

第三章 男性性欲低下

Pedro J.Nobre¹, Joana Carvalho² 和 Kristen P.Mark³

“性欲低下或性动机不足，是女人的事”这一传统观点，不免让人质疑。目前，女性性欲的研究和临床工作不计其数，男性方面却寥寥无几。男性性功能的研究，仍以性行为表现为主。据统计，每 30 项勃起功能障碍研究中仅有一项涉及男性性欲。回顾性分析当前男性性欲的心理学和生物学研究，我们认为，男女之间性欲的性别差异可能被夸大了。为此，提出了一个全面的男性性欲模型，强调认知、情感和二元因素在性欲诱导、形成和维持中的作用。基于该模型，我们给出了治疗建议。但是，推广前还需要完成随机对照的结果研究。

“性欲”，经常被定义为一种驱动个人性行为的内在状态。性欲，取决于赖以产生的生物因素、引导感受或行为的心理因素和调节表达与评估的社会因素之间的相互作用 (Levine, 2003)。大多数人认为，性欲是一种动机状态，是性反应轨迹的原始动力 (Kaplan, 1979)。然而，一些理论家指出，性欲接踵于性唤起，服务于不同的亲密关系和情景目的 (Basson, 2000)。更有学者提出，性欲是性唤起的认知成分—对性唤起状态的有意识评估，在性唤起之后出现 (Both, 2007)。这一观点也受到研究数据的支持，即性欲与性唤起之间明显重叠 (Prause, 2008)。无论如何，性欲是一个多元构想，不仅涉及色情动机，还与养育或权力有关 (Chadwick, 2017)。

性欲一直是许多研究的焦点。然而，这一议题更多与女性有关 (Carvalho, 2014)。男性性功能研究，很少涉及这类问题，每 30 项勃起功能障碍研究中仅有一项与性欲相关 (Meana, 2014)，反映了学者更多关注男性的性行为表现，而不是性反应的动机 (Janssen, 2011)。由于男性勃起功能障碍的发病率远高于性欲低下障碍的发病率，

- Pedro J.Nobre**, 博士，世界性健康协会主席，葡萄牙波尔图大学教授、人类性行为研究实验室主任、人类性行为博士项目主任和美国金赛研究所研究员，曾任葡萄牙性学学会主席。Nobre 博士在国际期刊上发表多篇科学论文，是《性医学杂志》《性研究杂志》和《国际临床与健康心理学杂志》编委会成员。
- Joana Carvalho**, 博士，葡萄牙里斯本卢索福纳大学心理学助理教授。她是一名有执照的心理学家，专门研究临床心理学、法医心理学和性学，研究男性和女性性反应和功能的认知和情感因素，性刺激的注意力和情感反应，包括性暴力刺激及其与个性、性功能、认知情感和精神病理因素之间的关系。她撰写了多篇同行评审论文，是《性医学杂志》副主编和《心理学前沿》的编委会成员。
- Kristen P. Mark**, 博士，公共卫生硕士，肯塔基大学副教授，性健康促进实验室主任，性少数者 (lesbian gay bisexual transgender queer, LGBTQ) 资源办公室教职研究员，她接受了伴侣和家庭治疗培训，在金赛学院担任教员。她的研究重点是伴侣关系中性欲和满意度，如性欲和差异、不忠以及性与满意关系的预测因素等。她在许多学术期刊上发表研究成果，在国内和国际上介绍她的工作，通过媒体向公众传播性健康知识，是《性行为档案》和《性研究杂志》的编辑委员会成员。

大多数人刻板地认为性欲低下或性动机不足是“女人的事”。然而，最近研究表明，这种刻板想法可能并不准确，因为越来越多的男性报告性欲低下引起的痛苦。

一、诊断

性欲功能障碍，已在第五版《精神障碍诊断和统计手册》(DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) 和第十一版《国际疾病分类》(ICD-11; World Health Organization, 2019) 中正式确定。DSM-5 反映了性活动中性欲 / 性兴趣与主观性唤起 (即兴奋 / 快感的感知) 和生殖器感觉相互重叠的观点 (Brotto, 2010a; Graham, 2010)，但这一观点存在争议且仅针对女性 (Reed, 2016)。相应地，DSM-5 提出了基于性别的诊断标准：将女性性欲困难称之为女性性兴趣 / 性唤起障碍 (FSIAD)，将男性性欲困难称之为男性性欲低下障碍 (male hypoactive sexual desire disorder, MHSDD)。

