



آسیب شناسی جنسی

کیومرث ارجمند قجور

نیکان کتاب

زمستان ۸۹

سرشناسه	:
عنوان و نام پدیدآور	:
مشخصات نشر	: زنجان: نیکان کتاب، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری	
شابک	:
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
موضوع	:
موضوع	:
موضوع	:
رده بندی کنگره	:
رده بندی دیویی	:
شماره کتابشناسی ملی	:



آسیب شناسی جنسی / کیومرث ارجمند فجور

امور فنی: نیکان کتاب

طراحی جلد:

چاپ و صحافی: ولیعصر

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

قیمت:

چاپ اول: بهار ۹۰

شابک:

دفتر نشر: زنجان، چهارراه سعدی، روبروی بانک پاسارگاد

کوچه باقری، ساختمان سپهر، واحد ۴

تلفکس: ۰۲۴۱-۳۲۳۵۵۴۱-۲

Emile:nikan_ketab@yahoo.com

حق چاپ محفوظ است و هرگونه کپی برداری

منوط به اجازه ی کتبی از نویسنده می باشد.

برای

آنهايي که به زخمهای زندگی

مرهمی از جنس بیماری روانی می‌نهند.



فهرست مطالب

عنوان	صفحه
پیشگفتار.....	
فصل اول: تاریخچه‌ی مختصر آسیب‌شناسی جنسی.....	
فصل دوم: اختلالات عملکرد جنسی.....	
اختلالات میل جنسی.....	
الف- اختلال کمبود میل جنسی.....	
ب - اختلال انزجار جنسی.....	
اختلالات انگیختگی جنسی.....	
الف- اختلال نعوظی مرد.....	
ب - اختلال انگیختگی جنسی در زن.....	
اختلالات ارگاسمی.....	
الف- اختلال ارگاسم در زن.....	
ب - اختلال ارگاسم در مرد.....	
ج - انزال زودرس.....	
اختلالات درد جنسی.....	
الف- واژینیسم.....	

.....	ب- مقاربت دردناک
.....	اختلال جنسی ناشی از یک بیماری طبی عمومی
.....	اختلال جنسی ناشی از مواد
.....	اختلال جنسی که به گونه ای دیگر مشخص نشده است
.....	فصل سوم: درمان اختلالات عملکرد جنسی
.....	مقدمه
.....	مراحل سکس تراپی
.....	درمان رفتاری - شناختی
.....	رفتاردرمانی بر اساس رویکرد رفتارگرایی
.....	سکس تراپی مبتنی بر روانکاوی
.....	درمان زیست شناختی
.....	گروه درمانی
.....	هیپنوتیزم درمانی
.....	سکس تراپی زوج
.....	روش معنادرمانی
.....	فنون و روشهای درمان اختصاصی اختلالات عملکرد جنسی
.....	اختلال کمبود میل جنسی
.....	اختلال انزجار جنسی
.....	اختلال نعوظی مرد
.....	اختلال انگیختگی جنسی در زن
.....	اختلال ارگاسم در زنان
.....	اختلال ارگاسم در مردان
.....	انزال زودرس
.....	واژینیسم

.....مقاربت دردناک.....

.....فصل چهارم: اختلالات هویت جنسی.....

.....سبب‌شناسی.....

.....تشخیص افتراقی.....

.....موردی از اختلال هویت جنسی.....

.....اختلال هویت جنسی که به‌گونه‌ای دیگر مشخص نشده است.....

.....درمان.....

.....فصل پنجم: انحرافات جنسی (پارافیلیا).....

.....همه‌گیرشناسی.....

.....انواع انحرافات جنسی و سبب‌شناسی.....

.....عورت‌نمایی.....

.....یادگارخواهی.....

.....مالش دوستی.....

.....بچه‌بازی.....

.....مازوخیسم (آزارخواهی).....

.....سادیسیم (آزارگری).....

.....یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی.....

.....چشم‌چرانی.....

.....انحرافات جنسی که به‌گونه‌ای دیگر مشخص نشده است.....

.....هرزه‌گویی تلفنی.....

.....مرده‌دوستی.....

.....عضوخواهی.....

.....حيوان‌خواهی.....

.....مدفوع‌خواهی و تنقیه‌خواهی.....

ادراارخواهى.....	
هاىپوكسى فلىيا.....	
درمان انحرافات جنسى.....	
فصل ششم: اختلالات جنسى نامتمايز.....	
ملال پس از مقاربت.....	
مشكلات مربوط به زوج.....	
ازدواج به وصال نرسیده.....	
مسائل مربوط به تصوير ذهنى بدن.....	
دون ژوانيسم.....	
نيمفومانيا (حشرى بودن زنان).....	
احساس ناراحتى مداوم و بارز مربوط به گرايش جنسى.....	
فصل هفتم: مباحث ويژه	
همجنس گرايى.....	
سبب شناسى.....	
عوامل روانشناختى.....	
عوامل زيست شناختى.....	
خودارضايى	
زنا با محارم.....	
تجاوز به عنف.....	
منابع	

پیشگفتار

آسیب‌شناسی جنسی با تکیه بر دستاوردهای علمی روانشناسی به توصیف ماهیت رفتار جنسی نابهنجار و تبیین آن می‌پردازد. رفتار جنسی از دیدگاه‌های مختلف علمی تعریف شده است. زیست‌شناسی، رفتار جنسی را هر نوع رفتاری که احتمال یکی شدن اسپرم و تخمک را افزایش دهد، تعریف می‌کند. در دهه‌های اخیر، متخصصین بهداشت روان تلاش کرده‌اند که قیدوبند تولید مثل را از تعریف رفتار جنسی جدا ساخته، مفهومی مستقل برای آن بیابند. امروزه، سکس فقط در خدمت تولید مثل نیست، بلکه بیشتر در جهت کسب اوج لذت جسمی و روانی و به‌عنوان یک بازی مفرح، مشروع و آرامش‌بخش تعریف می‌شود. هاید نیز رفتار جنسی را اینگونه تعریف می‌کند: «رفتاری که برانگیختگی جنسی ایجاد نموده و احتمال رسیدن به اوج لذت جنسی را افزایش می‌دهد.»

در ارتباط با مسائل جنسی ذکر چند نکته لازم و ضروری می‌نماید:

۱- نوشتن و حرف زدن از مسائل و مشکلات جنسی در بسیاری از جوامع «تابو» بوده و جزء «خطوط قرمز» محسوب می‌شود و در برخی اظهارنظرها و مطالب نوشته شده در این زمینه هم «خلط مبحث»، «ارزش‌گذاری اخلاقی» و گاهی اوقات سفسطه و مغلطه دیده می‌شود که مسائل و مباحث علمی، دینی، عرفی، خرافی و... با یکدیگر آمیخته شده و خواننده نمی‌داند از بین این مباحث کدامیک را باید انتخاب کند و از بین آنها کدامیک درست است. همچنین نگرش‌ها و

باورهای منفی زیادی در ارتباط با سکس وجود دارد که ریشه در عوامل فرهنگی و تربیتی داشته و نتیجه جزء تولید احساس گناه، ترس و اضطراب، چیز دیگری نیست.

۲- شیوع مشکلات جنسی در جامعه‌ی ما چندان هم پایین نیست و در بیشتر مواقع می‌توان گفت که مشکلات جنسی ناشی از مقاومت، سرکوب و مبارزه با آن است نه پذیرش آن. بسیاری از افراد به دلیل حجب و حیا و شرم مسموم به کلینیک‌های جنسی مراجعه نکرده و یا در صورت مراجعه، برخی از آنها مشکلات دیگری را مطرح می‌کنند که ارتباط چندان با مشکل اصلی ندارد. برخی از کارشناسان اعلام می‌کنند که ۱۰ درصد مردان دچار ناتوانی جنسی‌اند و ۴۰ درصد زنان در زندگی زناشویی از اختلالات جنسی رنج می‌برند و نتیجه‌ی یک نظرسنجی از زنان نشان می‌دهد که بسیاری از آنها «ارگاسم» را تجربه نمی‌کنند و تعجب‌آورتر از همه عده‌ای بر این اعتقاد بوده‌اند که چیزی به نام ارگاسم در زنان وجود ندارد! و نیز مطابق با پژوهشی که توسط یکی از محققین در کشورمان صورت گرفته است، شایع‌ترین مشکلات جنسی در مردان ۳۱ درصد اختلال نعوظی و ۱۱/۳ درصد انزال زودرس و در زنان ۱۲/۶ درصد اختلال ارضا نشدن جسمی و ۸/۵ درصد درد جنسی بوده است و ۵۵ درصد بین خود و همسرانشان تنش و اختلاف داشته‌اند. همچنین در کنگره‌ی سراسری خانواده و مشکلات جنسی مطرح شده که اختلالات و مشکلات جنسی ۵۰ درصد علت طلاق در کشور ماست؛ چیزی که هنگام مراجعه به دادگاه‌های خانواده خود را به شکل دیگری نشان می‌دهد و زوجین دلیل طلاق خود را عدم تفاهم و برخی مسایل دیگر مطرح می‌کنند!

۳- سکس و بهداشت روانی ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و لذت بردن از روابط جنسی و تجربه‌ی «سکس نرمال» تأثیرات مثبتی بر روی سلامت روان می‌گذارد. و به‌همین خاطر است که ویلهلم رایش - روانپزشک و روانکاو اتریشی - اعتقاد بر این دارد که سکس مقدس و روحانی است و تنها انسان است که می‌تواند به این تقدس و روحانیت دست یابد. همچنین یکی دیگر از

صاحب‌نظران معتقد است که در دنیایی که همه چیز به‌صورت سیاه و سفید درآمده است، تنها در لحظات روحانی سکس است که انسان می‌تواند لحظه‌های رنگی را تجربه کند.

۴- با توجه به اینکه اکثر منابع مورد استفاده در این کتاب مربوط به غرب می‌باشد، آمار و ارقام ارائه شده در متن کتاب نیز مربوط به جوامع غربی است و شاید در مورد جامعه‌ی ما صدق نکند. همچنین برخی از راهکارها و تکنیک‌های درمانی ارائه شده صرفاً جنبه‌ی درمانی داشته و لزوم تطبیق هر یک از آنها با فرهنگ خودمان احساس می‌شود.

در پایان وظیفه‌ی خود می‌دانم که از تمامی اساتید عزیز و مؤلفانی که با نشستن در کلاس درسشان و یا از طریق کتاب‌هایشان چیزهایی آموخته‌ام، تقدیر و تشکر کنم. اثر حاضر مطمئناً خالی از ایراد و اشکال نیست و امیدوارم صاحب‌نظران محترم با پیشنهادات اصلاحی خود اینجانب را در این امر یاری کنند.

کیومرث ارجمند قجور

روانشناس بالینی

تاریخچه‌ی
مختصر آسیب‌شناسی جنسی

فصل اول

رابطه‌ی جنسی و تمایلات جنسی^۱ برای اکثریت مردم، در طول تاریخ موضوع بسیار جالبی بوده است. با گذشت زمان نگرش‌ها و دیدگاه‌های مردم درباره‌ی جنسیت^۲ و انحرافات جنسی تغییرات قابل توجهی را از سر گذرانیده است. در طول قرن چهارم قبل از میلاد یونانیان مسایل جنسی را در عرف اجتماع خود پذیرفته بودند و بر این اعتقاد بودند که انسان‌ها دارای طبیعت و خلقت دوگانه هستند و بر آن اساس، زن و مرد می‌باید از یکدیگر لذت می‌بردند.

این وسعت نظر، با دیدگاه متداول دوره‌ی بین سقوط رم و قرن چهارم، یعنی زمانی که کلیسا موضوعات جنسی را چیزی گناه‌آلود معرفی می‌کرد، به سختی در تعارض بود. در آن دوره افراد زیادی را در اروپا برای اقرار به تماس عاشقانه با شیطان شکنجه و آزار و اذیت می‌کردند و آنها را در ملاء عام زنده می‌سوزانند. بدین ترتیب تمام روستاهای جنوب آلمان و سوئیس نابود شدند (ساراسون و همکاران، ۱۳۸۳).

هزینه‌ای که زنان باید برای رهایی از این وضعیت پرداخت می‌کردند این بود که از تمامی افکار و تمایلات جنسی خود صرف‌نظر می‌کردند. در اواسط قرن نوزدهم، این نظر که زن‌ها باید کاملاً اخلاقی و از لحاظ عشقی سرد و از نظر جنسی بی‌جاذبه باشند به اوج خود رسید. از زنان انتظار می‌رفت تنها به‌خاطر ارضای نیازهای جنسی شوهرانشان و به‌انجام رساندن تعهد مادر شدن به رفتار جنسی اقدام کنند. شایان ذکر است که علی‌رغم این انتظارات در طول قرن نوزدهم، روسپی‌گری و بیماری‌های مقاربتی رو به افزایش گذاشت.

1-. sexuality

2-. sex

هاید (۱۹۸۶) در کتاب «ادراک تمایلات جنسی انسان» بر این اعتقاد است که در قرن پانزدهم میلادی، مسیحیان عقیده داشتند که خواب شیطانی (احتلام شبانه)، ناشی از آمیزش جنسی با ارواح است که کابوس نامیده می‌شدند.

به‌طور کلی، تمایلات و رفتارهای جنسی انسان از دیدگاه‌های مختلف علمی مانند پزشکی، فیزیولوژی، روانشناسی، مردم‌شناسی، جامعه‌شناسی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. روان‌شناسان و روان‌پزشکان فعالیت خود را در آمریکا و اروپا در اواخر ۱۸۸۰ شروع کردند. در همان زمان مطالعه‌ی علمی رفتار جنسی نیز آغاز شد. اولین کتابی که در مورد مطالعه‌ی علمی تمایلات و رفتارهای جنسی به چاپ رسید، کتاب «آسیب‌های روانی جنسی»^۱ تألیف ریچارد ون کرافت اینینگ^۲، روان‌پزشک آلمانی (۱۹۶۵-۱۸۸۶) بود.

ایشان در این کتاب بیماری‌های جنسی گوناگونی را گزارش کرد که در عصر حاضر بسیاری از آنها از دیدگاه متخصصین بهداشت روان مطرود شناخته شده است.

هاولاک الیس^۳، پزشک و روانشناس انگلیسی، در سال ۱۹۱۰ تحقیق و پژوهش علمی در مورد تمایلات جنسی را آغاز کرد و نتایج بررسی‌های خود را در کتاب «روانشناسی رفتار جنسی»^۴ در ۷ جلد میان سال‌های ۱۸۹۷ و ۱۹۲۸ منتشر کرد. او خودارضایی را بین مردان و زنان امری مشترک یافت و به‌جای علل جسمانی در اختلالات جنسی، بر علل روانشناختی تأکید کرد. وی معتقد بود که اکثر افراد و گروه‌ها به‌خاطر اینکه اذهانشان بیش از حد با داستان‌های رذیلانه راجع به جنایات و انحرافات جنسی مشغول است، امور جنسی را به‌عنوان امری پلید می‌نگرند. الیس پیشنهاد کرد برای یافتن آنچه در روابط جنسی معمول می‌گذرد بررسی‌های عینی انجام گیرد. پیشنهاد او تا سال‌های ۱۹۴۰ جنبه‌ی عملی به خود نگرفت.

