgálják. A kapcsolati intimitást mint a szexuális gyakoriság előrejelzőjét vizsgáltuk a házastársi kapcsolatokban, vagyis ha egy nő közelebb érzi magát a férjéhez, gyakrabban fog szexelni? Vizsgáltuk továbbá a kapcsolati intimitást, mint közvetítőt a szexuális gyakoriság, mint számláló változó és a szexuális működés között. Meghatároztuk, hogy a házastársi intimitás közvetíti-e a szexuális működés és számos viselkedési és érzelmi szexuális kimenetel (szexuális gyakoriság, szexuális elégedettség és szexuális distressz) közötti kapcsolatot egy kezelést kereső heteroszexuális, házas nőkből álló mintában.

A felhasznált anyagok és vizsgálatok jegyzéke:

Szexuális Elégedettség és Szorongás ,
IOS (A másik bevonása az “énbe” skála),
a Miller Social Intimacy Scale ,
a Párelégedettségi Index ,
a Női Szexuális Funkció Index (FSFI-6)
A szexuális gyakoriság számváltozója

5. Táblázat . A résztvevők jellemzői, összességében

Változó	Átlag	Median	SD
A nemi közösülés gyakorisága	4.7	2.5	5.3
Házasság (évek)	15.6	14	11
Életkor (év)	44	42	11
CSI-16	47	49	21.1
SSSW-30	93.1	93	23.2

MSIS-17	114.6	116	34
IOS	4.2	4	2
FSFI-6	16.2	17	6.1

CSI: Couple's Satisfaction Index, maximális pontszám: 81; MSIS: Miller Social Intimacy Scale, maximális pontszám: 154; IOS: Inclusion of the Other in the Self Scale, maximális pontszám: 7; SSS-W: Sexual Satisfaction Scale for Women, maximális pontszám: 139; FSFI-6: hatelemű női szexuális funkció index, maximális pontszám: 27.

6. Táblázat. A résztvevők jellemzői, szexuális funkció, összességében

Változó	Átlag	Median	SD
Vágyakozás	1.6	2	1.3
Arousal	2.9	3	1.5
Nedvesedés	3.3	4	1.7
Orgazmus	3.5	4	1.6
Elégedettség	2	2	1.4
Fájdalom	2.9	3	1.1
FSFI-6	16.2	17	6.1

Vágy (0-4): nagyon alacsony →nagyon magas; izgalom (0-5): nincs →nagyon magas; síkosítás (0-5): soha →mindig; orgazmus (0-5): szinte soha →most mindig; elégedettség (0-4): nagyon elégedetlen →nagyon elégedett; fájdalom (0-4): szinte soha →most mindig.

6. FEJEZET: EREDMÉNYEK

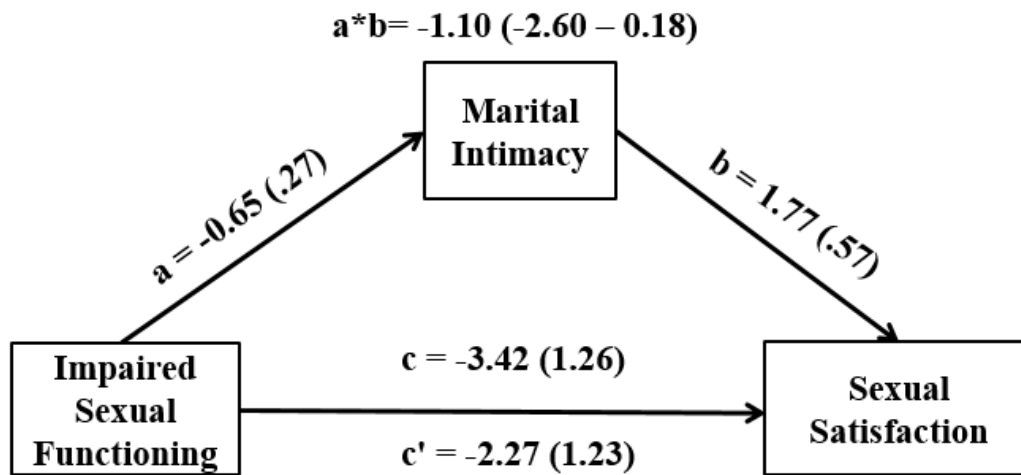
7. Táblázat Többváltozós negatív binomiális regresszió. Közvetítés feltárása:

Szexuális gyakoriság mint eredmény

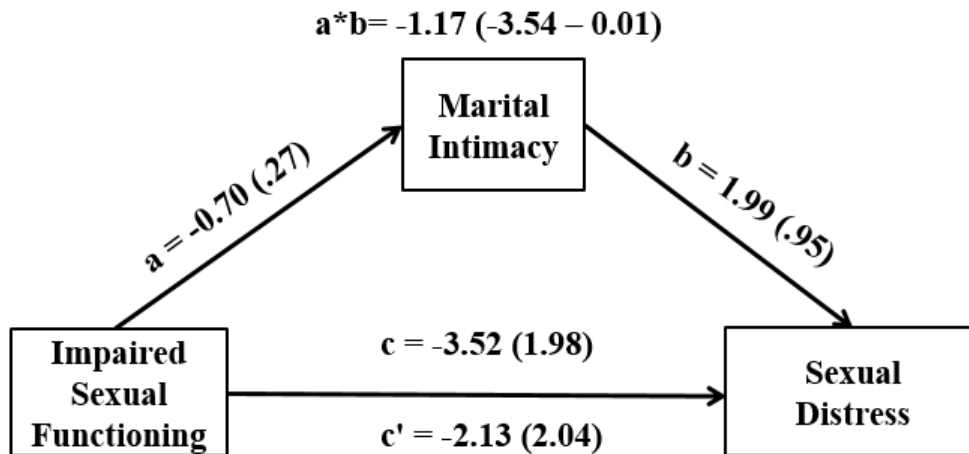
Predictor	Intimitás nélkül		Intimitással	
	Becslés	p-érték	Becslés	p-érték
Vágyakozás	0.2352	0.2132	0.0213	0.9041
Arousal	<u>0.0285</u>	0.8876	<u>-0.2471</u>	0.2101
Nedvesedés	0.1179	0.3562	0.204	<u>0.0776</u>

Orgazmus	0.2132	0.0893	0.2136	0.0629
Fájdalom	0.0629	0.7017	0.0639	0.6631
Kor	-0.0225	0.2506	-0.0299	0.0905
Házass	-0.001	0.958	-0.0011	0.9493
Intimitás			0.0106	0.0004

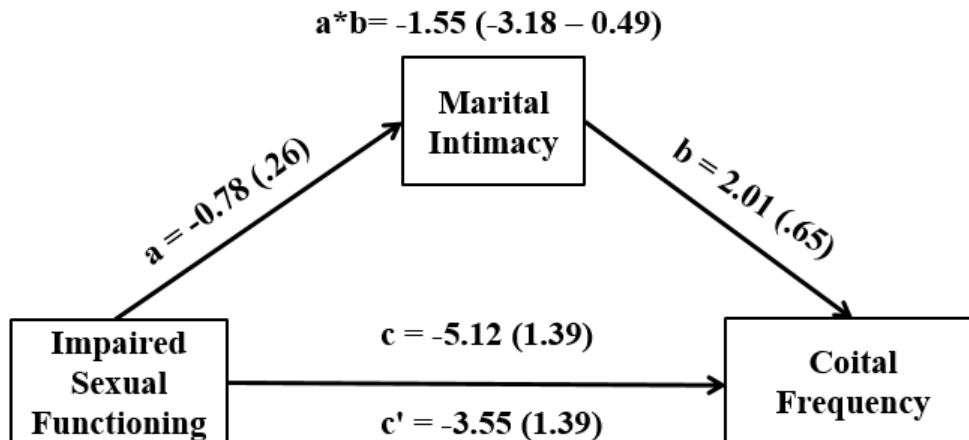
Ezek regressziós becsléseket használnak, nem pedig a multiplikatív növekedést.