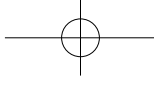
MHSDD，表现为持续和反复的性想法、幻想或欲望缺乏 (或缺失)，症状持续 6 个月以上，且引起明显痛苦。在判断症状的轻重和数量时，临床医生必须了解与症状有关的背景因素 (如年龄、生活环境)。尽管分类不同，但有研究表明，与女性一样，男性的性欲与“精神”性唤起可能是相互融合的 (Brotto, 2010b)。因此，男女之间是否真正存在性欲性别差异，还需进行进一步的症状学研究 (Sarin, 2013)。此外，就性欲与性唤起的争议而言，目前仍无足够证据证明 DSM-5 的性别分类诊断标准是合理的 (Balon, 2014)。

世界卫生组织 (2019) 将男性和女性性欲低下功能障碍纳入一个新的性健康章节中，定义为“从事性活动的欲望或动机缺乏或明显低下”。因此，ICD-11 并未将性欲和性唤起诊断合二为一，仍然区分了男性和女性性欲和性唤起障碍诊断。

二、性欲低下合并其他男性性功能障碍

尽管学者尽力尝试定义男性性欲低下，但由于经常合并勃起功能障碍，他们的症状表现更复杂 (Carvalheira, 2014; Fugl-Meyer, 1999)。一项男性参与的临床研究中，仅 5% 的受访者报告性欲低下，而勃起功能障碍、过早射精和延迟射精问题占比分别达到 38%、28% 和 50%。相应地，确定男性性欲低下是否是其他性功能障碍的原因或结果，亦十分困难。学者认为，男性性欲低下不仅与勃起功能障碍或延迟射精有关，致病途径也很相似 (Corona, 2004, 2013, 2016)。事实上，一项比较不同症状因素的研究显示，虽然性健康男性的性欲是一个独立实体，诊断男性的性欲障碍时，应该综合分析他们的性欲、勃起反应和性高潮 (Carvalho, 2011a)。例如：

Phil (男) 和 Darren (女) 因为他们的关系中缺乏性亲密感而接受伴侣治疗。4 个疗程后，Darren 透露，真正问题是 Phil 在性活动中难以保持阴茎勃起，使得 Darren 采取逃避策略，逃避所有形式的性亲密，包括性行为。对性亲密需求达成共识后，Phil 表示更喜欢通过非性行为来满足他的亲密要求。他承认，之所以对性缺乏兴趣，



性治疗原理与实践（第6版）

是因为性活动中勃起困难让他感到羞愧，而这一想法又进一步加重他的勃起功能问题。

三、发病率

据估计，男性性欲望或性兴趣低下的总体发病率为3%~28%（Fugl-Meyer, 1999; Laumann, 2005; Quinta-Gomes, 2014）。少数针对年轻男性（18~29岁）性欲望低下的研究表明，其发病率为6%~19%（Laumann, 1999; Najman, 2003; Træen, 2010），这一情况随着男性年龄的增长而升高（如60~67岁男性的发病率为27%）。同样，仅1%的年轻男性从未想过或幻想过“性”，老年群体中这一比例却高达20%（Corona, 2013）。然而，Najman等（2003）报告，年轻男性性欲望低下的发病率并非想象中那么低（18~29岁男性达到19%，50~59岁男性为16%），表明性欲望低下在年轻男性中是一个问题。

性欲望，包括单独和二元性欲望。就单独性欲望（即单独性行为欲望）与二元性欲望（即伴侣性行为欲望）的发病率而言，Martin等（2012）报告，68%的男性表现为单独性欲望低下，14%的男性报告二元性欲望缺乏。最近5年发病率数据（Martin, 2014）显示，单独性欲望低下的发病率（18%）高于二元性欲望低下（8%）。

最近研究表明，性欲望低下问题常见于男同性恋，据报道其发病率介于19%~57%之间（Hirshfield, 2010; Peixoto, 2015）。此外，Peikoto等发现，与男异性恋（9%）相比，男同性恋（19%）性欲望低下更为普遍。