پس از او زیگموند فروید^۵، نورولوژیست و روان‌پزشک اتریشی، در سال ۱۹۰۵ کتاب خود را تحت عنوان «سه رساله در باره‌ی تمایل جنسی»^۶ انتشار داد. او در این کتاب به مطالعه‌ی رشد روانی-جنسی

1- psycho sexual pathology

2- Richard Van Kraft- Ebing

3- Havlock Ellis

4- The psychology of sex

5-

6-

انسان از کودکی تا بلوغ پرداخت و همچنین انحراف‌ها و اختلال‌های جنسی را مورد بررسی قرار داد. فروید موضوعات جمع‌آوری شده از بیماران متعدد را مورد استفاده قرار داد تا اثرات منفی نگرش سرکوب نسبت به مسائل جنسی را شرح دهد. فروید که مطالب فراوان و ارزشمندی راجع به مسائل جنسی و تجارب عاشقانه منتشر نمود، ردپای انحرافات جنسی دوران بزرگسالی را در رویدادهای مهم کودکی جستجو می‌کرد. نظرات او در ارتباط با مسائل جنسی دوران طفولیت اکثر مردم را تکان داد. اگرچه امروزه بسیاری از جنبه‌های این نظرات هنوز بحث برانگیزند، اما فروید بیش از هرکس دیگری باعث گردید در مورد نقش احساسات جنسی در رشد، تفکر مجددی صورت گیرد. تا دهه ۱۹۴۰ فقط روانکاوان از جنسیت به‌عنوان محور مرکزی تعارض نوروئیک^۱ سخن می‌گفتند.

با گسترش و رشد علوم رفتاری، مطالعه‌ی رفتار جنسی انسان نظم خاصی را به‌خود گرفت و در آثار مردم شناسی مانند مالینوفسکی^۲ (۱۹۲۹)، مید^۳ (۱۹۵۲)، فورد و بیچ^۴ (۱۹۵۲)، و همچنین پزشکی نظیر دیکینسون^۵ (۱۹۴۹) و روانپزشکان و روانشناسانی مانند دیویس^۶ (۱۹۲۹) به تدریج بررسی‌های دقیق علمی تحقق یافت. سرانجام، اسکوفیلد^۷ در سال ۱۹۶۵، فهرست ۳۳ تحقیق انجام شده را در خلال ۵۰ سال گذشته منتشر کرد. اکنون این پژوهش‌ها گسترش بیشتری یافته‌اند (بانکرافت^۸ ۱۹۸۳)، به‌نقل از کجیاف، (۱۳۷۸).

کینزی^۹ و همکاران (۱۹۴۸، ۱۹۵۳) دو کتاب منتشر کردند که به شناخت گسترده‌تر روابط جنسی و مسائل آن انجامید. به‌دلیل نمونه‌گیری غیرتصادفی، و نمایش افراطی مجرمین و جانیان جنسی سفید پوست متعلق به طبقه‌ی متوسط آمریکا در نمونه، مطالعات مزبور معیوب تلقی می‌شوند. معه‌ذا، هنوز هم ستون منابع در این زمینه به‌شمار می‌روند و به‌وسعت به کل جمعیت تعمیم داده شده‌اند. کینزی در یک مطالعه‌ی تاریخی با ۵۳۰۰ مرد و ۵۹۰۰ زن مصاحبه کرد. نتایج این مصاحبه‌ها نه‌تنها برای ما اطلاعات

1- . neurotic

2- Malinowski

3- Mead

4- Ford & Beach

5- Dikinson

6- Davis

7- Schofield

8- Bancroft

9- . Kinsey

مهمی به‌شمار می‌روند، بلکه معیار مقایسه‌ای را نیز در این زمینه به دست می‌دهند. ایشان معتقد بود که بهترین شاخص نگرش یک شخص رفتار ظاهری اوست. براساس چنین اعتقادی، کینزی درباره‌ی نگرش‌های مردان و رضایت جنسی آنها در گزارش‌های خود بحث نکرده، اما درباره‌ی نگرش‌ها و واکنش‌های هیجانی زنان بررسی‌هایی به عمل آورده و نتایج حاصل را گزارش کرده است.

هانت^۱، نتایج پژوهش‌های خود را در ارتباط با رفتارهای جنسی مردان و زنان در مقایسه با تحقیقات کینزی، در طول سه دهه، در کتابی به‌نام «رفتار جنسی» منتشر کرد. نتیجه‌ی مقایسه‌ی تحقیقات هانت و کینزی بیانگر آن است که در جامعه‌ی آمریکا در دهه‌های اخیر، آمیزش جنسی قبل از ازدواج افزایش یافته، از تفاوت نقش جنسی زنان و مردان کاسته شده و تفاوت ارضاء تمایلات جنسی در طبقات اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی مختلف از میان رفته است. این پژوهش نشان داد که آزادی‌های جنسی به‌گونه‌ای آشکار، افزایش یافته است (اوحدی، ۱۳۸۵).

در فواصل سال‌های ۱۹۴۰ تا ۱۹۷۰ روش‌های رفتاری خاص برای انزال زودرس مانند شروع-توقف^۲، و برخی اختلالات دیگر مانند واژینیسم و اختلال ارگاسم پیشنهاد شد.

در سال ۱۹۷۰ ویلیام ماسترز^۳ و ویرجینیا جانسون^۴ کتاب «نابسنده‌ی جنسی در انسان» را منتشر کردند که الگوی پیدایش رویکردهای جدید سکس تراپی^۵ گردید. این کتاب بر اهمیت روابط به‌عنوان بخش تفکیک ناپذیر مسأله جنسی و پیش‌بینی سرانجام تأکید می‌کند. درمان معطوف به واحد زناشویی بود و فنون رفتاری ثانوی بودند. کار به چاپ رسیده ماسترز و جانسون در مطالعات بعدی هرگز به نتایج مشابه نرسیدند.

در طول سال‌های گذشته، کارهای ماسترز و جانسون بیشترین تأثیر را سکس‌تراپی داشته است. نوشته‌های نخست آنها در زمینه‌ی روش‌های درمان بر پایه شیوه «خوشه چین»^۶ استوار است، بدون آن که آشکارا تلاش کنند تا رویکرد خود را بر مدل نظری خاصی بنا نهند.

1- Hunt

2- start- stop

3- William Masters

4- Virginia Johnson

5- sex therapy

6- eclectic

کاپلان^۱، جنبه‌هایی از رویکرد رفتاری ماسترز و جانسون را پذیرفت و بخشی از مدل‌های تبیین دیدگاه روان‌پویشی خودش را به آن افزود. در شیوه‌ی درمان جنسی که بانکرافت پیشنهاد کرده است به تشریح شیوه‌های روان درمانگرانه‌ای پرداخته است که البته واجد تعاریف اختصاصی نیست و بیشتر در قالب رویکرد عقل سلیم (عرفی^۲) برای حل کشمکش‌ها می‌گنجد. هاوتون^۳، به هنگام تشریح درمان جنسی در کتاب جامعی که به روش‌های شناختی- رفتاری اختصاص یافته بود، اگرچه او نیاز به ترکیب فنون مشاوره با برنامه‌ی رفتاری را به رسمیت می‌شناسد، توجه مختصری هم به اصول شناخت‌درمانی برای توضیح درمان خود، کرده است.

1- Kaplan

2- common sense

3- Hawton

اختلالات عملکرد جنسی

فصل دوم

اختلالات عملکرد جنسی با توجه به اختلال در میل جنسی و تغییرات روانی- فیزیولوژیایی که مشخصه‌ی چرخه‌ی واکنش جنسی هستند مشخص می‌شوند و به پریشانی بارز و مشکلات بین فردی منجر می‌گردند. اپیزودهای مکرر اختلال جنسی، ایجاد اضطراب در مورد عملکرد جنسی می‌کند، و اضطراب اختلال در عملکرد جنسی را تشدید کرده و منجر به دایمی شدن آن می‌گردد. این اختلال‌ها را می‌توان به انواع مادام‌العمر یا اکتسابی و یا فراگیر و موقعیتی و نتیجه‌ی عوامل فیزیولوژیک، عوامل روان شناختی، یا ترکیبی از عوامل تقسیم‌بندی نمود. در^۱ DSM- IV- TR هفت طبقه‌بندی برای اختلالات عملکرد جنسی ذکر شده است. این اختلال‌ها عبارتند از:

اختلالات میل جنسی^۲ (شامل اختلال کمبود میل جنسی^۳ و اختلال انزجار جنسی^۴).
اختلالات انگیختگی جنسی^۵ (شامل اختلال نعوظی مرد^۶ و اختلال انگیختگی جنسی در زن^۷).
اختلالات ارگاسمی^۸ (شامل اختلال ارگاسم در زنان^۹، اختلال ارگاسم در مردان^{۱۰} و انزال زودرس^{۱۱}).

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2- sexual desire disorders

3- hypoactive sexual desire disorder

4- sexual aversion disorder

5- sexual arousal disorders

2. male erectile disorder

6- Female sexual arousal disorder

7- orgasmic disorders

8- female orgasmic disorder

9- . male orgasmic disorder

10- . premature ejaculation

اختلالات درد جنسی^۱ (شامل واژینیسم^۲ و مقاربت دردناک^۳).

اختلال ناشی از یک بیماری طبی عمومی^۴.

اختلال جنسی ناشی از مواد^۵.

اختلال جنسی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است^۶.

چرخه‌ی واکنش جنسی در انسان را مطابق DSM- IV-TR به مراحل زیر می‌توان تقسیم‌بندی نمود. در هر یک از مراحل زیر اختلالات وابسته به آن هم آمده است:

۱- میل^۷: خیال‌پردازی‌های مرتبط با فعالیت‌های جنسی و گرایش و علاقه به برقراری رابطه‌ی جنسی از مشخصه‌های این مرحله است و از هر مورد دیگری که انحصاراً با فیزیولوژی تشخیص داده می‌شود مجزاست و نشان دهنده‌ی انگیزش‌ها، سائق‌ها و شخصیت فرد است. اختلالاتی که در این مرحله دیده می‌شود عبارتند از: اختلالات کمبود میل جنسی، اختلال انزجار جنسی، اختلال کمبود میل جنسی به دلیل یک بیماری طبی عمومی، اختلال جنسی ناشی از مواد با اختلال میل جنسی.

۲- انگیزش^۸: احساسات ذهنی لذت جنسی و تغییرات فیزیولوژیایی همراه آن از مشخصه‌های این مرحله است. تغییرات بارزی که در مردان در این مرحله رخ می‌دهد شامل تورم^۹ و نعوظ^{۱۰} آلت تناسلی است و در زنان هم تغییرات بارزی مانند احتقان وریدی^{۱۱} در لگن، لیز شدن و انبساط مهبل و متورم شدن اندام‌های تناسلی بیرونی رخ می‌دهد. نوک پستان‌ها^{۱۲} در زنان و مردان دچار برآمدگی می‌شود هرچند این

1- sexual Pain disorders

2- vaginismus

3- dyspareunia

4- sexual dysfunction due to a general medical condition

5- substance- induced sexual dysfunction

6- sexual dysfunction NOS

7- desire

8- excitement

9- tumescence

10- erection

11- vasocongestion

12- nipples

حالت در زن‌ها شایع‌تر است. کلitoris^۱ زنان، سفت و متورم می‌شود و لب‌های کوچک در نتیجه‌ی پرخونی و ریدی کلفت‌تر می‌شوند. انگیختگی اولیه ممکن است چند دقیقه تا چند ساعت به‌طول انجامد که با ادامه تحریک، بیضه‌های مردان کمی بزرگ‌تر شده و بالا می‌آیند. لوله‌ی واژینال زنان در ثلث خارجی، انقباض مشخص پیدا می‌کند که به سکوی ارگاسمی^۲ معروف است.

با ادامه تورم، در آلت‌های تناسلی هر دو جنس تغییر رنگ ایجاد می‌شود که به‌خصوص در لب‌های کوچک مشخص می‌باشد؛ به‌گونه‌ای که لب‌های کوچک پهن‌تر شده و رنگ قرمز روشن یا تیره پیدا می‌کنند. اختلالاتی که می‌تواند در این مرحله رخ دهد شامل موارد زیر است: اختلال انگیختگی جنسی در زن، اختلال نعوظی مرد، اختلال نعوظ در مردان به‌علت یک بیماری طبی عمومی، مقاربت دردناک به‌دلیل یک بیماری طبی عمومی در مرد یا زن، اختلال جنسی ناشی از مواد همراه با اختلال انگیختگی.

۳- ارگاسم^۳: رسیدن به اوج لذت جنسی، همراه با کاهش تنش جنسی و انقباض موزون عضلات میان دو راهی^۴ و اندام‌های جنسی از مشخصه‌های بارز مرحله‌ی ارگاسم می‌باشد. ارگاسم در مردان همراه با خروج با فشار منی^۵ می‌باشد و با چهار یا پنج اسپاسم موزون پروستات، کیسه‌های منی، مجرای ترش‌هی بیضه و پیشابراه همراه است. در زنان نیز، ارگاسم با سه تا پانزده انقباض ثلث تحتانی واژن و انقباض‌های قوی و پایدار رحم از عمق به‌طرف گردن رحم^۶ مشخص است. در رحم نیز انقباضات تتانیک از عمق به‌طرف گردن پیدا می‌شود. در هر دو جنس انقباض اسفکتر^۷ داخلی و خارجی مقعد به‌وجود می‌آید. در هر دو جنس، انقباضات به‌فاصله‌ی ۰/۸ ثانیه روی می‌دهد. سایر تغییرات عبارتند از: حرکات ارادی و غیرارادی گروه‌های وسیع عضلانی از جمله عضلات صورت و نیز پیدایش اسپاسم کارپوپدال^۸.

1- clitoris

2- orgasmic platform

3- orgasm

4- perineal

5- forceful emission of semen

6- cervix

7- sphincter

8- carpedal spasm

در حالت ارگاسم فشار خون دیاستولیک و سیستولیک حدود ۲۰ تا ۴۰ میلی‌متر جیوه بالا می‌رود و ضربان قلب به ۱۲۰ تا ۱۶۰ در دقیقه می‌رسد. ارگاسم ۳ تا ۵ ثانیه به طول می‌انجامد و با تیرگی ضعیف هشیاری همراه است. پس از ارگاسم مرد تا مدتی نمی‌تواند به ارگاسم دیگری برسد ولی زنان این توانایی را دارند که ارگاسم‌های متعدد و متوالی را داشته باشند.