1. Ábra. A szexuális elégedettséget előrejelző, bootstrapped mediációs modellek vázlata a szexuális működés károsodott állapota szerint. Az értékek nem standardizált együtthatókat jelentenek. A zárójelben lévő értékek a standard hibát tükrözik, kivéve a közvetett a*b útvonalat, amely 95%-os CI-t mutat.



2. Ábra. A szexuális distresszt előrejelző károsodott szexuális működés közvetítési útvonala. Az értékek nem standardizált együtthatókat jelentenek. A zárójelben lévő értékek a közvetett a*b útvonala standard hibáját tükrözik, amely 95%-os CI-t mutat.



3. Ábra. A szexuális működés károsodásának közvetítő útjai a közösülési gyakoriság előrejelzésében. A zárójelben lévő értékek a standard hibát tükrözik, amely az indirekt a*b útvonala vonatkozik, amely 95%-os CI-t mutat.

7. FEJEZET: ÁTTEKINTÉS

Ez a megállapítás arra utal, hogy a házassági intimitás fontos tényező a szexuális gyakoriságban. Hipotézisünkkel ellentétben a házastársi intimitás nem bizonyult közvetítőnek az FSFI-6 változók és a szexuális gyakoriság között. Ezen eredmény alapján azt feltételezzük, hogy a szexuális gyakoriság a kapcsolati tárgyalás kérdése, és bizonyos értelemben "választás" vagy "kölcsonös megállapodás", ahelyett, hogy a házasságon belüli intimitás szintjének okozati hatása lenne. Érdekes módon az FSFI-6 változók egyike sem közvetíti az intimitás és a gyakoriság közötti kapcsolatot. Ez meglepő lehet, mivel azt várnánk, hogy az olyan változók, mint a "fájdalom", jelentős mediátorok lesznek. Általánosságban ez az eredmény eltér Desrosiers és munkatársai (Desrosiers et al., 2008) fájdalmas közösüléssel kapcsolatos eredményeitől, valószínűleg azért, mert a mintájuk mérete homogén volt a vulváris fájdalomra, és így nem biztos, hogy általánosítható a mi mintánkra vagy a teljes populációra. Eredményünk magyarázatához ismét némi klinikai

tapasztalatból származó anekdotikus bizonyítéokra kell támaszkodnunk, amely arra utal, hogy a nők hajlamosak "kitartani", és a kellemetlen mellékhatások, például a fájdalom jelenléte ellenére is részt venni a szexuális tevékenységben, a kapcsolati előnyök érdekében. Ez a megállapítás abban az értelemben lehet jelentős, hogy alátámasztja a legújabb szexuális vágymodelleket, amelyek több kapcsolati tényezőt is figyelembe vesznek.

Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a házassági intimitás fokozását és az egészséges kapcsolati tárgyalás elősegítését fontos tényezőknak kell tekinteni a szexterápiában; ez azonban nem feltétlenül jelenti a szexuális gyakoriság növekedését. Úgy tűnik, hogy a szexuális gyakoriság összefügg a kapcsolati közelség érzékelt szintjével, de nem az okozza.