由于性欲望低下问题以女性为主，男性的研究相对不足。大多数学者认为，性欲望低下问题女性更为常见（Laumann, 1999, 2005; Nobre, 2006; Simons, 2001; Ventegodt, 1998），这种观点得到Regan和Atkins（2006）的支持。他们发现功能正常男性的平均性欲望强度和频率超过女性（是女性的四倍）。

此外，值得注意的是，代际模式（即群体效应）显示，自20世纪90年代到21世纪初，人类性欲望水平不断增加，从2005年到2016年，性欲望水平逐渐降低（Beutel, 2018; Lindau, 2010）。因此，探讨男女性欲望水平时，我们还需考虑与性欲望表达有关的社会因素、界定标准或其他背景因素（即个人生活和生存的全部背景，包括环境因素、情景因素和个人因素）。

四、生物、心理、社会因素

最近，许多学者采用生物、心理、社会模式研究男性的性欲望问题。这一策略反映了当前研究方式的转变，从对单纯机体因素的关注向更广泛心理、社会因素的诠释。本章节，我们强调从生物心理社会角度看待男性的性欲望问题，特别是性欲望低下心理特征。目前，因大多数研究并未鉴别男性性欲望低下是自发性或反应性，普通型或境遇型，使得对性欲望研究数据的分析变得更加困难（Connaughton, 2016）。

一项针对葡萄牙、克罗地亚和挪威男同性恋的跨文化研究中，学者评估了令人痛苦的性欲望和性兴趣低下的心理社会因素（Carvalho, 2014）。这些因素包括：勃起能力信心

低下、对伴侣吸引力降低、长期夫妻关系、性无趣和职业压力等。有趣的是, 30-39 岁男性中, 性欲低下发病率最高。一个可能的原因, 是这个年龄段男性的应激性生活事件更为常见, 如职业投资、家庭生活、为人父母等, 导致性欲水平降低。同样, Corona 等 (2013) 发现, 男性性欲低下与器质性因素的关系不明显, 更多受到教育水平和家庭因素的影响。Martin 等 (2012) 指出, 高学历的男性, 二元性欲水平低下而单独性欲增加。此外, 有结婚生子愿望 (Nimbi, 2018a) 和抚养年幼孩子 (小于 4 岁) 想法时, 性欲和性享受水平低下 (Durette, 2011)。因此, 特定人生阶段, 男性生活方式经常受到职业规划和家庭因素的困扰, 是性欲低下的脆弱性因素。

为此, 学者对男性性欲特征进行深入的理论研究, 不再直接关注各种预测因素, 而是在认知行为模式框架中探讨性欲, 理解生物、心理、社会因素和临床相关变量的共同作用。一项研究中, 学者评估医学 (过去 / 现在病史)、相互关系 (二元调节作用)、精神病理因素和认知 - 情感维度 (性信仰、性想法和情感) 的预测作用 (Carvalho, 2010b)。将具体认知和情感变量作为关键预测指标, 显现出心理学角度解释男性性欲的优势。性的保守 / 限制性态度、缺乏色情想法、性活动中对勃起功能的担忧, 以及悲伤和羞耻情感等, 均是男性性欲低下的显性预测指标, 二元调节作用、病史和年龄则是非显性预测指标。这些发现, 特别是性活动中消极 / 分心想法, 表明注意力机制在男性性欲低下中的潜在作用。虽然注意力集中更多被用于解释男性勃起功能障碍 (Barlow, 1986; Jong, 2009), 但这种危害性认知方式同样削弱了性动机。而且, 权衡这些因素的相互作用时, 限制的性信念 (如 “性交过程中性幻想不合时宜”) 和消极的自动想法 (如 “我的阴茎没有反应”), 也对性欲产生不良影响, 甚至超越医学、相互关系或精神病理因素的致病作用 (Carvalho, 2011)。这一关键性研究表明, 心理、社会因素与男性性欲低下的脆弱性和 / 或维持因素有关。

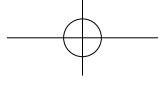
最近, Nimbi 等 (2018a) 对生活质量、性别歧视、述情障碍症和性功能相关因素 (如性功能障碍的性信念、消极的自动想法和情感反应) 的预测效应进行研究, 解释男性性欲的最大差异性变化。同时, Nimbi 等 (2018b) 将这些因素整合至相关研究模型中, 观察变量的部分和全部介导效应。最后, 学者指出, 性交过程中对勃起功能的担忧和色情想法的缺乏, 是男性性欲低下的直接负面因素, 在情感的加持下更明显。因此, 认知状态以及与之相关的情感反应, 也是男性性欲的主要影响因素。