اختلالاتی که غالباً در مرحله‌ی ارگاسم دیده می‌شود عبارتند از: اختلال ارگاسم در زن، اختلال ارگاسم در مرد، انزال زودرس، اختلال جنسی دیگر به دلیل یک بیماری طبی عمومی در زن و مرد و اختلال جنسی ناشی از مواد همراه با اختلال ارگاسم.

۴- فرونشینی^۱: حس آرامش عضلانی، خوشی و آرامش و آسایش کافی از مشخصه‌های بارز در این مرحله است. در این مرحله مردان نسبت به رسیدن به ارگاسم‌های دیگر مقاوم هستند که این زمان با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. در حالی که زنان بدون مرحله‌ی مقاومت، می‌توانند چند ارگاسم داشته باشند. اگر در یک رابطه‌ی جنسی ارگاسم رخ ندهد، فرونشینی احتمال دارد به مدت ۲ تا ۶ ساعت به طول بیانجامد که این مدت همراه با تنش، ناراحتی و تحریک پذیری است.

اختلالات موجود در این مرحله شامل دیسفوری^۲ (ملال و دلتنگی) پس از مقاربت و سر درد پس از مقاربت می‌باشد.

حال به بررسی هر یک از اختلالات عملکرد جنسی می‌پردازیم.

I. اختلالات میل جنسی

همانطور که اشاره شد اختلالاتی که در این زیرمجموعه قرار می‌گیرند شامل اختلال کمبود میل جنسی و اختلال انزجار جنسی می‌باشند.

الف- اختلال کمبود میل جنسی

میل جنسی کمتر، بیشتر با مشکلات انگیزختگی یا مشکلات ارگاسم همراه می‌باشد. کمبود میل جنسی احتمال دارد اختلال اولیه بوده یا ممکن است پیامد پریشانی هیجانی ناشی از اختلال در

1- resolution

2- dysphoria

برانگیختگی یا ارگاسم باشد. با این حال، برخی از مبتلایان به کمبود میل جنسی، در واکنش به تحریک جنسی، توانایی برانگیختگی جنسی کافی و رسیدن به ارگاسم را حفظ می کنند.

ملاک های تشخیصی DSM – IV در اختلال کمبود میل جنسی

الف) کمبود یا فقدان خیال پردازی های جنسی و میل برای فعالیت جنسی. قضاوت در مورد فقدان یا کمبود توسط متخصص صورت می گیرد و با در نظر گرفتن عوامل موثر بر کارکرد جنسی مانند سن، و شرایط زندگی فرد.

ب) اختلال باعث ناراحتی، پریشانی و مشکلات بین فردی قابل ملاحظه می شود.

ج) این اختلال جنسی برحسب یک اختلال دیگر در محور I (به غیر از یک اختلال جنسی دیگر) توجیه بهتری ندارد و فقط ناشی از اثرات فیزیولوژیایی مستقیم مصرف مواد یا بیماری جسمانی نیست. نوع آن مانند مادام العمر یا اکتسابی، فراگیر یا موقعیتی و ناشی از عوامل روان شناختی یا مختلط باید مشخص شود.

کمبود میل جنسی ممکن است کلی بوده و همه ی اشکال جنسی را شامل گردد و گاهی می تواند فقط محدود به یک شریک جنسی یا یک فعالیت جنسی خاص باشد و زمانی که فرد از فرصت ابراز جنسی محروم می شود انگیزه ی اندکی برای جستجوی محرک های جنسی وجود دارد. فرد معمولاً تماس های جنسی را آغاز نمی کند و یا زمانی که این فعالیت ها از سوی شریک جنسی آغاز می گردد، با اکراه در آن شرکت می کند و زمانی که کاهش در میل جنسی منجر به مراجعه به مراکز بالینی می گردد، متخصص بالینی ممکن است سنجش هر دو طرف درگیر در رابطه ی جنسی را لازم بداند، چون میل ضعیف آشکارا در یک شریک ممکن است بازتاب نیاز مفرط به ابراز جنسی از سوی شریک جنسی دیگر باشد.

بیماری های جسمانی احتمال دارد به علت درد، ضعف، مشکلات مربوط به تصویر بدن، یا نگرانی درباره ی زنده ماندن، تأثیر زیان بار نامشخصی روی میل جنسی داشته باشند. اختلال افسردگی اغلب با کمبود میل جنسی در هر دو جنس همراه است و شروع افسردگی ممکن است مقدم بر این اختلال، همزمان با آن، یا پیامد کمبود میل جنسی باشد. مبتلایان به این اختلال احتمال دارد مشکلاتی در برقراری رابطه ی جنسی پایدار و نارضایتی و گسیختگی روابط زناشویی داشته باشند. کمبود میل جنسی

یکی از شایع‌ترین شکایات در بین زوج‌های ازدواج کرده است و زنان بیشتر از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند.

اختلال موجود، بیشتر در دوران بزرگسالی، بعد از یک دوره‌ی میل جنسی کافی، همراه با پریشانی روان‌شناختی، رخدادهای تنش‌زا، یا مشکلات بین فردی بروز می‌کند. این اختلال بسته به عوامل مختلف روانی - اجتماعی یا ارتباطی، احتمال دارد پیوسته یا دوره‌ای باشد.

در تشخیص افتراقی اختلال کمبود میل جنسی باید به مواردی مانند اختلال جنسی ناشی از بیماری جسمانی، ناشی از مواد، اختلال دیگر محور I و مشکلات گهگاهی مربوط به میل جنسی توجه کرد (DSM-IV، ۱۳۸۱).

در سبب‌شناسی هریک از اختلالات میل جنسی عوامل مختلفی دخیل هستند. بیماران مبتلا به مشکلات میل جنسی اغلب از مهار میل جنسی به گونه‌های دفاعی برای محافظت خود در برابر ترس‌های ناخودآگاه‌شان در مورد رابطه‌ی جنسی استفاده می‌کنند.

فروید - بنیانگذار مکتب روانکاوی - کمبود میل جنسی در افراد را ناشی از مهار در مرحله‌ی فالیک^۱ در مراحل رشد روانی - جنسی و حل نشدن تعارض‌های اودیپی^۲، می‌دانست. از طرف دیگر مردانی هم که در مرحله‌ی فالیک تثبیت شده‌اند، از واژن زن هراس دارند و اعتقادشان بر این است که نزدیکی به زنان باعث اخته شدن آنها خواهد شد. فروید این مفهوم را «واژن دندان‌دار»^۳ نامید. چون به اعتقاد فروید، چنین مردانی به‌صورت ناخودآگاه معتقدند که واژن دندان دارد و به همین علت از تماس با دستگاه تناسلی زن می‌پرهیزند. به همین ترتیب زنان هم ممکن است دچار تعارضات رشدی حل نشده و مهار میل جنسی باشند. کمبود میل جنسی در هر دو جنس می‌تواند پیامد برخی از اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی، اضطراب، وسواس فکری - عملی و اختلال استرس پس از ضربه و یا مصرف برخی داروهای روان‌گردان و داروهای دیگر باشد.

1- phallic stage

2- unresolved oedipal conflicts

3- vagina dentata

اجتناب از برقراری رابطه‌ی جنسی به مدت طولانی می‌تواند سبب سرکوب تکانه‌های جنسی شود. کمبود میل جنسی همچنین ممکن است تظاهر خصومت^۱ نسبت به شریک جنسی یا علامتی از رابطه‌ای رو به تباهی^۲ باشد.

روزن و لیلوم (۱۹۹۰) اختلال کمبود میل جنسی و انزجار جنسی را دو وجه از انکار میل جنسی نام بردند و معتقدند چون اندازه‌گیری فیزیولوژیک میل جنسی امکان‌پذیر نیست توجه کمی به آن نشان داده شده است. در یک بررسی در آمریکا نشان داده شد که در بین افرادی که مورد سؤال قرار گرفتند یک سوم زنان و یک پنجم مردان فقدان دائمی و کامل میل جنسی را در یک سال گذشته گزارش نمودند. میل جنسی در افراد به عوامل مختلفی بستگی دارد مانند: عزت نفس کافی، عوامل زیست‌شناختی، تجارب جنسی رضایت‌بخش در گذشته، در دسترس بودن شریک جنسی، یک ارتباط خوب با شریک جنسی در حوزه‌ی غیرجنسی. فقدان یا آسیب رسیدن به هر یک از عوامل یاد شده می‌تواند منجر به اختلال کمبود میل جنسی شود (آذر و همکاران، ۱۳۸۲).

ب) اختلال انزجار جنسی:

مبتلایان به اختلال انزجار جنسی از هرگونه رابطه و فعالیتی که منجر به رابطه و تماس جنسی تناسلی شود اجتناب می‌ورزند. احتمال دارد اختلال عمده‌ای در روابط بین فردی وجود داشته باشد. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است با استفاده از راهبردهای غیرمستقیم مانند: نادیده انگاری ظاهر شخصی و پوشش، زود خوابیدن، به مسافرت رفتن، مصرف مواد، غرق شدن در فعالیت‌های شغلی، اجتماعی و خانوادگی و غیره عدم گرایش خود را به فعالیت جنسی نشان دهند.

1- hostility

2- deteriorating relationship

ملاک‌های تشخیصی DSM – IV در اختلال انزجار جنسی

الف) انزجار شدید مستمر یا برگشت کننده، و اجتناب از هرگونه تماس جنسی تناسلی با یک شریک جنسی.

ب) این اختلال موجب ناراحتی، پریشانی یا اشکال بین فردی قابل ملاحظه می‌شود.

ج) اختلال موجود برحسب یک اختلال دیگر محور I توجیه بهتری ندارد.

نوع آن مانند: مادام‌العمر یا اکتسابی، فراگیر یا موقعیتی، و ناشی از عوامل روانشناختی یا مختلط باید مشخص شود.

برخی از مبتلایان به اختلال انزجار جنسی شدید، احتمال دارد در هنگام مواجهه با موقعیت‌های جنسی به حمله‌های وحشتزدگی^۱ همراه با اضطراب شدید، احساس دهشت^۲، تپش قلب، ضعف، تهوع، سرگیجه و مشکلات تنفسی دچار شوند. برخی افراد انزجار گسترده‌ای در مورد تمامی محرک‌های جنسی مانند بوسیدن، و لمس کردن دارند. شدت واکنش فرد در زمان مواجهه با محرک آزارنده ممکن است از اضطراب متوسط و فقدان لذت تا پریشانی روانی شدید گسترده باشد.

در تشخیص افتراقی اختلال انزجار جنسی باید به مواردی مانند اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس فکری- عملی و اختلال استرس پس از ضربه توجه نمود و در صورت وجود این اختلالات، دیگر اختلال انزجار جنسی مطرح نمی‌گردد و هرچند ممکن است از لحاظ فنی با ملاک‌های تشخیصی هراس جنسی که نوعی هراس اختصاصی است مطابقت نماید اما این تشخیص اضافی مطرح نمی‌گردد و همچنین اختلال انزجار جنسی گهگاهی که مستمر یا برگشت کننده نبوده و با پریشانی‌های جدی خانوادگی همراه نیست، در این طبقه‌بندی جای نمی‌گیرند.

نتایج برخی پژوهش‌های انجام یافته در ارتباط با سبب‌شناسی اختلال انزجار جنسی نشان می‌دهد که انزجار از برخی فعالیت‌های جنسی مانند سکس دهانی تقریباً شایع است ولی در طبقه‌بندی ناهنجاری‌ها و پارافیلیا قرار نمی‌گیرد و اختلال انزجار جنسی زمانی مطرح می‌گردد که پاسخ‌های انزجاری به حد کافی تعمیم یافته باشد، به اندازه‌ای که شامل تمام اشکال تماس جنسی تناسلی با شریک جنسی

1- panic attack

2- terror

بوده و ماهیت محرک‌های ترسناک ممکن است بسیار متفاوت باشد. گاه این محرک‌های هراس آور فقط شامل لمس کردن آلت تناسلی بوده و یا انزال را هم ممکن است در بر گیرد. و گاه در موارد دیگری پاسخ‌های ترس ممکن است با طیف وسیعی از محرک‌های جنسی مانند: دیدن بدن برهنه، دیدن نواحی تناسلی، در آغوش گرفتن و یا بوسیدن و خود تماس جنسی همراه باشد و با تماس شرایط فوق باید در نظر گرفت که در صورتی که رفتار جنسی صورت گیرد با توجه به سطوح بالای رفتار اجتنابی آیا انگیختگی جنسی و ارگاسم رضایت بخش خواهد بود یا خیر؟

فریتز^۱ و همکاران به بررسی پیامدهای سوء استفاده^۲ در زمان کودکی در بین دانشجویان در آمریکا پرداختند. نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد که ۷/۷ درصد زنان و ۴/۸ درصد مردان تجاربی از انواع سوء استفاده در دوران کودکی را دارند و در این میان فقط ۲۳ درصد زنان و ۱۹ درصد مردان مشکلات عملکرد جنسی را بروز دادند. این مشکلات بیشتر در بین نمونه‌های بالینی که مورد سوء استفاده قرار گرفته بودند، مشاهده می‌گردد. جی‌هیو گزارش داد ۹۴ درصد از زنانی که قبلاً مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفتند و در مرحله درمان به سر می‌بردند معمولاً مشکلات جنسی را نشان داده و شایع‌ترین این مشکلات هراس و انزجار جنسی است. اگرچه نتایج به دست آمده از این مطالعات بیانگر این است که مشکلات جنسی و انطباقی در بین زنانی که در کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند بسیار بالاست، اما باید به این نکته توجه نمود که بسیاری از افرادی که در معرض تجارب جنسی مشابهی قرار گرفته بودند پیامدهای روان‌شناختی محسوس و طولانی مدت از خود نشان ندادند. پژوهش‌گران معتقدند که در انطباق با مشکلات سوء استفاده نکاتی قابل توجه است که عبارتند از: سوء استفاده مکرر و طولانی مدت، سن بالاتر از ۱۱ سالگی با توانایی یادآوری هیجانات منفی‌تر در ارتباط و با تجربیات جنسی، مانند فشار وارد آمده بر مفعول، درد و تنفر از سوء استفاده کننده در ارتباط است.

1- Firtz

2- abuse

II. اختلالات انگیختگی جنسی

این اختلال شامل اختلال نعوظی مرد و اختلال انگیختگی جنسی در زن می‌باشد. گذاشتن تشخیص با ملاحظه‌ی کانون، شدت و مدت فعالیت جنسی بیمار است. اگر تحریک جنسی از لحاظ کانون، شدت یا مدت کافی نباشد، نباید تشخیص انگیختگی گذاشته شود.