Eredményeink arra utalnak, hogy a házastársi intimitás kompenzáló szerepet játszik a károsodott szexuális működéssel kapcsolatos kapcsolati és szexuális zavarok védelmében, és tükrözi más kutatásokat, amelyek a házastársi közelség védő funkcióját érintik, különösen az állandó kapcsolatokban (Stephenson & Meston, 2010, 2015; Stephenson, 2010; Witherow et al., 2016). Általánosságban elmondható, hogy sem az életkor, sem a házassági időtartam nem változtatta meg az elsődleges közvetítési eredményeket. Ez azt jelenti, hogy a kapcsolati intimitás szerepe a szexuális eredmények közvetítésében a károsodott szexuális működésben robusztus az életkor és a házassági időtartam egyéni különbségeire. Ez a mintázat nincs összhangban azokkal az elméleti modellekkel, amelyek a szexuális gyakoriság és a szexuális érdeklődés megszokását a nagyobb házastársi időtartam és a kapcsolati intimitás függvényében jósolják (Perel, 2007; Schnarch, 2000, 2010; Schnarch, 1997). Az egyetlen kivétel e minta alól azt jelezte, hogy az intimitás az életkor növekedésével erősebb közvetítő szerepet játszott a szexuális elégedettségben. Ez a felfedezés kibővíti azokat a korábbi eredményeket, amelyek a szexuális gyakoriság csökkenését mutatták az idő múlásával, és az életkor volt a szexuális gyakoriságot leginkább előrejelző tényező (Call et al., 1995). Bár ez a vizsgálat keresztmetszeti volt, megfigyelték, hogy az idősebb életkor alacsonyabb szexuális gyakoriságot jelzett előre ($p = .03$). A jövőbeli kutatásoknak meg kell vizsgálniuk a házastársi intimitás és a szexuális gyakoriság közötti kapcsolat stabilitását, és azt, hogy az életkor mérsékelheti-e ezt a kapcsolatot.

Tanulmányunk egyedülálló hozzájárulása módszertani és statisztikai előrelépéseket tartalmaz, többek között azt, hogy a kezelést kereső, házasságban élő, tartós kapcsolatban élő nőkből álló mintát használtunk. A kapcsolat állandósága és a szexről szóló megszilárdult narratíva (Moore, 2010) miatt a házas nőknek és a hosszú távú kapcsolatokban élő nőknek több lehetőségük volt olyan adaptív viselkedésmódok kialakítására, amelyek a házassági intimitás kívánt szintjének elérését eredményezik, és nagyobb valószínűséggel megtanultak navigálni belső szexuális térképeiket a kapcsolaton belül, az olyan kihívások ellenére, mint a szexuális működés károsodása. Így a károsodott szexuális működésű házas nők számára a szexuális intimitásban való részvétel inkább kapcsolati tényezőkön és a kapcsolat iránti elkötelezettségen alapuló "választással" válhat, mint fiziológiai késztetéssel. Ez a spekuláció összhangban van egy tanulmány következtetéseivel, amely azt találta, hogy mintájukban a házaspárok magas szintű interperszonális cserét és a kapcsolat iránti elkötelezettséget mutattak, annak ellenére, hogy kapcsolatuk minősége valamivel alacsonyabb volt, mint az együttélő vagy randizó pároké (Moore et al., 2001).

8. FEJEZET: ÖSSZEFOGLALÓ

A női szexuális diszfunkció világszerte következetesen elterjedtnek bizonyult mind a közösségi, mind a klinikai mintákban. A szexuális problémák magas prevalenciája jelzi a szexuális zavarok etiológiájának, összefüggéseinek, társulásainak, kezelési módszereinek és kimeneteleinek vizsgálatának fontosságát. Annak ellenére, hogy több validált kutatásra van szükség a klinikai populációkon, még mindig csak kevés a kezelést kereső populációkat célzó tanulmány. Kutatásunk egyedülálló abban a tekintetben, hogy megpróbál hozzájárulni a területhez azáltal, hogy a szoros kapcsolatok pszichológiájából származó adatokat a szexuális eredményekhez köti. Abban is egyedülálló, hogy a kezelést kereső heteroszexuális házas nőket célozza meg, a klinikai munka domináns szegmensét, amely azonban aránytalanul kevés figyelmet kapott a szakirodalomban.