五、理论与模型

如前所述, 当前男性性欲的研究主要集中在认知和情感预测因素以及二元过程。基于这两种研究路径, 我们以下简要回顾男性性欲低下的认知 - 情感 and 二元反应模型。

1. 认知 - 情感模型

Barlow 是研究性问题认知 - 情感因素的先驱。Barlow 和他的团队建立一个系统的研究方式 (主要基于实验室研究), 调查认知和情感维度在性功能障碍中的作用, 特别是男



✚ 性治疗原理与实践（第6版）

性功能障碍（Bach, 1999; Barlow, 1983; Mitchell, 1998; Weisberg, 2001）。依据研究结果，Barlow 设计一种模型（1986），强调自主神经唤起（交感神经激活）与认知干扰相互影响在性功能障碍中的作用。模型提出，性健康人群在性活动中能够将注意力集中在色情刺激上，性功能异常男女则是将注意力放在与性无关的刺激上（无性反应消极结果）。随着自主神经唤起增强（因为对性反应的担忧），注意力更加集中，从而抑制性唤起。随后，这一原始模型被不断地更新，融入更复杂的认知过程（Sbrocco, 1996; Wiegel, 2007）。

继 Barlow 之后，Nobre 及其同事进行一系列研究，建立了男性欲望问题的性功能障碍概念模型（Carvalho, 2010b, 2011; Nobre, 2009, 2010; Soares, 2013）。模型（图 3.1）在三个不同水平进行阐释：①易感因素（如人格因素，神经质和功能障碍性信念）；②认知加工因素（如因负面性事件而激活的认知模式）；③维持因素（如性活动中负面认知和情感）。

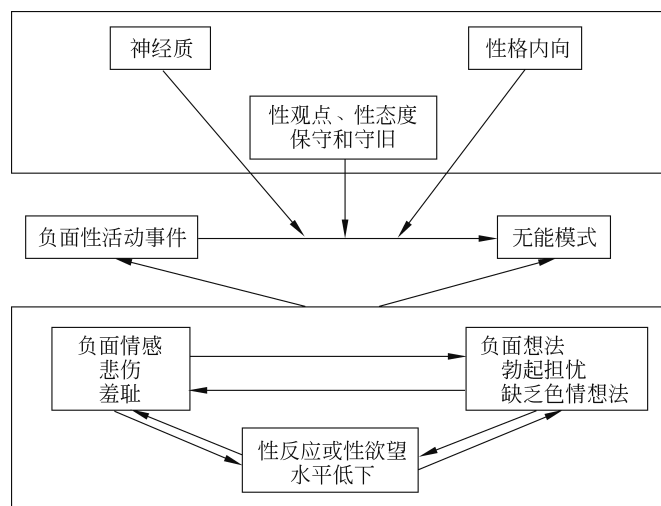


图 3.1 男性性欲低下 Nobre 认知 - 情感模型结构

（1）易感因素

就人格因素而言，与性健康人群相比，性功能障碍男性的神经质表现更常见。外向型性格的人，总体性功能和性欲水平更高（Costa, 1992; Quinta-Gomes, 2011）。神经质和内向型性格者，是性功能障碍的易感/脆弱性因素，包括性欲低下。就性信念而言，研究表明性功能障碍男性更容易相信某些性传说。关于性信仰，研究表明，性功能障碍男性更多相信 Zilbergeld（1999）性神话（Baker, 1988）：如性行为必须完美，男性总是想要和能够从事性活动，女性不应该主动追求性，性高潮是性活动的唯一目标，性欲是与生俱来的，不受外界因素的影响，性是年轻人的专利，所有性活动都必须以阴道插入为基础，性问题的解决只需要技术层面的改善，性行为明显不同于其他人际交往，伴侣之间情感越深，性表现越好。

此外，Nobre 等（2006）发现，性功能障碍男性患者总是抱有一些不切实际的性信念，对女性性反应和性满意度的认知不准确。而且，研究显示，限制和保守性态度也是男性性