الف- اختلال نعوظی مرد

معادل‌های قدیمی‌تر این اصطلاح اختلال کنشی نعوظی و ناتوانی جنسی می‌باشد. و گاهی از آن به‌عنوان «سکنه‌ی آلت» یاد می‌کنند. مبتلایان به این اختلال، ناتوانی مداوم و برگشت کننده‌ای برای کسب، یا حفظ نعوظ کافی تا تکمیل فعالیت جنسی را از خود نشان می‌دهند. مشکلات نعوظی در اختلال نعوظی در مرد بیشتر با اضطراب جنسی، ترس از ناتوانی، نگرانی‌های مربوط به عملکرد جنسی، و کاهش احساس ذهنی برانگیختگی و لذت جنسی همراه است. در ناتوانی مادام‌العمر، مرد هیچگاه تجربه‌ی دخول در واژن را نداشته است. در اختلال نعوظی اکتسابی، مرد در دوره‌ای از زندگی خود تجربه‌ی دخول موفق را داشته است اما بعداً مبتلا به این اختلال می‌شود. در اختلال نعوظی موقعیتی، مرد در شرایط خاصی قادر به آمیزش و برقراری رابطه‌ی جنسی است و در موارد دیگر ناتوان است. به‌عنوان مثال مرد در برقراری رابطه‌ی جنسی با روسپیان موفق است اما در مقابل زن خود دچار اختلال نعوظی می‌شود.

ملاک‌های تشخیصی DSM – IV در اختلال نعوظی مرد

الف) ناتوانی مداوم یا بازگشت کننده برای کسب، یا حفظ نعوظ کافی تا تکمیل فعالیت جنسی.

ب) اختلال موجود باعث ناراحتی، پریشانی یا مشکل بین فردی قابل ملاحظه می‌شود.

ج) این اختلال نعوظی بر حسب یک اختلال دیگر محور I توجیه بهتری ندارد و منحصرأ ناشی از اثرات فیزیولوژیکی مستقیم مصرف مواد یا بیماری جسمانی نیست. نوع آن مانند: مادام‌العمر یا اکتسابی، فراگیر یا موقعیتی، ناشی از عوامل روانشناختی یا عوامل مختلط باید مشخص شود.

اختلال نعوظی می‌تواند روابط زناشویی یا جنسی موجود را از هم بپاشد و ممکن است علت ازدواج‌های به‌وصال نرسیده^۱ و نازایی^۲ باشد. احتمال دارد این اختلال با اختلال کمبود میل جنسی و انزال زودرس همراه باشد. مبتلایان به اختلال‌های خلقی و اختلال‌های مرتبط با مواد اغلب مشکلات مربوط به انگیزتگی جنسی را گزارش می‌کنند.

در مردان جوان، شیوع اختلال نعوظی، یا ناتوانی جنسی، هشت درصد تخمین زده می‌شود. با این حال، ممکن است این اختلال برای اولین بار در سنین بالاتر ظاهر شود. برای تمایز ناتوانی جنسی ناشی از علل عضوی (طبی) از ناتوانی جنسی عملکردی (روانی)، از روش‌های ساده تا تهاجمی استفاده می‌گردد. شایع‌ترین روشی که استفاده می‌شود پایش تورم شبانه‌ی آلت تناسلی (نعوظ‌هایی که هنگام خواب رخ می‌دهد) است که به‌طور طبیعی همراه با خواب با حرکات سریع چشم (REM) می‌باشد.

در بررسی هورمونی و فیزیولوژیایی اختلال نعوظی مرد می‌توان گفت تستوسترون باعث طولانی شدن مدت نعوظ همراه با افزایش قطر آلت می‌گردد و کاهش فعالیت غدد جنسی مردانه باعث کاهش ابعاد سفتی آلت شبانه می‌گردد. کاهش فعالیت غدد جنسی مردانه شامل کاهش تعداد حملات سفتی شبانه آلت و زمان کل سفتی و کاهش قطر دور آلت خواهد شد و با تجویز داروهای ضد هورمون مردانه مانند پروژسترون نعوظ کاهش یافته و تغییراتی در سفتی آلت شبانه را باعث می‌شود.

در بررسی مطالعات فیزیولوژی عصبی اختلال نعوظی مرد می‌توان از آزمایشات زیر استفاده کرد: بررسی سفتی و سختی شبانه آلت تناسلی (NPT)، سنجش حس ارتعاش آلت، پتانسیل‌های برانگیخته برای راه‌آوران شرمگاهی، پاسخ به تحریک دارویی داخل اجسام غاری و الکترومیوگرافی اجسام غاری جهت ارزیابی راه وایران غاری (آذر و همکاران، ۱۳۸۲).

گرفتن شرح حال دقیق و خوب در تعیین علت اختلال ارزش بسیار زیادی دارد. سابقه‌ی نعوظ خود به‌خود، نعوظ صبحگاهی، یا نعوظ مناسب به هنگام خودارضایی یا با شریک جنسی به جز شریک جنسی همیشگی، نشان دهنده‌ی ناتوانی عملکردی است.

شکل‌های گوناگون اختلال نعوظی مرد دوره‌های متفاوتی دارند، و سن شروع به‌طور قابل ملاحظه‌ای متغیر است.

1- unconsummated marriages

2- infertility

اختلال نعوظی مرد باید از اختلال جنسی ناشی از یک بیماری جسمانی، ناشی از مصرف مواد، اختلال دیگر محور I و مشکلات گاهگاهی مربوط به نعوظ، تشخیص افتراقی داده شود. (DSM-IV، ۱۳۸۱).

در سبب شناسی اختلال نعوظی مرد باید به عوامل روان شناختی و نیز عضوی توجه کرد. در علل روان شناختی اختلال نعوظی مرد می توان به موارد زیر اشاره کرد:

تعارض های حل نشده ی ادیپی یا پیش ادیپی^۱، که منجر به سوپرایگوی^۲ مجازاتگر، ناتوانی در اعتماد، یا احساس عدم کفایت می گردد. اختلال نعوظی ممکن است نشان دهنده ی مشکلات ارتباطی بین شریک های جنسی باشد.

همچنین در علل روان شناختی و اکتسابی اختلال نعوظی می توان موارد زیر را اضافه کرد: اینکه فرد به دلایل تربیتی، عقیدتی یا مذهبی، مسایل جنسی را زشت و کثیف بداند و با اکراه بدان بپردازد.

درون گرایی شخصیت فرد، طوری که از صمیمیت با زنان واهمه داشته باشد یا نسبت به آنان دارای خصومت نهانی باشد.

اضطراب زیاد نسبت به امور جنسی مخصوصاً اگر تجربیات نخستین همراه با شکست بوده باشد. فقدان امکان خلوت و محیط مناسب برای نزدیکی، اطلاعات نادرست و باورها و خرافات فرهنگی و غیره.

موارد زیر در علل عضوی اختلال نعوظی مرد تأثیر گذارند:

(۱) علل هورمونی: چنانچه بیضه ها به هر دلیلی تحلیل بروند و نتوانند هورمون جنسی تولید کنند، کاهش میل جنسی به وجود می آید.

(۲) علل شریانی و وریدی: مسایل و گرفتاری های عروقی یک دسته از شایع ترین علل هستند. اختلال نعوظی با منشاء عروقی ممکن است به علت ورود ضعیف خون شریانی به داخل آلت یا نشست غیرطبیعی خون وریدی یا هر دو باشد. به طور کلی شایع ترین علت نارسایی شریانی که منجر به این اختلال می شود آترواسکلروز یا تصلب شرائین است.

(۳) علل دارویی: برخی از داروها و مواد شیمیایی باعث ضعف قوای جنسی و اختلال نعوظی مرد می شوند. از جمله تماس با سرب و داروهای علف کش، داروهای هورمونی مانند استروژن و پروژسترون

1- Pre-oedipal

2- superego

که در درمان سرطان پروستات مصرف می‌شوند، داروهای ضد فشار خون، داروهای مدر، داروهای اعصاب و روان از جمله ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، داروهای آنتی کولینرژیک و....

۴) علل متفرقه: بیماری‌های گوناگون و متنوعی می‌توانند بر کارکرد صحیح اعضای جنسی تأثیر گذاشته و موجب ناتوانی شوند، از جمله بیماری‌های عصبی مانند MS و صرع، آسیب دیسک مهره‌های کمری و....

زیگموند فروید یک نوع ناتوانی جنسی را ناشی از این می‌دانست که فرد نمی‌تواند احساس محبت نسبت به یک زن را با تمایل جنسی نسبت به او وفق دهد. مردهایی که چنین احساسات متعارضی دارند، فقط قادرند با زن‌هایی آمیزش جنسی موفق داشته باشند که آن‌ها را پست‌تر می‌پندارند. مرد ممکن است به دلیل ترس، اضطراب، خشم^۱ یا مهارهای اخلاقی نتواند تکانه‌های جنسی خود را ابراز کند. در یک رابطه‌ی مستمر، ناتوانی ممکن است بازتاب مشکلات بین فردی باشد و به‌خصوص مرد نتواند نیازها یا خشم خود را به‌طریقی مستقیم یا سازنده ابراز کند. به‌علاوه اگر مرد قبل از هر برخورد جنسی دچار اضطراب فزاینده شود، دوره‌های ناتوانی، ماهیت تشدید کننده خواهند داشت (اوحدی، ۱۳۸۵).

ب) اختلال انگیختگی جنسی در زن

ناتوانی مستمر یا برگشت‌کننده برای کسب، حفظ واکنش مناسب لیز شدن، تورم ناشی از تحریک جنسی تا اتمام فعالیت جنسی از مشخصه‌های بارز این اختلال در زنان می‌باشد. معمولاً شیوع اختلال انگیختگی جنسی زنان کم‌تر از واقع تخمین زده می‌شود.

در مطالعه‌ای که بر روی زوج‌های ازدواج کرده که زندگی خوبی دارند انجام گرفت، ۳۳ درصد زنان در انگیختگی جنسی مشکل داشتند. مشکل در حفظ تحریک جنسی می‌تواند به صورت تعارض‌های روان‌شناختی (از جمله اضطراب، گناه^۲ و ترس) یا تغییرات فیزیولوژیک، منعکس شود.

نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اختلال انگیختگی جنسی در زن اغلب با اختلال‌های میل جنسی و اختلال ارگاسم در زن همراه است. مبتلایان به این اختلال ممکن است احساس ذهنی

1- anger

2- guilt

انگیختگی جنسی اندک، یا هیچ، داشته باشند. ممکن است این اختلال به مقاربت دردناک، اجتناب جنسی و اختلال در روابط زناشویی یا اجتماعی منجر شود.

ملاک‌های تشخیص DSM-IV در اختلال انگیختگی جنسی در زن

الف) ناتوانی مداوم یا برگشت کننده برای کسب، یا حفظ واکنش مناسب لیز شدن و نیز تورم ناشی از تحریک جنسی تا اتمام فعالیت جنسی.

ب) اختلال موجود باعث ناراحتی، پریشانی یا مشکلات بین فردی قابل ملاحظه می‌شود.

ج) این اختلال جنسی برحسب یک اختلال دیگر محور I توجیه بهتری ندارد و منحصرأ ناشی از اثرات فیزیولوژیکی مصرف مواد یا بیماری جسمانی نیست.

نوع آن مانند: مادام‌العمر یا اکتسابی، فراگیر یا موقعیتی، ناشی از عوامل روان‌شناختی یا عوامل مختلط باید مشخص شود.

در تشخیص افتراقی اختلال انگیختگی جنسی در زنان باید به مواردی مانند: اختلال جنسی ناشی از یک بیماری جسمانی، ناشی از مواد، اختلال دیگر محور I و مشکلات گاهگاهی مربوط به انگیختگی جنسی توجه کرد. همچنین عواملی مانند کاهش سطح استروژن همچون دوره‌ی یائسگی، التهاب آتروفیک واژن، دیابت شیرین و رادیولوژی لگن و گاه کاهش لوبریکاسیون در دوران شیردهی می‌توانند در انگیختگی زنان تأثیر گذار بوده و همچنین کاهش لیز شدگی واژن در اثر داروهای ضد فشار خون و داروهای آنتی هیستامین و... می‌تواند رخ دهد.

ماسترز و جانسون مشاهده کردند که عده‌ای از زنان در روزهای نزدیک به قاعدگی و برخی دیگر در روزهای پرئود و گروهی پس از پرئودهای ماهانه حداکثر تحریک جنسی را از خود نشان می‌دهند. در اختلالات انگیختگی، تغییرات در سطح تستوسترون، استروژن، پرولاکتین، سروتونین، دوپامین و تیروکسین، مؤثر دانسته شده است.

نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که مبتلایان به اختلال برانگیختگی جنسی، از انگیختگی فیزیولوژیک بدن خود آگاهی اندکی دارند و حس گرما یا سایر حواس ناحیه‌ی تناسلی آنها ضعیف‌تر از دیگر زنان است.

اگر اختلال انگیختگی جنسی در زن برحسب یک اختلال دیگر در محور I مانند اختلال استرس پس از ضربه، اختلال افسردگی عمده^۱ و یا وسواس فکری- عملی گزارش گردد اختلال روانی در محور I تشخیص داده می‌شود و چنانچه اختلال انگیختگی زن مقدم بر اختلال روانی آغاز شده باشد مورد توجه بالینی مستقل قرار می‌گیرد.

تریمر^۲ (۱۹۷۸) به این نتیجه رسید که مصرف داروهای پیشگیری از حاملگی در برخی از زنان می‌تواند میزان برانگیختگی را کاهش دهد.

با توجه به چرخه پاسخ جنسی در زنان در جریان مرحله‌ی انگیختگی واکنشی در کلیتوریس نسبت به تحریکات جنسی به‌وجود می‌آید و احتمال دارد از نظر کلینیکی احتقان در قسمت انتهایی عضو پدیدار گردد و همیشه بخش انتهایی کلیتوریس به میزان کافی برای مجاورت نزدیک بین بافت زیرین و پوشش سطحی شل و بزرگتر می‌گردد. بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه ماسترز و جانسون احتقان بالینی آشکار در قسمت انتهایی کلیتوریس را نشان ندادند و به‌طور کلی این واکنش احتقانی در قسمت انتهایی کلیتوریس با فرایند نعوظی آلت مردانه اشتباه گردیده و اصطلاح نعوظ کلیتوریس را بر آن نهادند. وقتی احتقان در قسمت انتهایی کلیتوریس ظاهر شد تورم در تمام دوره‌ی جنسی یا تا زمانی که تحریک جنسی به‌قدر کافی ادامه می‌یابد، باقی خواهد ماند. علاوه بر افزایش قطر ساقه‌ی کلیتوریس واکنش احتقانی قسمت انتهایی عضو را بدون افزایش طول عضو نشان می‌دهد و طول شدن ساقه کلیتوریس را فقط در ۱۰ درصد سیکل‌های ارگاسمیک زنان مشاهده نمودند. ماسترز و جانسون معتقدند که طولی‌تر شدن ساقه فقط در ضمن تحریک مستقیم ناحیه‌ی قله‌ی ونوس دیده می‌شود نه در مقابل تحریک سایر نقاط شهوت‌زای بدن و طولی‌تر شدن ساقه‌ی کلیتوریس فقط مربوط به مرحله‌ی انگیختگی جنسی است.