Megvizsgáltuk, hogy a házastársi intimitás milyen közvetítő szerepet játszik a szexuális gyakoriságban mind a szexuális diszfunkcióval rendelkező, mind a szexuális diszfunkcióval nem rendelkező nők esetében. Azt találtuk, hogy a házastársi intimitás szintje erős előrejelzője a szexuális gyakoriságnak a házasságban mind a szexuális

funkciózavarral rendelkező, mind a szexuális funkciózavarral nem rendelkező nők esetében. Érdekes módon a résztvevő életkora és a házasságban töltött évek nem jelezték előre szignifikánsan a szexuális gyakoriságot. Azt is megállapítottuk, hogy a házastársi intimitás közvetítő szerepet játszik a szexuális gyakoriság és a női szexuális diszfunkció (DSM-IV-TR) között. . Ezt az utóbbi eredményt ismét a házastársi intimitás közvetítő hatásának tulajdonítottuk, amely - feltételezésünk szerint - védő funkciót tölt be a kapcsolatra nézve, és lehetővé teszi a pár számára, hogy szexuális cseréjüket a kapcsolati fenyegetések és a párvigyázás minimalizálásával tárgyalják meg. Elméletünk szerint a házastársi intimitásnak ez a védő funkciója a biztonságos kötődésen és a partner mélyebb megismerésén, valamint a pár által a szexualitásról megosztott narratíván keresztül egyaránt hat. A mediációs eredmények olyan erős hatást mutattak, hogy úgy gondoljuk, hogy a klinikusok számára elengedhetetlenül fontos, hogy a kapcsolati szempontokkal foglalkozzanak az FSD-ben szenvedő nők kezelésében.

HIVATKOZÁSOK

Achilli, C., Pundir, J., P, R., Sabatini, L., Hamoda, H., & Panay, N. (2017). Efficacy and safety of transdermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis *Fertility and Sterility*, 107(2), 475-482. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.028>

AHC MEDIA. (2020). CNS Agents Emerge as Frontrunners in FDA-Approved Treatments for Low Libido in Women. Internal Medicine Alert. *Internal Medicine Alert*, 42(4), N.PAG.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Text revision*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/DOI:10.1037/a0027766>

Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model [Article]. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>

Basson, R. (2001). Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstetrics and Gynecology*, 98(2), 350-353. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01452-1](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01452-1)

Basson, R. (2001). Human Sex-Response Cycles. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33-43. <https://doi.org/10.1080/00926230152035831>

Basson, R. (2002). A Model of Women's Sexual Arousal [Article]. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 28(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/009262302317250963>

Basson, R. (2008). Women's sexual desire and arousal disorders. *Primary Psychiatry*, 15(9), 72-81.

Basson, R. (2012). The Recurrent Pain and Sexual Sequelae of Provoked Vestibulodynia: A Perpetuating Cycle [Article]. *Journal Of Sexual Medicine*, 9(8), 2077-2092. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02803.x>

Basson, R. (2014). On the Definition of Female Sexual Interest/Arousal Disorder [Article]. *Archives Of Sexual Behavior*, 43(7), 1225-1226. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0324-0>

Basson, R. (2018). Are Healthy Parental Attachments and Resilience to Societal Objectification Basic to Women's Sexual Health? *Archives Of Sexual Behavior*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10508-018-1314-4>

Basson, R., & Gilks, T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's Health*, *14*, 1745506518762664. <https://doi.org/10.1177/1745506518762664>

Basson, R., Wierman, M. E., Van Lankveld, J., Brotto, L. (2010). Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *Journal Of Sexual Medicine*, *7*(1, part 2), 314-326. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01617.x>

Bergeron, S., Morin, M., & Lord, M.-J. (2010). Integrating pelvic floor rehabilitation and cognitive-behavioural therapy for sexual pain: what have we learned and where do we go from here? *Sexual and Relationship Therapy*, *25*(3), 289-298. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14681994.2010.486398>

Birnbaum, G. E., Cohen, O., & Wertheimer, V. (2007). Is it all about intimacy? Age, menopausal status, and women's sexuality. *Personal Relationships*, *14*, 167-185. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00147.x>

Bogaert, A. F., Skorska, M. N., & Modica, E. (2019). Attachment, Sexual Desire, and Object of Desire Self-Consciousness Trade-Up Effects. *Archives Of Sexual Behavior*, *48*(6), 1689-1692. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1337-x>