欲望低下的显著负面预测因素 (Carvalho, 2010b, 2011; Nimbi, 2018a)。模型指出, 作为具体的易感因素, 这些苛刻和不切实际的性信念以及保守性态度使得男性更容易罹患性功能障碍, 包括性欲低下。

(2) 认知因素

Nobre 等 (2009) 发现, 与性功能正常人群相比, 性功能障碍男性在负面性事件的接触过程中, 激活更明显的消极的“自我图式 (个人在以往经验基础上形成的对自己的概括性认识和特殊信念, 是自我概念的组成要素)”。具体而言, 性功能障碍男性倾向于将负面性事件理解为失败和无能的表现。Nimbi 等 (2018a) 研究发现, 这种消极的自我图式是男性性欲低下的一个重要预测因素。Nobre 模型提出, 每当性行为表现失败时, 有错误性信念的男性 (如前所述) 更容易激活消极的自我图式, 负面性事件成为这一激活反应 (主要是自我无能图示) 的固化剂, 性信念和特质因素, 如神经质和内向性格, 起到调节作用。

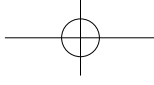
(3) 维持因素

就认知作用而言, 研究表明负面的性认知与性功能困难的水平增加有关 (Nelson, 2011; Purdon, 2006, 2011)。与性功能正常人群相比, 性功能障碍男性报告了更多的与勃起问题和失败预期相关的自动想法, 使得他们的色情想法更少 (Nobre, 2008)。这种思维模式, 是男性性欲的最佳预测因素 (Carvalho, 2010b, 2011; Nimbi, 2018a)。Nobre 认为, 性活动中消极的自动想法是消极的自我图式的产物, 作为一种性功能障碍的维持因素而发挥作用。

就情感作用而言, 研究表明抑郁心情 (缺乏积极情感、悲伤、幻想破灭) 与性反应和性欲水平低下密切相关。与性功能正常人群相比, 性功能障碍男性在性活动中表现出更多的悲伤、幻想破灭和恐惧, 性快乐和性满足感明显降低 (Nobre, 2006)。这种情感模式 (悲伤和羞耻) 也是男性性欲的重要负面因素 (Carvalho, 2010b)。实验研究 (Mitchell, 1998; Nobre, 2004) 进一步支持这一关联性, 表明抑郁情感对男性性唤起和性欲具有负面影响。该模型提出, 性活动中抑郁情感与性功能障碍患者消极的“自我图式”密切相关, 可能削弱性反应并作为性功能障碍、特别是性欲低下的维持因素而发挥重要作用。

2. 二元模型

性欲水平低下, 是伴侣治疗中最常见的诉求 (Davies, 1999; Mark, 2018)。某些学者认为, 应该将性欲问题视为一个二元关系而非个人单方面产物, 因而采取系统观点而不是疾病导向模式 (Levine, 2002; Mark, 2018; Tiefer, 2001)。考虑到人际关系因素的重要作用, 研究人员研究性欲差异, 以此作为调查性欲系统影响的一种方式。伴侣之间性欲不匹配时, 他们的性和关系满意度会受到负面影响 (Mark, 2012, 2015; Mark, 2012; Sutherland, 2015)。有时候, 低下的性欲本身并不是问题, 如果双方性欲均低下, 这种“一致性”反倒有益于他们的关系满意度。然而, 一旦出现性欲差异, 尤其是男性伴侣性欲低下时, 就可能对伴侣关系造成实质性伤害。一成不变的性规范 (如男性应随时为“性”做好准备), 亦是男性性欲低下原因之一 (Sanchez, 2005)。男性偏离传统的男子汉标准时, 伴侣之间性欲差异更明显 (Murray, 2018)。男性仍然对伴侣互动感



⊕ 性治疗原理与实践（第6版）

兴趣时，说明他们的性生活满意；如果男性仅有单独的性欲望，说明他们的性生活不正常（Peixoto, 2019），这些均说明采取二元方法研究性欲望问题的重要性。临床上，还需要判断男性性欲望低下是对环境的预期适应（如不满意的性关系、男性气概期望值和生活压力），还是与背景因素（即代表个人生活和生存的全部背景，包括环境因素、情景因素和个人因素）无关的性欲望缺乏。