1- major depression

2- Trimmer

III- اختلالات ارگاسمی

اختلالات ارگاسمی شامل اختلال ارگاسم در زنان، اختلال ارگاسم در مردان و انزال زودرس می‌باشد.

الف- اختلال ارگاسم در زن

قبلاً این اختلال، ارگاسم بازداری شده در زن^۱ نامیده می‌شد. تأخیر یا فقدان مداوم یا برگشت‌کننده‌ی ارگاسم در زن به دنبال مرحله‌ی انگیزشی از مشخصه‌های بارز این اختلال می‌باشد. در این اختلال ارتباط خاصی بین الگوهای خاص صفات شخصیتی یا آسیب‌شناسی روانی و اختلال ارگاسم در زنان یافت نشده است. اختلال ارگاسم در زن احتمال دارد تحت تأثیر تصویر بدن، عزت نفس، یا رضایت از رابطه باشد.

بر اساس مطالعات کنترل شده، توانایی رسیدن به ارگاسم با اندازه‌ی مهبل یا نیرومندی عضله‌ی لگن رابطه ندارد. اگرچه زنان دچار ضایعات نخاع شوکی، یا کسانی که تحت عمل جراحی برداشتن فرج، یا برداشتن مهبل و بازسازی دوباره‌ی آن قرار گرفته‌اند دستیابی به ارگاسم را گزارش کرده‌اند، اما اختلال ارگاسم معمولاً در زنان مبتلا به این عارضه‌ها گزارش می‌شود.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در اختلال ارگاسم در زن

الف) تأخیر یا فقدان مستمر یا برگشت‌کننده‌ی ارگاسم به دنبال مرحله‌ی انگیزشی جنسی طبیعی. زنان تغییر پذیری گسترده‌ای در نوع یا شدت تحریکی که ارگاسم را موجب می‌شود، نشان می‌دهند. تشخیص اختلال ارگاسم در زن باید بر پایه‌ی قضاوت متخصص بالینی انجام شود مبنی بر اینکه توانایی رسیدن به ارگاسم در زن با توجه به سن، تجربه‌ی جنسی، و کافی بودن تحریک جنسی دریافتی، کمتر از حد معقول است.

ب) اختلال موجود باعث پریشانی یا مشکل بین فردی قابل ملاحظه می‌شود.

ج) اختلال ارگاسم برحسب یک اختلال دیگر محور I توجیه بهتری ندارد و منحصرأ ناشی از اثرات فیزیولوژیایی مستقیم مصرف مواد یا بیماری جسمانی نیست. نوع آن مانند: مادام‌العمر یا اکتسابی، فراگیر یا موقعیتی، ناشی از عوامل روان‌شناختی یا عوامل مختلط باید مشخص شود.

1- inhibited female orgasm

زنانی که با تحریک کلیتوریس بدون نزدیکی، ارگاسم را تجربه کرده اما ضمن مقاربت بدون تحریک دستی کلیتوریس به این حالت نمی‌رسند مستحق دریافت این تشخیص هستند. با این حال، شواهد فزاینده‌ای در دست است که ارگاسم منحصر به تحریک کلیتوریس یکی از معادل‌های رفتار جنسی طبیعی است (کاپلان و همکاران، ۱۳۷۱).

اختلال ارگاسم در زن می‌تواند انواع مختلفی داشته باشد؛ مانند مادام‌العمر بودن و یا فقط اکتسابی بودن و یا می‌تواند فراگیر بوده که در مورد تمام تماس‌های بیمار صادق است و یا نوع موقعیتی باشد که در شرایط ویژه‌ی این اختلال حاکم می‌گردد. در تمام موارد عوامل وسیعی ناشی از عوامل روانشناختی و یا ناشی از عوامل مختلط در نظر گرفته می‌شود.

زنانی که مبتلا به اختلال ارگاسمی می‌باشند، معمولاً در روابط بین فردی خود با همسرشان دچار مشکل و پریشانی می‌شوند. شایع‌ترین شکایت این قبیل زنان، ناتوانی در رسیدن به ارگاسم با شوهرشان است، در حالی که می‌توانند با روش‌های دیگر به ارگاسم برسند.

اگرچه آمار همه‌گیرشناسی^۱ دقیقی در دست نیست، اما اختلال موجود در زنان یک اختلال تقریباً شایع است. در برخی از مطالعات این‌گونه برآورد شده است که تقریباً ۵ تا ۱۰ درصد از زنان در جوامع غربی به نوعی از این اختلال رنج می‌برند. ذکر این نکته حایز اهمیت است که این میزان مربوط به زنان است که هیچگاه و یا تقریباً هیچگاه ارگاسم را تجربه نکرده‌اند، اما به‌طور دقیق‌تر می‌توان گفت که فقط حدود ۵۰ درصد از زنان متأهل می‌توانند به هنگام آمیزش همیشه و به‌طور منظم به ارگاسم دست یابند. از آنجایی که توانایی رسیدن ارگاسم در زنان همراه با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد، شیوع اختلال ارگاسم در زنان جوان‌تر بیشتر است. به‌علاوه در اغلب موارد اختلال ارگاسم در زنان از نوع اولیه یا مادام‌العمر است، زیرا زمانی که یک زن نحوه‌ی رسیدن به ارگاسم را یاد می‌گیرد، از دست دادن آن یک پدیده‌ی نادر است مگر آنکه ارتباط ضعیف جنسی، تعارض در روابط با همسر، تجربه‌ی آسیب‌زا (مانند مورد تجاوز قرار گرفتن) یا اختلال خلقی (مانند افسردگی) وجود داشته باشد (ایزدی و همکاران، ۱۳۸۳).

به‌طور خلاصه اختلال ارگاسم در زن شامل عدم توانایی زن در رسیدن به ارگاسم، طی خودارضایی یا مقاربت است. زنانی که با یکی از این دو روش (خودارضایی و مقاربت) به ارگاسم دست می‌یابند، لزوماً

1- epidemiological

تحت عنوان مبتلایان به اختلال ارگاسم در زن یا آنورگاسمیک^۱ طبقه‌بندی نمی‌شوند، هرچند ممکن است در مورد آنان درجاتی از مهار جنسی، مطرح باشد.

در تشخیص افتراقی اختلال ارگاسم در زن باید به مواردی مانند اختلال جنسی ناشی از یک بیماری جسمانی، ناشی از مواد، یک اختلال دیگر محور I و مشکلات گاهگاهی مربوط به ارگاسم توجه نمود. با این حال در بیماری‌های جسمانی مزمن مانند دیابت یا سرطان لگن بیشتر احتمال دارد که مرحله‌ی انگیختگی واکنش جنسی را مختل کند، اما توانایی رسیدن به ارگاسم نسبتاً سالم باقی می‌ماند.

سبب‌شناسی اختلال ارگاسم در زن باید به صورت چند عاملی در نظر گرفته شود. در برخی از پژوهش‌ها که هدفشان مقایسه‌ی زنان دچار اختلال ارگاسم و زنان سالم بود نتایج بیانگر این بود که زنان گروه اول نگرش‌ها و باورهای منفی‌تر نسبت به سکس^۲ و روابط جنسی دارند و در مورد آنها بیشتر احساس گناه می‌کنند و از صحبت کردن در مورد نیازهای جنسی خود با همسرانشان بیشتر پرهیز کرده و در زمان مقاربت با احتمال کمتری از شوهرانشان می‌خواهند تا با تحریک دستی کلیتوریس و سایر راه‌های کسب لذت جنسی آنان را هم به ارگاسم برسانند.

در اختلال ارگاسم در زن انتظارات فرهنگی و محدودیت‌های اجتماعی احتمالاً دخیل هستند. زنانی که به ارگاسم نمی‌رسند ممکن است از سبب لحاظ هیچ اختلالی نداشته باشند، یا ممکن است به انحاء مختلف احساس ناکامی خود را نشان دهند، نظیر شکایت از دردهای ناحیه‌ی لگنی، خارش و ترشح مهبل، همچنین تنش و تحریک پذیری و احساس خستگی.

برخی عوامل روان‌پوشی مانند تعارض‌ها ممکن است در برخی موارد اهمیت داشته باشند، این تعارض‌ها ممکن است به عواملی نظیر ترس از حاملگی^۳، طرد شدن از جانب شریک جنسی^۴، یا آسیب به واژن^۵، احساس خشونت نسبت به مرد، و احساس گناه در مقابل انگیزه‌های جنسی مربوط باشند. برای عده‌ای از زنان ارگاسم معادل از دست دادن کنترل یا رفتار خشن و مخرب است. ترس از این انگیزه‌ها ممکن است به صورت مهار شدن تحریک و ارگاسم ظاهر گردد.

1- anorgasmic

2- sex

3- fears of impregnation

4- rejection by a sex partner

5- damage to the vagina

به عوامل یاد شده می‌توان عامل دیگری را هم اضافه کرد و آن طبقه‌ی اجتماعی و سطح فرهنگی-اقتصادی خانواده است. نتایج به دست آمده از برخی پژوهش‌های انجام یافته نشان می‌دهد که شیوع این اختلال در بین زنان دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین در مقایسه با زنان طبقه‌ی متوسط بیشتر است که علت آن را می‌توان تا اندازه‌ای ناشی از اطلاعات اندک و شیوع آموزه‌های نادرست جنسی و بازداری‌های ناموجه در این قشر از افراد جامعه دانست. همچنین نتایج تحقیقات انجام یافته بیانگر این است که بین میزان تحصیلات زنان متأهل و شیوع این اختلال در آنها رابطه‌ی منفی وجود دارد. به عبارت دیگر هرچقدر سطح تحصیلات بالاتر می‌رود شیوع این اختلال در زنان کمتر می‌شود و بالعکس.

آلگایر و آلگایر^۱ (۱۹۹۵) برخی از عوامل مؤثر در اختلال ارگاسمی در زن را به هنگام مقاربت اینگونه بیان می‌کنند: فقدان پیش‌نوازی یا عشق‌بازی قبل از مقاربت، خستگی، درگیری ذهنی با افکار و تصورات غیرجنسی، انزال زودرس شوهر، تعارض‌های موجود در بین همسران، عدم علاقه‌ی همسر به عشق‌بازی یا پیش‌نوازی، عدم لیزش‌دگی^۲ مناسب مهبل، عدم ابراز عاطفه و محبت از سوی همسر، نبود مکان امن و راحت برای مقاربت، افراط در مصرف الکل، میل به کامل جلوه کردن در هنگام مقاربت، بی‌میلی جنسی نسبت به همسر، مقاربت دردناک و پرخوری.

ب- اختلال ارگاسم در مرد

این اختلال قبلاً ارگاسم بازداری شده در مرد^۳ نامیده می‌شد و به آن انزال کند هم می‌گویند. تأخیر یا فقدان مداوم یا برگشت کننده ارگاسم به دنبال مرحله‌ی انگیزختگی جنسی طبیعی مشخصه‌ی بارز اختلال ارگاسم در مرد می‌باشد. مرد ضمن مقاربت اگر هم قادر به انزال باشد، به دشواری به آن نایل می‌گردد. اگر شخص در ضمن مقاربت هرگز قدرت انزال نداشته باشد مبتلا به انزال کند اولیه شناخته

1- Allgeier & Allgeier

2- lubrication

3- inhibited male orgasm

می‌شود. اگر این عارضه پس از یک دوره فعالیت جنسی طبیعی پیدا شده باشد، انزال کند ثانوی نامیده می‌شود.

در شایع‌ترین شکل اختلال ارگاسم در مرد، توانایی رسیدن به ارگاسم در حین آمیزش جنسی وجود ندارد، اگرچه فرد می‌تواند از راه تحریک دستی یا دهانی به وسیله‌ی شریک جنسی به انزال دست یابد. برخی از مردان دچار اختلال ارگاسم می‌توانند به ارگاسم جماعی^۱ دست یابند اما تنها پس از تحریک غیرجماعی طولانی و شدید به این مرحله می‌رسند. برخی می‌توانند تنها از راه خودارضایی به انزال دست یابند. حتی معدودی از این بیماران ارگاسم را فقط در زمان بیدار شدن از یک رؤیای شهوت‌انگیز تجربه می‌کنند.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در اختلال ارگاسم در مرد

الف) تأخیر یا فقدان مستمر یا برگشت‌کننده‌ی ارگاسم به دنبال مرحله‌ی انگیزش جنسی طبیعی در جریان فعالیت جنسی، که متخصص بالینی برای قضاوت در مورد کافی بودن آن از لحاظ کانون، شدت، و مدت، سن شخص را در نظر می‌گیرد.

ب) اختلال موجود باعث پریشانی یا مشکل بین فردی قابل ملاحظه می‌شود.

ج) اختلال ارگاسم برحسب یک اختلال دیگر محور I توجیه بهتری ندارد و منحصرأ ناشی از اثرات فیزیولوژیایی مستقیم مصرف مواد یا بیماری جسمانی نیست. نوع آن مانند مادام‌العمر یا اکتسابی، فراگیر یا موقعیتی، ناشی از عوامل روان‌شناختی یا عوامل مختلف باید مشخص شود.

برخی از پژوهش‌گران بر این اعتقادند که باید بین انزال و ارگاسم تفاوتی قائل شد. مسلم این است که باید اختلال ارگاسم در مرد را از انزال پس‌گستر که در آن انزال صورت گرفته ولی منی در جهت خلفی و به مثانه سرازیر می‌گردد، تفکیک نمود. اختلال ارگاسم در مردان مبتلا به اختلال وسواس شایع‌تر از سایر مردها است.

عیار بروز اختلال ارگاسم در مرد به مراتب کمتر از انزال زودرس و ناتوانی جنسی است. ماسترز و جانسون این اختلال را در ۳/۸ درصد یک گروه بیمار ۴۴۷ نفری مبتلا به اختلالات جنسی گزارش

1- coital

نمودند. اما سوزان. اچ. اسپنس بر این اعتقاد است که فقدان ارگاسم مردانه بی‌نهایت نادر است، طوری که برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که میزان آن کمتر از ۲ درصد است و اعتقاد دارد چنین مشکلاتی اغلب در ارتباط با آمیزش رخ می‌دهد و با احتمال کمتری ضمن تحریک دستی و یا دهانی شریک جنسی و یا خود تحریکی بالاخره انزال به‌وقوع می‌پیوندد. پس اکثر قریب به اتفاق اختلال‌های ارگاسم در مردان در حین دخول مشکل داشته ولی در جریان خودارضایی هنوز قادر به ارگاسم هستند.