Both, S., Laan, E., & Schultz, W. (2010). Disorders in sexual desire and sexual arousal in women, a 2010 state of the art. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *31*(4), 207-218. <https://doi.org/https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.528628>

Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., Wylie, K. (2016). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The Journal Of Sexual Medicine*, *13*(4), 538-571. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019>

Brotto, L., Chivers, M., Millman, R., Albert, A., Brotto, L. A., Chivers, M. L., & Millman, R. D. (2016). Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire/Arousal Difficulties [journal article]. *Archives Of Sexual Behavior*, *45*(8), 1907-1921. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0689-8>

Brotto, L. A., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S., & Luria, M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders. *Journal Of Sexual Medicine*, 7(1), 586-614. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01630.x>

Call, V., Sprecher, S., & Schwartz, P. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and Family*, 57(3), 639-652. <https://doi.org/doi:10.2307/353919>

Cherkasskaya, E., & Rosario, M. (2019). The Relational and Bodily Experiences Theory of Sexual Desire in Women. *Archives Of Sexual Behavior*, 48(6), 1659-1681. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1212-9>

Chivers, M. L., Basson, R., Brotto, L. A., Graham, C. A., & Stephenson, K. R. (2017). Statistical and Epistemological Issues in the Evaluation of Treatment Efficacy of Pharmaceutical, Psychological, and Combination Treatments for Women's Sexual Desire Difficulties. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 43(3), 210-217. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1266538>

Clayton, A. H., Croft, H. A., Yuan, J., Brown, L., & Kissling, R. (2018). Safety of Flibanserin in Women Treated With Antidepressants: A Randomized, Placebo-Controlled Study. *Journal Of Sexual Medicine*, 15(1), 43-51. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.005>

Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>

Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11(1), 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>

Desrosiers, M., Bergeron, S., Meana, M., Leclerc, B., Binik, Y., & Khalif, S. (2008). Psychosexual characteristics of vestibulodynia couples: Partner solicitousness and hostility are associated with pain. *Journal Of Sexual Medicine*, 5(2), 418-427. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00705.x>

Elmerstig, E., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2013). Prioritizing the partner's enjoyment: a population-based study on young Swedish women with experience of pain during vaginal

intercourse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(2), 82-89. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.793665>

FDA. (2015). *FDA Briefing Document. Joint Meeting of the Bone, Reproductive and Urologic Drugs Advisory Committee (BRU- DAC) and the Drug Safety and Risk Management (DSaRM) Advisory Committee. June 4, 2015.* FDA Retrieved from <http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/Drugs/DrugSafetyandRiskManagementAdvisoryCommittee/UCM449088.pdf>

Handy, A. B., Freihart, B. K., & Meston, C. M. (2020). The Relationship between Subjective and Physiological Sexual Arousal in Women with and without Arousal Concerns [Journal Article]. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 46(5), 447-459. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1758859>

Hendrickx, L., Gijssels, L., & Enzlin, P. (2015). Age-related prevalence rates of sexual difficulties, sexual dysfunctions, and sexual distress in heterosexual women: Results from an online survey in flanders. *Journal Of Sexual Medicine*, 12(2), 424-435. <https://doi.org/doi:10.1111/jsm.12725>

Hicks, L. L., & McNulty, J. K. (2019). The Unbearable Automaticity of Being . . . in a Close Relationship. *Current Directions in Psychological Science*, 28(3), 254-259. <https://doi.org/10.1177/0963721419827524>

Hurst, A. C., Alquist, J. L., & Puts, D. A. (2017). Women's Fertility Status Alters Other Women's Jealousy and Mate Guarding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(2), 191-203. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0146167216678859>

Jodouin, J.-F., Rosen, N. O., Merwin, K., & Bergeron, S. (2021). Discrepancy in Dyadic Sexual Desire Predicts Sexual Distress over Time in a Community Sample of Committed Couples: A Daily Diary and Longitudinal Study. *Archives Of Sexual Behavior*, 50(8), 3637-3649. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01967-0>