在 Monica（女）的要求下，Mark（男）和 Monica 一起前来治疗。由于 Mark 似乎更喜欢手淫而不是与她发生性关系，Monica 感到受到伤害，好像自己是那个总想要性交的人似的。更令 Monica 感到气愤的是，Mark 之所以拒绝自己的性要求竟然是因为手淫。一次单独访谈中，Mark 承认对其他女人不乏性欲望，唯独 Monica 例外。因为仍想保持婚姻关系，Mark 选择手淫而不是婚外情。治疗中，Mark 坦言，伴侣性生活中发生的一些事让他感到不快乐。Monica 想不通的是，为什么一个有性主见的男人总是采取一种被动的性行为表达方式。经过沟通和冲突化解，他们重新定义了自己的性角色，Mark 与 Monica 伴侣生活的欲望又点燃了。

六、评估

就医学因素而言，睾酮水平降低或催乳素水平升高，如性腺功能减退、甲状腺功能减退和高泌乳素血症等疾患，可导致性欲望降低（Balon, 2005; Conaglen, 2009; Maurice, 2007）。而且，衰老亦与睾酮水平降低密切相关，在与其他心理社会因素的加持下，性欲望进一步下降（Buvat, 2013）。怀疑以上疾病时，临床医生应该进行体检和内分泌评估（检测血清总睾酮、催乳素和甲状腺功能），以便更好地了解生物学因素在性欲望低下中的作用。此外，还应了解抗抑郁药、抗精神病药或抗癫痫药物的服用情况。

由于性欲望低下经常与其他心理和情感障碍（特别是抑郁症）及其他性功能障碍（如勃起功能障碍）共同存在，需要仔细鉴别性欲望低下是否继发于其他心理障碍或性功能障碍。其中，包括抑郁症病情评估及其与性欲望低下之间的时间关系。确诊抑郁症时，应先行治疗。此外，如果男性患有勃起困难或其他性功能障碍，在决定干预治疗之前，应仔细评估性欲望低下与其他性功能障碍之间的时间关系。

为了诊断男性性欲望低下（MHSDD），临床医生不仅需要评估性活动中性欲望水平，还要了解性想法和性幻想缺乏/缺失情况，这些均是临床诊断的要求（DSM-5）。按照标准，症状应持续6个月以上时间（DSM-5标准）和感到明显痛苦。性活动频率（如手淫或与伴侣）不应作为性欲望判断的单一标准，因为许多性欲望低下男性的性活动是为了取悦伴侣或其他原因。当然，性活动缺乏本身并不代表性欲望缺乏，因为一些男性可能由于许多原因难以找到合适性伴侣。同时，还应评估伴侣之间的性欲望差异，因为与伴侣相比的性欲望“低下”，并不足以诊断 MHSDD。

全面临床访谈应该包括详细的生物学和心理、社会因素信息：

（1）伴侣因素（如伴侣性问题、伴侣健康状况）；

- (2) 关系因素 (如沟通技巧, 性活动中夫妻性欲差异);
 - (3) 个人脆弱性因素 (如性格、性信念、性或情感虐待史)、精神疾病 (如抑郁、焦虑症) 或生活压力 (如失业、丧亲之痛);
 - (4) 文化或宗教因素 (如宗教信仰和对性的态度);
 - (5) 预后、病程或治疗相关的医学因素 (American Psychiatric Association, 2013)。
- 其他自我报告, 亦可用于临床访谈, 评估性欲水平及其特征:

(1) 性欲。性欲量表 (the sexual desire inventory, SDI; Spector, 1996) 可用于评估二元和单独性欲, 了解伴侣之间性欲差异。此外, 性唤起和欲望量表 (the sexual arousal and desire inventory, SADI; Toledano, 2006) 可用于评估主观性唤起与性欲之间关系, 这在女性和男性中很常见。

(2) 性功能。国际勃起功能指数 (the international index of erectile function, IIEF; Rosen, 1997) 有助于评估个人性功能水平和性功能障碍合并情况 (如勃起功能障碍、性高潮障碍)。

(3) 性痛苦。男性的性痛苦量表 (the Sexual Distress Scale for men, SDS; Santos-Iglesias, 2018) 可用于评估性欲低下所致痛苦, 是临床诊断中的一个重要标准。