مطابق با دیدگاه DSM-IV-TR خیلی از مردان فاقد ارگاسم جماعی، در زمان شروع رویارویی جنسی احساس انگیختگی را گزارش می‌کنند، اما داخل کردن آلت تناسلی به تدریج به یک وظیفه تبدیل می‌شود نه لذت. احتمال دارد الگویی از انگیختگی جنسی مربوط به نابهنجاری جنسی وجود داشته باشد. وقتی مردی فقدان ارگاسم جماعی خود را از همسرش پنهان کرده است، ممکن است نازایی با علت نامعلوم در همسرش ظاهر شود. امکان دارد این اختلال به آشفتگی روابط زناشویی یا جنسی منجر شود. مردان معمولاً حتی هنگامی که بیماری‌های عروقی یا عصبی باعث اشکال در استحکام نعوظی می‌شود، می‌توانند به ارگاسم جنسی دست یابند. در مردانی که پروستات و کیسه‌های منی^۱ آنها بر اثر عمل جراحی سرطان لگن پیشرفته از دست می‌روند، هم احساس ارگاسم و هم انقباض‌های شدید عضلات مخطط در اوج لذت جنسی سالم باقی می‌مانند. ارگاسم می‌تواند بدون خروج منی نیز روی دهد (مانند هنگامی که عقده‌های سمپاتیک در اثر جراحی یا نوروپاتی^۲ دستگاه عصبی خودمختار آسیب می‌بینند).

در تشخیص افتراقی اختلال ارگاسم در مرد باید به مواردی مانند اختلال جنسی ناشی از یک بیماری جسمانی، ناشی از مواد، اختلال دیگر محور I و مشکلات گهگاهی مربوط به ارگاسم توجه کرد. اختلال ارگاسمی مادام‌العمر در مردان نشان دهنده‌ی آسیب روانی عمیق‌تری است. چنین مردانی معمولاً از خانواده‌های متعصب و سختگیر برخاسته و رابطه‌ی جنسی را امری گناه‌آلود^۳ و آلت جنسی را چیز کثیفی می‌پندارد و ممکن است به‌صورت خودآگاه یا ناخودآگاه^۴، تمایلات زنا با محارم داشته باشد و از این بابت احساس گناه کند. او معمولاً در روابط غیرجنسی با دیگران هم دچار مشکل است و نمی‌تواند با

1- seminal vesicles

2- neuropathy

3- sinful

4- conscious or unconscious incest wishes

کسی رابطه‌ی صمیمی برقرار کند. این اختلال بر اثر اختلال نقص توجه، تشدید می‌شود. در مواردی این حواس پرتی مرد، مانع از انگیزش کافی برای رسیدن به ارگاسم می‌شود.

در روابط مستمر، اختلال ارگاسم اکتسابی حاکی از مشکلات روابط بین فردی است. در بعضی از مردها ناتوانی انزال بازتاب احساس پرخاشگری او نسبت به همسرش است. اختلال ارگاسم در مرد احتمال دارد نوعی سازش و مدارا با تغییرات واقعی یا خیالی باشد که در روابط بین فردی زوجین به وجود آمده است، مانند: تردید مرد در مورد برنامه‌ریزی برای حاملگی، از دست دادن جاذبه‌ی جنسی^۱ برای شریک جنسی و یا توقعات شریک جنسی برای تعهد بیشتر که به صورت عمل جنسی ابراز می‌شود.

اختلال ارگاسم در مرد احتمال دارد علت فیزیولوژیک داشته و پس از اعمال جراحی بر روی دستگاه تناسلی ادراری، نظیر پروستاتکتومی، پیدا شود. ممکن است با بیماری پارکینسون و سایر بیماری‌های عصبی که بخش کمری و ساکرومی طناب نخاعی را مبتلا می‌کنند مربوط باشد. از داروهای ضد فشارخون گوانتیدین، متیل‌دوپا و نیز فنوتیازین‌ها را در اختلال ارگاسم در مرد دخیل دانسته‌اند.

اختلال ارگاسم در مرد که در اثر هورمون‌ها به وجود می‌آید عبارتند از: کاهش تستوسترون، LH پایین، افزایش پرولاکتین، افزایش استرادیول (نقص سلول‌های لیدیک) و افزایش هورمون جنسی مردانه یا استروژن با منشاء داخلی و یا خارجی هر دو قادر خواهند بود مهار گوناوت‌تروپین‌ها^۲ را سبب گردند و منجر به نارسایی ثانویه بیضه‌ها گردد. رفتار جنسی نیز به طور مستقیم مرتبط با سطح هورمون‌های جنسی مردانه بوده و بعد از اخته کردن مردان، فقدان انزال و سپس کاهش دفعات نزدیکی موفق و در نهایت توقف رفتار جفت‌یابی را خواهیم داشت که با جایگزینی تستوسترون به حالت طبیعی باز می‌گردد.

در بررسی اختلال ارگاسم در مردان مسن‌تر باید به اختلالات عروقی توجه نمود. چون در سن ۵۰ سالگی ۱ مرد از هر ۵۰ مرد مشکلات نعوظی و انزالی خواهد داشت و در سن ۶۵ سالگی ۱ مرد از هر ۴ مرد حتماً این گرفتاری را به صورت مشخص خواهد داشت و این اختلال عملکردها بیشتر در شریان آوران و عروق وریدی و ابران و نسج حفرات اجسام غاری پدیدار می‌گردد.

ج- انزال زودرس

شروع مستمر یا برگشت‌کننده‌ی ارگاسم و انزال با کمترین تحریک جنسی قبل از دخول، ضمن آن، یا با فاصله‌ای کوتاه پس از دخول و پیش از زمان دلخواه شخص از مشخصه‌های بارز انزال زودرس

1- sexual attraction

2- gonadotrophic

می‌باشد. چارچوب زمانی دقیق برای تعریف این اختلال وجود ندارد. تشخیص زمانی گذاشته می‌شود که مرد همیشه قبل یا بلافاصله پس از دخول انزال می‌کند. درمانگر باید عواملی مانند سن، تازگی شریک جنسی، دفعات و طول مدت نزدیکی را که بر طول مدت مرحله‌ی تحرکی تأثیر می‌گذارند، در نظر بگیرد. شکایت اصلی ۳۵ تا ۴۰ درصد مردانی که به دلیل اختلالات جنسی تحت درمان قرار می‌گیرند انزال زودرس است (کاپلان، ۱۳۸۲). این اختلال مانند سایر اختلالات عملکرد جنسی ممکن است باعث ایجاد تنش در روابط بین فردی گردیده و در بسیاری از جوانان به علت ترس از شرمندگی ممکن است به تردید در مورد ازدواج بیانجامد و این امر حتی آنها را به یک انزوای اجتماعی خاص بکشاند. بیشتر مردان جوان همراه با افزایش تجربیات جنسی و سن آهسته آهسته به تأخیر انداختن ارگاسم خود را می‌آموزند اما در گروهی از آنان انزال زودرس مشهود می‌گردد، به‌طور کلی انزال زودرس، بیماری مردان جوان است و از ابتدای تلاش برای مقاربت وجود دارد و گروه کوچک‌تری پس از یک دوره تماس‌های موفقیت‌آمیز مطلوب به‌صورت اکتسابی به تأخیر انداختن ارگاسم خود را از دست می‌دهند و این معمولاً همزمان با اضطراب عملکردی شدید و با کاهش فراوانی تماس‌های جنسی یا نوعی از کنترل انزال در رابطه با ایجاد و حفظ نعوظ همراه است و گروهی نیز به‌جای جستجو در شیوه‌های رفتاری صحیح برای به‌تأخیر انداختن خود به الکل پناه برده و سالهاست که به‌مصرف الکل ادامه می‌دهند.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در انزال زودرس

الف) انزال مستمر یا برگشت‌کننده با کمترین تحریک جنسی قبل از دخول، ضمن آن، یا با فاصله‌ی کوتاهی پس از دخول و پیش از زمان دلخواه شخص. متخصص بالینی باید عوامل مؤثر بر مدت مرحله‌ی انگیختگی، مانند سن، تازگی شریک جنسی یا موقعیت، و فراوانی فعالیت جنسی اخیر را در نظر بگیرد.

ب) اختلال موجود، باعث پریشانی یا مشکل بین فردی قابل ملاحظه می‌شود.

ج) انزال زودرس منحصراً ناشی از اثرات مستقیم مصرف مواد نیست. نوع آن مانند: مادام‌العمر یا اکتسابی، فراگیر یا موقعیتی، ناشی از عوامل روان‌شناختی یا عوامل مختلط باید مشخص شود.

انزال زودرس در بین افراد تحصیل‌کرده و دانشگاهی بیشتر شایع است. اعتقاد بر این است که عامل

اصلی این امر، اهمیتی است که افراد تحصیل کرده به ارضای شریک جنسی خود می‌دهند، ولی علت واقعی این شیوع بیشتر مشخص نیست.

ماسترز و جانسون، دیدگاه کاملاً متفاوتی را در زمینه‌ی زودانزالی ارایه دادند. آنها معتقد بودند که اگر مردی نتواند در ۵۰ درصد موارد تا رسیدن شریک جنسی خود به ارگاسم، انزال خود را به تعویق اندازد، دچار انزال زودرس است. در جدیدترین ارزیابی از انزال زودرس، استراس برگ در ۱۹۹۰ عدم کنترل بر انزال و انزال زودتر از ۲ دقیقه پس از دخول را تعریف دقیق‌تری از انزال زودرس معرفی کرده است. مردانی که مبتلا به اختلال انزال زودرس می‌شوند گاه قبل از مقاربت، کرم‌های بی‌حس کننده به آلت خود می‌مالند، از چند کاندوم روی هم استفاده می‌کنند و در زمان عشق‌ورزی خود را درگیر مسایل پیچیده‌ی ریاضی می‌کنند (توجه برگردانی)، و یا به زوج خود اجازه نمی‌دهند آنها را لمس کند. آنها گاه قبل از دخول و پس از به تأخیر انداختن انزال، چند بار به خودارضایی می‌پردازند و البته این ترفندها اغلب ناکام می‌ماند (شعیری و همکاران، ۱۳۸۶).

اختلال انزال زودرس و مشکل داشتن در کنترل انزال، ممکن است مربوط به اضطراب نسبت به رابطه‌ی جنسی یا ترس ناخودآگاه در مورد واژن باشد. همچنین ممکن است حاصل شرطی شدن منفی فرهنگی^۱ باشد. مثلاً ایرادگیری‌هایی که از طرف والدین در اولین خودارضایی‌های کودکان و نوجوانان دیده می‌شود و ایجاد احساس گناه در این زمینه و یا مردی که اغلب تماس‌های جنسی اولیه‌اش با روسپیان بوده که مصرانه خواهان تمام شدن هرچه سریع‌تر عمل جنسی بوده‌اند و یا روابط جنسی‌اش در موقعیت‌هایی صورت گرفته است که امکان دیده شدن و رسوایی وجود داشته است (به‌عنوان مثال در صندلی عقب اتومبیل)، ممکن است برای کسب ارگاسم سریع شرطی شود. این مشکل در مردان جوان بی‌تجربه، شایع‌تر دیده می‌شود و ممکن است با گذشت زمان برطرف شود. و هرچه مردان از ابتدای شروع تماس‌های جنسی خود نگران انزال خود باشند این افکار میزان اضطراب را بیشتر نموده و این خود باعث تحریک دستگاه عصبی سمپاتیک گردیده که پیام‌های عصبی را به مجاری منی بر ارسال کرده و غده پروستات در قاعده‌ی آلت تحریک و نتیجه‌ی آن انزال زودرس است. لازم به ذکر است گاه رفتار زنان در هنگام مقاربت، حالت فیزیکی واژن، و وضعیت نزدیکی نیز نقش مهمی در کیفیت و سرعت انزال ایفا می‌نماید و زمانی که در هنگام نزدیکی تحریک بیشتری نشان داده و به‌ویژه در حرکات متناوب جماعی با مرد همکاری می‌کنند باعث می‌گردند که این عمل خود موجب احساس لذت بیشتری گردیده

1- negative cultural conditioning

و سرعت انزال در مرد را افزایش دهد. و وضعیت نزدیکی مخصوصاً زمانی که مرد در حالت رو قرار دارد و یکی از حالت‌های تهاجمی برای مرد محسوب می‌شود به سرعت انزال کمک می‌کند ولی در شرایطی که زن در رو قرار می‌گیرد انزال با تأخیر بیشتری خواهد بود. و سرانجام تنگی و گشادی واژن در سرعت انزال مرد مؤثر بوده و زمانی که تنگی مهبل فشار بیشتری را بر آلت مرد وارد کرده و باعث سطح تماس بیشتری می‌گردد، خواه ناخواه انزال سریع‌تر صورت می‌گیرد. اورولوژیست‌ها انزال زودرس را به عنوان عدم تنظیم بازتاب انزال در اثر عدم کفایت آگاهی حس جنسی تعریف نمودند که تصور می‌رود منشأ روانی داشته و عمدتاً در اثر اضطراب ایجاد می‌گردد. ازدواج‌های پر استرس سبب تشدید اختلال انزال زودرس می‌شوند.

زمینه‌ی رشد و روان پویایی انزال زودرس و ناتوانی مشابه است.

ماسترز و جانسون بر این عقیده‌اند که بی‌کفایتی جنسی مرد ارتباط مستقیمی به توانایی او در رسیدن به رهایی از ارگاسم ندارد و پیامدهای روانی مطمئناً موجب بی‌کفایتی‌های بالینی جنسی می‌شوند و از جمله‌ی این نکات جنبه‌های روانی- اجتماعی کسب نعوظ و یا حفظ نعوظ آلت مردانه است و جنبه‌های روانی- اجتماعی انزال زودرس در صورتی که مستقیماً به نظر می‌آید با حالت ارگاسم در ارتباط است ولی به سختی می‌توان گفت مستقیماً به مرحله‌ی ارگاسم مردانه مربوط باشد.

در تشخیص افتراقی انزال زودرس باید به مواردی مانند اختلال نعوظی ناشی از یک بیماری جسمانی، اختلال جنسی ناشی از مصرف مواد و مشکلات گهگاهی مربوط به انزال زودرس توجه کرد.

IV- اختلالات درد جنسی

اختلالاتی که در این زیرمجموعه قرار می‌گیرند شامل واژینیسم و مقاربت دردناک می‌باشد.