Joffe, H. V., Chang, C., Sewell, C., Easley, O., Nguyen, C., Dunn, S., . . . Beitz, J. (2015). FDA Approval of Flibanserin — Treating Hypoactive Sexual Desire Disorder. *New England Journal of Medicine*, 374(2), 101-104. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1513686>

Kleinplatz, P. J., & Ménard, A. D. (2007). Building Blocks Toward Optimal Sexuality: Constructing a Conceptual Model. *The Family Journal*, 15(1), 72-78. <https://doi.org/10.1177/1066480706294126>

Klusmann, D. (2002). Sexual Motivation and the Duration of Partnership. *Archives Of Sexual Behavior*, 31(3), 275-287. <https://doi.org/doi:10.1023/a:1015205020769>.

Mark, K., Herbenick, D., Fortenberry, D., Sanders, S., & Reece, M. (2014). The Object of Sexual Desire: Examining the 'What' in 'What Do You Desire?'. *Journal Of Sexual Medicine*, 11(11), 2709-2719. <https://doi.org/doi:10.1111/jsm.12683>

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., . . . Segraves, R. T. (2016). Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *Journal Of Sexual Medicine*, 13(2), 135-143. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.019>

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., . . . Segraves, R. T. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal Of Sexual Medicine*, 13(2), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>

McNulty, J. K., Maxwell, J. A., Meltzer, A. L., & Baumeister, R. F. (2019). Sex-differentiated changes in sexual desire predict marital dissatisfaction. *Archives Of Sexual Behavior*, 48(8), 2473-2489. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01471-6>

Melnik, T., Hawton, K., & McGuire, H. (2012). Interventions for vaginismus. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 12, CD001760. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001760.pub2>

Metz, M. E. (2010). *Enduring desire : your guide to lifelong intimacy*. Brunner-Routledge.

Miller, R. S., & Lefcourt, H. M. (1982). The assessment of social intimacy. *Journal of Personality Assessment*, 46, 514-518.

Moore, K. A., McCabe, M. P., & Brink, R. B. (2001). Are married couples happier in their relationships than cohabiting couples? Intimacy and relationship factors. *Sexual & Relationship Therapy*, 16(1), 35-46. <https://doi.org/doi:10.1080/14681990020021548>

Moore, K. L. (2010). Sexuality and sense of self in later life: Japanese men's and women's reflections on sex and aging. *Journal of Cross-cultural Gerontology*, 25, 149-163. <https://doi.org/doi:10.1007/s10823-010-9115-9>.

Neto, F. (2012). Perceptions of love and sex across the adult life span. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(6), 760-775. <https://doi.org/10.1177/0265407512443638>

Parish, S. J., Cottler-Casanova, S., Clayton, A. H., McCabe, M. P., Coleman, E., & Reed, G. M. (2021). The Evolution of the Female Sexual Disorder/Dysfunction Definitions, Nomenclature, and Classifications: A Review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. *Sexual Medicine Reviews*, 9(1), 36-56. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.05.001>

Parish, S. J., Simon, J. A., Davis, S. R., Giraldi, A., Goldstein, I., Goldstein, S. W., . . . Vignozzi, L. (2021). International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *The Journal Of Sexual Medicine*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.10.009>

Perel, E. (2007). *Mating in captivity: Unlocking erotic intelligence*. Harper.

Pevzner, H., & Klein, S. (2016). The Hot Little Sex Pill That Couldn't [Article]. *Prevention*, 68(9), 86-93. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=117049897&site=ehost-live>

Pfaus, J. G., & Jones, S. L. (2018). Central Nervous System Anatomy and Neurochemistry of Sexual Desire [<https://doi.org/10.1002/9781119266136.ch4>]. *Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction*, 25-51. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781119266136.ch4> (Wiley Online Books)

Pyke, R. E. (2021). FDA Decisions on Measures of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: A History, With Grounds to Consider Clinical Judgment. *Sexual Medicine Reviews*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.12.001>

Schnarch, D. (2000). Desire problems: A systemic perspective. Principles and practice of sex therapy. *Journal Of Sexual Medicine*, 3, 17-56.