七、治疗

1. 生物医学治疗

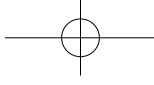
许多生物医学干预方式, 同样可用于男性性欲低下的治疗。激素水平紊乱时 (如性腺功能减退), 睾酮替代疗法具有一定疗效, 但仅在睾酮水平明显低于正常值时有效。此外, 甲状腺功能减退时, 恢复甲状腺功能或高泌乳素血症的治疗或降低催乳素, 亦有助于提高性欲水平 (Corona, 2013, 2016)。

此外, 如果男性正在服用有损于性欲的药物, 应考虑选择其他替代药物。性欲低下与抑郁症的合并概率较高, 许多性欲低下男性被发现正在服用抗抑郁药物。对于这些男性而言, 可选择服用副作用较少的抗抑郁药 (如阿戈美拉汀、米氮平、安非他酮、噻奈汀、曲唑酮、沃替西汀、丁螺环酮等)。

除了上述干预措施和更换副作用更少药物 (抗抑郁药), 目前尚无任何批准用于治疗男性性欲低下的药物。最近, 一项综述和 Meta 分析表明, 睾酮替代治疗在提高性欲和勃起功能方面可能有益, 特别是性腺功能明显减退的男性 (Corona, 2017; Snyder, 2018)。

2. 心理治疗

认知行为疗法 (CBT) 是性功能障碍最常见的心理治疗方法, 大量研究结果证明了其有效性 (Brotto, 2016)。此外, 基于正念的干预方法也具有一定效果, 特别在女性人群中 (Bossio, 2018; Brotto, 2012; Brotto, 2014; Brotto, 2008; Brotto, 2007)。然而, 与女性相比, 男性性欲低下心理干预有效性的数据非常有限, 且缺乏随机对照研究 (Berner,



性治疗原理与实践（第6版）

2012; Brotto, 2016; Frühauf, 2013)。

目前,唯一发表的男性性欲望低下随机对照研究中,伴侣往往存在混合性功能障碍:男性合并勃起功能障碍或过早射精,女性合并性高潮障碍、阴道痉挛或性交疼痛。研究中,204对伴侣被随机分为认知行为阅读治疗组(包括心理教育、情感集中训练和理性情感分析)或候补名单对照组。研究表明,与候补名单对照组相比,治疗组中更多男性在治疗后和随访时性功能改善。此外,阅读治疗后,男女性互动频率增加,性痛苦水平降低。有趣的是,性互动频率增加时,原发性性欲望低下、勃起功能障碍和过早射精男性的治疗效果更明显。最后,学者得出结论,不论性问题性质如何,认知行为治疗对性活动频率的提升有总体效果,可以解决男性性功能障碍中存在的心理问题(van Lankveld, 2001)。

总之,对心理干预治疗男性性欲望低下的效果,目前知之甚少。未来,应该在现有心理和人际关系因素研究的基础上设计严格的随机对照试验,以检验标准的认知行为和正念冥想干预方法在解决男性性欲望低下中所起的作用。

八、案例讨论

案例 1

Jayson, 一名 43 岁顺性别(是指一个人的性别认同与其出生时被指定的性别相一致)男异性恋,因对性活动几乎丧失性兴趣、无法维系有意义的浪漫关系而寻求治疗。他将最近几次短暂(1 月-3 年)恋爱关系的结束,归咎于性欲望低下,他认为这对他来说一直是个问题,而且有很长时间了。

考虑到 Jayson 性欲望低下的终身性特点,治疗师建议进行内分泌检查,但睾酮和催乳素水平均在正常范围内。最初评估时,认为 Jayson 属于一种新的性取向类型(又称第四性取向),即无性恋。尽管这一评估有助于 Jayson 确定自己的性身份和性喜好,但 Jayson 并不认为自己是一名无性恋者。

治疗理论框架,是针对 Jayson 的易感、形成和维持因素,采取以叙事心理治疗为主的认知行为治疗模式(Monk, 1997)。在叙事心理治疗中,鼓励患者勿将性行为表现与性功能障碍混为一谈,即自己只是一个有“性”困难的人,并非性功能障碍患者。