الف- واژینیسم

انقباض غیرارادی برگشت‌کننده یا مستمر عضلات میان‌دوراهی در برگیرنده‌ی ثلث خارجی مهبل در زمان تلاش برای دخول آلت تناسلی، انگشت، تامپون^۱ (نوار بهداشتی برای جذب خون قاعدگی)، یا اسپکیولوم^۲ (وسیله‌ای فلزی برای معاینه‌ی مهبل و مشاهده‌ی دهانه‌ی رحم) از مشخصه‌های بارز این اختلال است (DSM-IV، ۱۳۸۱).

1- tampon

2- speculum

واژینیسم بیشتر زن‌های تحصیل کرده و متعلق به طبقات اجتماعی-اقتصادی بالا را گرفتار می‌سازد. زن مبتلا به واژینیسم ممکن است آگاهانه مایل به نزدیکی باشد ولی ناخودآگاه مانع دخول آلت مرد به داخل واژن گردد. زمانی که اختلال عملکرد منحصراً به علت عوامل عضوی است یا علامتی از یک اختلال روانی دیگر محور I است، این تشخیص گذاشته نمی‌شود.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در واژینیسم

(الف) اسپاسم غیر ارادی برگشت کننده یا مستمر عضلات ثلث خارجی مهبل که مانع از مقاربت می‌شود.

(ب) اختلال موجود باعث پریشانی یا مشکلات بین فردی قابل ملاحظه می‌شود.

(ج) این اختلال برحسب یک اختلال دیگر محور I توجیه بهتری ندارد و منحصراً ناشی از اثرات فیزیولوژیایی مستقیم بیماری جسمانی نیست. نوع آن مانند مادام‌العمر یا اکتسابی، فراگیر یا موقعیتی، ناشی از عوامل روان‌شناختی یا عوامل مختلط باید مشخص شود.

در برخی از زنان مبتلا به واژینیسم، حتی پیش‌بینی دخول مهبل می‌ممکن است به گرفتگی عضلانی منجر شود. دامنه‌ی انقباض ممکن است از خفیف، مانند فشرده‌گی و ناراحتی، تا شدید که مانع دخول می‌شود گسترده‌گی داشته باشد.

در این اختلال واکنش‌های جنسی مانند: میل، لذت، توانایی رسیدن به ارگاسم، ممکن است مختل نشده باشند مگر آنکه تلاش برای دخول صورت بگیرد یا پیش‌بینی شود. انسداد فیزیکی ناشی از انقباض عضلانی معمولاً مانع از مقاربت می‌شود. از این رو، این وضعیت می‌تواند برقراری روابط جنسی را محدود کرده و روابط موجود را از هم بپاشد. معلوم شده است که موارد ازدواج‌های به وصال نرسیده و نازایی با این اختلال رابطه دارند. این تشخیص اغلب در جریان معاینه‌های معمول پزشکی زنان که واکنش به معاینه‌ی لگن به انقباض‌های به‌سهولت قابل مشاهده در دهانه‌ی مهبل منجر می‌شود، صورت می‌گیرد. در برخی از موارد، شدت این انقباض ممکن است به اندازه‌ای شدید یا طولانی باشد که به درد منجر شود. با این حال، واژینیسم در برخی از زنان در جریان فعالیت جنسی و نه در ضمن معاینه‌ی پزشکی زنان روی می‌دهد. در مقایسه با زن سالمند این اختلال اغلب در زنان جوان، در زنانی که نسبت به عمل

جنسی نگرش منفی دارند، و در زنانی که سابقه‌ی تحمل بدرفتاری جنسی و تجاوز به عنف^۱ یا سوء استفاده‌ی جنسی آسیب‌زا دارند، بیشتر شایع است.

واژینیسم از لحاظ دوره و سیر، احتمال دارد شروعی ناگهانی داشته و گاه به‌طور مدام‌العمر دیده شود و زمانی که این اختلال تثبیت شد دارای سیر مزمن بوده مگر آنکه با درمان بهبود یابد. واژینیسم اکتسابی نیز احتمال دارد به‌طور ناگهانی در واکنش به یک آسیب جنسی یا یک بیماری جسمانی ظاهر شود.

دادل (۱۹۷۷) به این نتیجه رسید که زنان مبتلا به واژینیسم اکثراً درباره‌ی ظرفیت و سایر مشخصات واژن دارای انگاره‌ها و تصورات مخدوش هستند. و کاپلان (۱۹۷۴) بیان نمود در موارد شدید گاهی این انقباض عضلانی رکتال و سرین و پا را نیز در می‌گیرد و گاهی در واژینیسم هراسی قابل ملاحظه در مورد دخول واژینال وجود دارد و علاوه بر این پاسخ فیزیکی، پاسخ‌های فیزیولوژیک دیگر مانند تعریق، لرزش، افزایش تنفس و پاسخ‌های شناختی و رفتاری هم دیده می‌شود.

در زنان مبتلا به واژینیسم که دارای تعارضات روانی/جنسی هستند، احتمال دارد آلت مردانه را همچون یک اسلحه بپندارند. در برخی موارد، درد یا پیش‌بینی درد در اولین مقاربت سبب واژینیسم می‌شود. تربیت مذهبی سخت‌گیرانه و افراطی، که روابط جنسی را معادل گناه می‌داند و یا ترس از حاملگی، بی‌میلی و تنفر نسبت به اندام‌های تناسلی و نفرت از شریک جنسی یا مشکلات در روابط بین فردی نیز می‌تواند در این موارد دیده شود. زنانی که احساس می‌کنند از نظر روانی آزار می‌بینند و از لحاظ عاطفی مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرند، ممکن است با چنین واکنشی (واژینیسم) مقابله به مثل نمایند. و در مواقعی نیز مشاهده شده است که پس از زایمان و یا پس از یک مقاربت واقعاً دردناک و یا پس از سقط جنین شکل گرفته و گاه نیز این پدیده طی سال‌های متمادی پنهان مانده و گزارشاتی از طول پانزده ساله‌ی واژینیسم نیز دیده می‌شود و تا زمانی که زن قادر به تحریک و ارگاسم با دست شریک جنسی بوده از هرگونه تماس جسمانی با اندام‌های تناسلی اجتناب نموده است. سایر عوامل مرتبط با این اختلال عبارتند: از جراحی‌های مهبل و فرج، مشکلات ناشی از اپیزیوتومی^۲ (شکافتن میانی یا

1- rape

2-episiotomy

پیرامونی مهبل در جریان زایمان برای جلوگیری از پارگی خود به خود و نامناسب آن، عفونت‌های مهبل، یبوست و احتقان یا پرخونی لگن.

برخی مطالعات همه گیرشناسی نشان می‌دهند که شیوع واژینیسم در آن دسته از زنانی که برای درمان به درمانگاه‌های تخصصی مشکلات جنسی مراجعه می‌کنند ۵ تا ۱۵ درصد است. البته شیوع این اختلال در فرهنگ‌هایی که نسبت به مسایل جنسی دیدگاهی ارتجاعی و سرکوب کننده دارند، بیشتر است. برای مثال در کشور ایرلند شیوع این اختلال در زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی اختلال‌های جنسی ۴۲ تا ۵۵ درصد گزارش شده است. اما ماسترز و جانسون در بین ۳۴۲ نفر از زنان مراجعه کننده، میزان شیوع را ۸/۵ درصد اعلام نمودند.

در تشخیص افتراقی واژینیسم باید به موارد مانند اختلال جنسی ناشی از یک بیماری جسمانی و یک اختلال دیگر در محور I توجه نمود.

ب- مقاربت دردناک

درد و ناراحتی تناسلی که با مقاربت جنسی رابطه دارد از مشخصه‌های بارز مقاربت دردناک است. و اگرچه این حالت بیشتر در ضمن نزدیکی روی می‌دهد ولی امکان دارد قبل و یا بعد از مقاربت جنسی نیز ظاهر گردد. این اختلال هم می‌تواند در مردان باشد و هم در زنان. در زنان، این درد ممکن است به صورت سطحی در ضمن دخول، یا عمقی در ضمن دخول با فشار احلیل، توصیف شود. دوره‌های مکرر واژینیسم ممکن است منجر به مقاربت دردناک شود، هرچند عکس آن نیز صادق است و دوره‌های تکراری مقاربت دردناک می‌تواند منجر به واژینیسم گردد. در هر حال، باید علل عضوی را رد نمود.

ملاک‌های تشخیص DSM-IV در مقاربت دردناک

الف) درد و ناراحتی برگشت کننده یا مستمر مرتبط با مقاربت جنسی در مرد یا زن.
 ب) اختلال موجود باعث پریشانی یا مشکلات بین فردی قابل ملاحظه می‌شود.
 ج) این اختلال منحصرأ ناشی از واژینیسم یا عدم لیز شدن نیست، برحسب یک اختلال دیگر محور I توجیه بهتری ندارد، و منحصرأ ناشی از اثرات فیزیولوژیایی مصرف مواد یا بیماری جسمانی نیست.
 نوع آن مانند مادام‌العمر یا اکتسابی، فراگیر یا موقعیتی، ناشی از عوامل روان‌شناختی یا عوامل مختلط باید مشخص شود.

مبتلایان به مقاربت دردناک معمولاً در مراکز درمانی عمومی در جستجوی درمان برمی‌آیند و به ندرت شکایت عمده در مراکز بهداشت روان و کلینیک‌های جنسی می‌باشد. در معاینه‌ی بدنی مبتلایان به این اختلال به‌طور معمول نابهنجاری‌های تناسلی نشان نمی‌دهند. تجربه‌ی مکرر درد تناسلی در ضمن جماع ممکن است به اجتناب از تجربه‌ی جنسی، گسیختن روابط جنسی موجود یا محدود کردن برقراری روابط جنسی جدید منجر شود.

مبتلایان به مقاربت دردناک شدت درد را از خفیف تا غیرقابل تحمل ارزیابی می‌کنند که این عامل بسته به آستانه‌ی تحمل و ویژگی‌های هر فرد متفاوت است. این درد ممکن است به دو شکل احساس شود. در شکل نخست، احساس درد در مدخل یا دهانه‌ی مهبل متمرکز می‌شود و در شکل دوم دخول عمیق احلیل به مهبل دردآور است. اطلاعات محدود حاکی از آن است که سیر و روند این اختلال گرایش به مزمن شدن دارد. شیوع این اختلال در زنان کل جامعه تقریباً ۱۱ درصد و در اجتماعات مختلف بین ۸ تا ۲۳ درصد گزارش شده است. همچنین تخمین زده می‌شود ۳۰ درصد تمام جراحی‌هایی که روی دستگاه تناسلی زنانه انجام می‌گیرد ایجاد مقاربت دردناک کرده و در مجموع حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد زنانی که جهت اختلال مقاربت دردناک به کلینیک‌های جنسی مراجعه می‌کنند به نحوی درگیر یک پاتولوژی^۱ در ناحیه لگن می‌باشند و مهم‌ترین این پاتولوژی‌ها عبارتند از: انواع مختلف واژینیت‌ها و سروسیسیت‌ها و آندرومتریوز، عفونت غده بارتولن، اسکارهای اپیزیوتومی، و بقایای پرده‌ی بکارت عفونت یافته و.... این درد نیز در زنان یائسه به خاطر کاهش ترشحات موكوز ناحیه‌ی واژینال شایع است که در یک بررسی زنان ۵۱ تا ۵۵ ساله به عنوان گروهی که بیشترین فعالیت جنسی را داشته‌اند شناخته شد.

برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در زنان مبتلا به اختلال^۲ MS حدود ۸ درصد مقاربت دردناک دیده می‌شود. همچنین گزارشاتی حاکی از آن است که ۲۷ درصد از زنان مبتلا به بیماری پارکینسون دچار واژینیسم و ۳۶ درصد عدم ارگاسم و ۳۸ درصد خشکی واژن داشته‌اند. ساندبرگ و کیلون^۳ (۱۹۸۷) بر این اعتقادند که فقدان لیز شدن یکی از شایع‌ترین دلایل درد هنگام مقاربت جنسی است و معتقد بودند که طیف وسیعی از مشکلات جسمانی را که ممکن است علل درد در مقاربت باشد باید کنار گذاشت. این پژوهشگران معتقدند که علاوه بر علل یاد شده، چسبندگی‌های غیرعادی، واکنش‌های مربوط به آلرژی، بیوست، آبستنی خارج رحمی، کیست‌ها و آسیب‌های زایمانی، تومورهای لگنی، بواسیر نیز می‌تواند از

1- pathology

2- multiple sclerosis

3- Sandberg & Koilone

دیگر موارد دردهای مقاربتی باشند و چنانچه این عوامل پزشکی کنار گذاشته شوند مسأله دردهای روان‌زاد مطرح می‌شود. از سوی دیگر عواملی مانند احساس گناه، ترس، فقدان معلومات جنسی و نیز داشتن روابط آشفته‌ی زناشویی و نارضایتی از زندگی مشترک با همسر ممکن است جزو مهمترین عوامل روان‌شناختی بروز مقاربت دردناک محسوب شوند. البته روشن است که تأیید زیربنای روانی مسبب این اختلال باید بعد از بررسی‌ها و معاینات پزشکی دقیق و رد هرگونه علل جسمانی احتمال بروز این اختلال صورت گیرد.

در بیشتر موارد عوامل روان‌پویشی، به عنوان عامل سببی در اختلال مقاربت دردناک تلقی می‌شود. در زنانی که سابقه‌ی تجاوز به عنف و یا سوء رفتار جنسی در دوران کودکی دارند، درد مزمن لگنی شکایت شایعی است. مقاربت دردناک احتمال دارد از تنش یا اضطراب مربوط به عمل جنسی و انقباض غیر ارادی عضلات مهبل باشد، درد واقعی بوده و نزدیکی را ناخوشایند و غیرقابل تحمل می‌سازد. پیش‌بینی درد ممکن است موجب شود که زن برای همیشه از خیر روابط جنسی بگذرد. اگر شوهر بدون توجه به عدم آمادگی همسرش به کار خود ادامه دهد، مشکل وخیم‌تر می‌گردد. مقاربت دردناک ممکن است در مرد نیز دیده شود، اما اختلال شایعی در بین آنها نمی‌باشد. ساندبرگ و کیلون (۱۹۸۷) مواردی از مقاربت دردناک در مردان را گزارش نمودند که دچار آسیب شناسی جسمانی مانند تنگی بیش از حد پوست حشفه، عفونت‌ها یا صدمه به لگام بوده است. از جمله بیماری‌هایی که در مردان امکان دارد باعث ایجاد درد در هنگام مقاربت شود بیماری پیرونی^۱ است که برای اولین بار توسط پزشک فرانسوی «فرانسوا دلا پیرونی» در بیمارانی که دارای آلت‌های کج بودند تشخیص گذاشته شد. این بیماری معمولاً موجب مشکلات مقاربتی می‌گردد ولی کجی آلت از هر طرف می‌تواند عارض گردیده و محل کجی می‌تواند از رباط آویزان کننده تا کرونای سر آلت باشد و قبل از هرچیز در این اختلال باید میزان رغبت و میل جنسی بیمار ارزیابی گردیده و دفعات نزدیکی و مدت ماندگاری نعوظ و وجود یا فقدان نعوظ‌های شبانه بررسی گردد. در بیماری پیرونی ایجاد شدن پلاک‌های اسکروتیکی^۲ روی آلت تناسلی، سبب انحنای و کجی آلت در مردان می‌شود.