Schnarch, D. (2010). *Intimacy and desire: Awaken the passion in your relationship*. Scribe Publications.

Schnarch, D. M. (1997). *Passionate marriage: Love, sex, and intimacy in emotionally committed relationships*. WW Norton & Company.

Seitz, T., Ucsnik, L., Kottmel, A., Bitzer, J., Teleky, B., & Löffler-Stastka, H. (2020). Let us integrate sexual health—do psychiatrists integrate sexual health in patient management? [Article]. *Archives of Women's Mental Health*, 23(4), 527-534. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01016-9>

Shapiro, D., Stevens, D., & Stahl, S. M. (2017). Flibanserin – the female Viagra? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21(4), 259-265. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1315138>

Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2010). When Are Sexual Difficulties Distressing for Women? The Selective Protective Value of Intimate Relationships Stephenson and Meston Sexual Difficulties and Distress. *Journal Of Sexual Medicine*, 7(11), 3683-3694. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01958.x>

Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2015). The conditional importance of sex: exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 41, 25-38.

Stephenson, K. R., Meston, C. M. (2010). Differentiating components of sexual well-being in women: are sexual satisfaction and sexual distress independent constructs? *The Journal Of Sexual Medicine*, 7(7), 2458–2468. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01836.x>

Toates, F. (2009). An Integrative Theoretical Framework for Understanding Sexual Motivation, Arousal, and Behavior. *Journal of Sex Research*, 46(2-3), 168-193. <https://doi.org/10.1080/00224490902747768>

Vowels, L. M., & Mark, K. P. (2020). Partners' Daily Love and Desire as Predictors of Engagement in and Enjoyment of Sexual Activity. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 46(4), 330-342. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1711274>

Witherow, M. P., Chandraiah, S., Seals, S. R., & Bugan, A. (2016). Relational Intimacy and Sexual Frequency: A Correlation or a Cause? A Clinical Study of Heterosexual Married Women. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 42(3), 277-286. <https://doi.org/doi:10.1080/0092623X.2015.1033574>

Witherow, M. P., Chandraiah, S., Seals, S. R., Sarver, D. E., Parisi, K. E., & Bugan, A. (2017). Relational Intimacy Mediates Sexual Outcomes Associated with Impaired Sexual

Function: Examination in a Clinical Sample. *Journal Of Sexual Medicine*, 14, 843-851.
<https://doi.org/doi:10.1016/j.jsxm.2017.04.671>.

Worsley, R., Bell, R. J., Gartoulla, P., & Davis, S. R. (2017). Prevalence and Predictors of Low Sexual Desire, Sexually Related Personal Distress, and Hypoactive Sexual Desire Dysfunction in a Community-Based Sample of Midlife Women. *The Journal Of Sexual Medicine*, 14(5), 675-686. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.254>

A SZAKDOLGOZATHOZ KAPCSOLÓDÓ PUBLIKÁCIÓK

Witherow MP, Chandraiah S, Seals SR, Bugan A. Kapcsolati intimitás és szexuális gyakoriság: A Correlation or a Cause? Heteroszexuális házas nők klinikai vizsgálata. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2016; **42**: 277-86. (Impact Factor: **1,842**)

Witherow MP, Chandraiah S, Seals SR és társai: A kapcsolati intimitás közvetíti a károsodott szexuális funkciókkal kapcsolatos szexuális kimeneteleket: Vizsgálat egy klinikai mintán. *Journal of Sexual Medicine* 2017; **14**: 843-851 (Impact Factor ~ **3.151**)

Witherow MP. Női szexuális vágy/ izgalom zavar: A diagnosztikai megfontolások története és következményei a klinikai gyakorlatban. *PSYCHIATRIA HUNGARICA*; article accepted ...