易感因素: Jayson 生长在一个传统家庭,是家中两个男孩中的长子。父亲工作,母亲照顾家庭和孩子。Jayson 从未见过父亲参与家务劳动(如他从不洗碗或做饭,下班总是在家“呆着”)。尽管没有运动天赋,但 Jayson 的父亲期望他参与体育运动并有出色表现。因此,团队运动时常被父亲责骂,因表现不佳而受到羞辱。Jayson 回忆,十几岁时父亲经常“取笑”他与女孩约会,采取粗俗的体育用语打击他的性行为(如不能上垒得分)。通过叙事心理治疗, Jayson 开始理解,童年经历是如何让他产生自己不是一个“真正男人”的想法。同时,还意识到,逃避体育运动和约会带来的羞耻感,就不会有“不如他人”的感觉。

形成和维持因素: Jayson 意识到,一旦想在夫妻关系中实现不切实际的男子气概期望值,过去的性经历就历历在目。每当他在一段感情中不想与伴侣发生性关系时,“我不是

一个真正男人”的想法立刻浮现，与他父亲强加的社会叙事（通过提供相关线索，解释他人感受和想法以及描述适当的行为预期，为学习者描述相应社交情景）遥相呼应，即“真正的男人”应该抓住任何机会与女孩发生性关系。这种想法，迫使 Jayson 要么找到一个不想要的好理由（“我没有真的被她吸引”），要么逃避这种境况（人或亲密的时刻）以及可能的性活动。这意味着，他经常因为这种窘况而结束一段两性关系，或伴侣由于感觉不到亲密感和他的逃避态度而结束这段关系。这种认知，改变了他的故事叙述方式：即从一种无能为力（“我无法维持一段关系”）转变为诸多原因所致关系破裂（“我在逃避一段关系”）。Jayson 也意识到，即使做爱时也让他感到自己不是一个真正男人。由此，他对自己的男子气概和性能力感到焦虑，以至于性活动中对无能为力和随之而至的羞辱感，保持高度警惕。一种旁观者心态随之产生，进一步加重他的勃起困难，导致表现性焦虑和失败感，最终性欲低下。一旦 Jayson 认识到这一点，将面临调整自己期望值的艰巨任务。同时，他也能理解，如同个人的其他欲求一样（如情感和食欲），性欲也会变化：每个人并不是总想着做爱，就像他不是总想吃甜点一样。性技能训练、家庭作业练习和认知重组的综合培训，帮助 Jayson 打断性欲的负反馈环。Jayson 有机会在手淫（家庭作业练习）和个人治疗的随意性接触中，练习专注于色情想法和感官反馈。虽然在随意和单独性行为中成功增强了 Jayson 的信心，但并未解决他对长期恋爱关系的担忧，他也承认长期恋爱关系的风险更高（尤其是在他希望维持的关系中）。历时 6 个月的 12 次个人治疗后，Jayson 在朋友聚会上认识了一位女性，开始认真约会。尽管治疗师认为治疗有效和需要巩固，但 Jayson 决定结束治疗。因此，我们尚不清楚 Jayson 能否在他全心投入的关系中，将治疗收益转化为性欲水平的提高。

案例 2

John 是一名 32 岁白人顺性别男性，与 31 岁白人顺性别女性 Sarah 保持一段长期婚姻关系。10 年前两人在大学相识，彼此非常倾慕和相爱。最初 6 月，他们的夫妻生活充满兴奋，性欲很高。

数年以后，他们的夫妻生活出现明显性欲性别差异。Sarah 抱怨他不再性主动，因为她感到性生活总是自己一厢情愿，厌倦了被 John 拒绝。目前，他们的性活动频率是数月一次，而 Sarah 希望每周数次，John 只想每月一次。为了慰藉，Sarah 每月约两次通过手淫达到性高潮，但她对此并不满意，因为她更愿意与丈夫在一起。最近，John 和 Sarah 讨论生育孩子的问题，Sarah 非常担心为人父母将进一步影响他们的性生活频率和满意度。在性问题解决之前，Sarah 一直对抚养小孩犹豫不决。尽管如此，他们仍然彼此相爱，并致力于维系婚姻。他们承认，性问题对他们伤害不轻。

个人评估时，John 回忆既往生活中不乏手淫经历，但现在这种情况很少发生。手淫和性幻想，好像是一种奢望。过去 4 年里，“性”从未浮现在他的脑海。从恋爱初期到现在，John 对 Sarah 的性兴趣不断下降，他非常痛苦，很大程度上是因为他害怕失去 Sarah。

治疗最初阶段，John 和 Sarah 彼此坚信：男性应该是性活动的倡导者。Sarah 十