1- Peyronie

2- sclerotic plaques

در تشخیص افتراقی مقاربت دردناک باید به مواردی مانند اختلال جنسی ناشی از یک بیماری جسمانی، ناشی از مواد، یک اختلال دیگر محور I و درد گهگاهی مرتبط با مقاربت جنسی توجه کرد.

V- اختلال جنسی ناشی از یک بیماری طبی عمومی

مشخصه‌ی اصلی اختلال جنسی ناشی از یک بیماری طبی عمومی وجود اختلال جنسی عمده‌ی بالینی است که استنباط می‌شود منحصراً ناشی از اثرات فیزیولوژیایی مستقیم یک بیماری جسمانی است. اختلال جنسی ممکن است شامل درد مرتبط با مقاربت جنسی، کمبود میل جنسی، اختلال نعوظی مرد، یا سایر شکل‌های اختلال جنسی (مانند، اختلال‌های ارگاسمی) باشد و باید موجب ناراحتی، پریشانی یا مشکلات بین فردی قابل ملاحظه شود و شواهد قابل ملاحظه، معاینه‌ی جسمی و یا یافته‌های آزمایشگاهی، نشان می‌دهد که بیماری طبی عمومی با اختلال عملکرد جنسی رابطه‌ی سببی دارد.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در اختلال جنسیناشی از یک بیماری طبی

عمومی

الف) اختلال جنسی از نظر بالینی مهم که به پریشانی یا مشکل بین فردی قابل ملاحظه منجر شده و در تصویر بالینی بارز است.

ب) وجود شواهد از سابقه، معاینه‌ی بدنی، یا یافته‌های آزمایشگاهی مبنی بر این که اختلال جنسی به‌طور کامل بر حسب اثرات فیزیولوژیایی مستقیم ناشی از بیماری طبی عمومی توجیه می‌شود.

ج) این اختلال بر حسب یک اختلال روانی دیگر (مانند، اختلال افسردگی عمده) توجیه بهتری ندارد.

نوع و عنوان را بر اساس اختلال جنسی بارز تعیین کنید:

اختلال کمبود میل جنسی در زن ناشی از یک بیماری طبی عمومی: اگر کمبود یا فقدان میل جنسی ویژگی بارز است.

اختلال کمبود میل جنسی در مرد ناشی از یک بیماری طبی عمومی: اگر کمبود یا فقدان میل جنسی ویژگی بارز است.

اختلال نعوظی مرد ناشی از یک بیماری طبی عمومی: اگر اختلال نعوظی مرد ویژگی بارز است.

برای مشخص کردن اینکه آیا اختلال جنسی منحصرأ ناشی از یک بیماری طبی عمومی است یا نه، متخصص بالینی باید نخست وجود بیماری طبی عمومی را ثابت کند. به علاوه، متخصص بالینی باید مشخص کند که اختلال جنسی از لحاظ سبب شناسی به واسطه‌ی یک مکانیسم فیزیولوژیایی با بیماری طبی عمومی رابطه دارد. ارزیابی دقیق و کامل چند عامل برای انجام این قضاوت ضروری است. اگرچه رهنمودهای قطعی برای تعیین رابطه‌ی سببی بین اختلال جنسی و بیماری طبی عمومی وجود ندارد، اما توجه به چند موضوع می‌تواند راهنمایی‌هایی در این زمینه فراهم آورد. یکی از آنها، ملاحظه‌ی وجود رابطه‌ی زمانی بین شروع، تشدید، یا بهبود بیماری طبی عمومی و اختلال جنسی است. موضوع دوم، بررسی وجود ویژگی‌هایی است که برای یک اختلال جنسی اولیه، ناجور هستند (مانند سن شروع یا سیر ناجور). نتایج مطالعاتی که نشان می‌دهند بین بیماری طبی عمومی مورد بحث و بروز اختلال جنسی می‌توان یک رابطه‌ی مستقیم وجود داشته باشد زمینه‌ی سودمندی برای سنجش یک موقعیت خاص فراهم می‌آورند. به علاوه، متخصص بالینی باید ثابت کند که این اختلال بر حسب یک اختلال جنسی اولیه، اختلال جنسی ناشی از مواد، یا یک اختلال روانی اولیه‌ی دیگر (مانند، اختلال افسردگی عمده) توجیه بهتری ندارد (DSM-IV، ۱۳۸۱).

اختلالات عملکرد جنسی که ناشی از یک بیماری طبی عمومی هستند عبارتند از:

- ۱- **اختلال نعوظی مرد:** نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که اختلال نعوظی در ۵۰ درصد مردان مبتلا، اساس طبی دارد. علل طبی اختلال نعوظی در جدول ۱-۲ فهرست شده است. عوارض جانبی داروها نیز احتمال دارد به طرق گوناگون کارکرد جنسی را مختل کنند (جدول ۲-۲).

جدول ۱-۲: بیماری‌های طبی که باعث اختلال نعوظ می‌شوند- اقتباس از کاپلان و همکاران (۱۳۸۲).

اختلالات نورولوژیک	بیماری‌های عفونی و انگلی
اسکلروز متعدد (MS)	آلفانیازیس
میلیت عرضی	اوريون
بیماری پارکینسون	بیماری قلبی عروقی
صرع لوب تمپورال	بیماری آترواسکلروزی
بیماری نئوپلاستیک و تروماتیک نخاع	آنوریسم آئورت
تومور سیستم عصبی مرکزی	سندرم لریش ^۱
اسکلروز آمیوتروفیک جانبی	نارسایی قلبی
نوروپاتی محیطی	اختلالات کلیوی و مجاری ادرار
فلج عمومی	بیماری پیرونی
تابس دورسالیس ^۲	نارسایی مزمن کلیوی
عوامل دارویی	هیدروسل و واریکوسل
الکل و مواد اعتیادآور دیگر (هروئین، متادون، مورفین، کوکائین، آمفتامین‌ها، و باربیتورات‌ها)	اختلالات کبدی
داروهای تجویزی پزشک (داروهای روانگرا، داروهای ضد فشار خون، استروژن‌ها، و ضد آندروژن‌ها)	سیروز (معمولاً همراه با وابستگی به الکل است)
مسمومیت	اختلالات ریوی
سرب (Plumbism)	نارسایی تنفسی
سموم ضد آفات نباتی	اختلالات ژنتیک
اعمال جراحی	سندرم کلاین فلتز
پروستاتکتومی پری نثال	آنرمالی‌های مادرزادی رگی و سرخرگی آلت
قطع کولون شکمی- پری نثال	تناسی
سمپاتکتومی (اغلب در انزال اشکال ایجاد می‌کند)	اختلالات تغذیه‌ای
	سوء تغذیه
	کمبود ویتامین

1- Leriche's syndrome

2- tabes dorsalis

اختلالات غدد	جراحی آئورتوایلیاک
دیابت قندی	سیستکتومی رادیکال
اختلال محور هیپوفیز - آدرنال - بیضه	لنفادنکتومی رتروپریتونئال
اکرومگالی	متفرقه
بیماری آدیسون	پرتو درمانی شکستگی لگن
ادنوم کروموفوب	هر بیماری سیستمیک شدید یا وضعیت ناتوان کننده
نئوپلازی آدرنال	
میگزدم	
هیپرتیروئید	

۲- مقاربت دردناک: حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد زنانی که با مشکل مقاربت دردناک به کلینیک‌های جنسی مراجعه می‌کنند، بیماری لگنی دارند. همچنین، حدود ۳۰ درصد از روش‌های جراحی روی لگن یا ناحیه تناسلی، منجر به مقاربت دردناک به صورت موقتی می‌گردد. اما در اغلب موارد، عوامل پویشی به عنوان علت در نظر گرفته می‌شود. برخی بیماری‌های طبی که منجر به مقاربت دردناک می‌شوند عبارتند از: باقی‌مانده‌های^۱ تحریک شده یا عفونی پرده‌ی بکارت، اسکارهای اپیزیوتومی، عفونت غده‌ی بارتولین^۲، انواع مختلف واژینیت و سرویسیت، آندومتریوز^۳، آتروفی واژن پس از یائسگی، و بیماری پیرونی. در زنان مبتلا به میوم^۴ یا آندومتریوز، درد پس از مقاربت مشاهده شده است که این مسأله به انقباض رحم در حین ارگاسم نسبت داده شده است. زنان یائسه ممکن است به دلیل نازکی مخاط واژن و کاهش لیز شدن دچار درد هنگام مقاربت شوند.

۳- اختلال کمبود میل جنسی: پس از بیماری‌ها یا جراحی عمده، میل جنسی به طور شایعی کاهش می‌یابد. داروهایی که سیستم عصبی مرکزی (CNS) را تضعیف می‌کنند، غلظت تستوسترون یا دوپامین را کاهش می‌دهند، یا غلظت سروتونین یا پرولاکتین را افزایش می‌دهند، می‌توانند موجب کاهش میل جنسی گردند.

1- remnants

2- bartholinitis

3- endometriosis

4- myomata

۴- اختلالات عملکرد جنسی دیگر در مرد: اختلالات ارگاسمی مردان می‌تواند علل فیزیولوژیک داشته باشد و می‌تواند پس از جراحی دستگاه تناسلی- ادراری اتفاق بیفتد. نیز می‌تواند همراه با بیماری پارکینسون و اختلالات نورولوژیک دیگری که بخش‌های کمری^۱ یا ساکرال^۲ (خاجی) در نخاع را درگیر می‌کند، باشد. داروهای خاص (مانند گوانتیدین مونوسولفات) در انزال دیررس، مؤثر دانسته شده‌اند (جدول ۲-۲).

اختلال ارگاسمی در مرد را باید از انزال رو به عقب^۳ تفکیک کرد که در آن انزال روی می‌دهد، ولی مایع منی به سمت عقب و به داخل مثانه سرازیر می‌شود. انزال رو به عقب همواره بر اثر یک علت عضوی ایجاد می‌شود و ممکن است پس از جراحی دستگاه تناسلی- ادراری یا داروهای دارای عوارض آنتی کولینرژیک نظیر فنوتیازین‌ها به‌خصوص تیوریدازین^۴ روی دهد.

۵- اختلالات عملکرد جنسی دیگر در زن: برخی از بیماری‌های طبی- به‌ویژه بیماری‌های غدد مانند هیپوتیروئیدی، دیابت شیرین، و افزایش اولیه پرولاکتین- بر توانایی یک زن در رسیدن به ارگاسم، تأثیر می‌گذارند. برخی داروهای روان‌پزشکی نیز بر ظرفیت زن در رسیدن به ارگاسم اثر می‌گذارند مانند: ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای (ایمی‌پرامین، کلومی‌پرامین، نورتریپتیلین)، مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز (ترانیل‌سیپرامین، فنل‌زین، ایزوکربوکساید)، آنتاگونیست‌های گیرنده‌ی دوپامین (تیوریدازین، تری‌فلوئوپرازین)، مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین (فلوئوکستین، پاروکستین، سرتالین)، ولی پژوهشی که بر روی زنانی که تحت درمان با مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز (MAOIs) بودند صورت گرفته است، حاکی از این است که بعد از گذشت ۱۶ تا ۱۸ هفته دارودرمانی، عوارض جانبی داروها از بین رفته است و این زنان علی‌رغم وجود تداوم مصرف دارو مجدداً می‌توانند ارگاسم را تجربه کنند.

1- lumbar

2- sacral

3- retrograde ejaculation

4- mellaril

در تشخیص افتراقی اختلال جنسی ناشی از یک بیماری طبی عمومی باید به مواردی مانند اختلال جنسی اولیه (با نوع فرعی ناشی از عوامل مختلط)، اختلال جنسی ناشی از مواد، اختلال افسردگی عمده و کاهش علاقه و کارکرد جنسی که ممکن است با پیری همراه شود، توجه کرد.

جدول ۲-۲: داروهای فارماکولوژیک که موجب اختلال جنسی در مردان می‌گردد - اکتباس از کاپلان و همکاران (۱۳۸۲).

اختلال	اختلال	داروها	اختلال	اختلال	داروها
در	در		در	در	
انزال	نعوظ		انزال	نعوظ	
		داروهای روان‌پزشکی ^۱			داروهای روان‌پزشکی ^۱
+	-	کلردیازپوکساید			مهارکننده‌های انتخابی بازجذب ^۲
		داروهای ضد اضطراب ^۳			سروتونین ^۳
		داروهای ضد فشار خون	+	-	سیتالوپرام
	+	کلونیدین	+	-	فلونوکستین
+	+	متیل دوپا	+	-	پاروکستین
-	+	اسپیرونولاکتون	+	-	سرترالین
-	+	هیدروکلروتیازید			داروهای حلقه‌ای
+	+	گوانتیدین	+	+	ایمی پرامین
		داروهای که به شکل شایع مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند	+	+	پروتیپتیلین
+	+	الکل	+	+	دزیپرامین
+	+	باربیتورات‌ها	+	+	کلومی پرامین
-	+	حشیش	+	+	آمی تریپتیلین مهارکننده‌های
+	+	کوکائین			مونوآمین اکسیداز
+	+	هروئین		+	ترانیل سیپرامین
-	+	متادون	+	+	فنلزین
+	+	مورفین	+	-	پارژیلین
		داروهای متفرقه	+	-	ایزوکربوکساید
+	+	داروهای ضد پارکینسون			سایر داروهای مؤثر بر خلق
-	+	کلوفیرات		+	لیتیوم
-	+	دیگوکسین	+	+	آمفتامین‌ها
+	+	گلوکوتیماید	-	-	ترازودون ^۴
-	+	ایتدومتاسین	+	-	ونلافاکسین
+	-	فنتولامین			آنتی‌پسیتیک‌ها ^۵
-	+	پروپرانولول		+	فلوفنازین
			+	+	تیوریدازین
			+	-	کلرپروتیکسن
			+	-	مژوریدازین
			+	-	پرفتازین
			+	-	تری فلونوپرازین
			+	+	رزپین
			+	-	هالوپریدول

- a SSRIها، میل جنسی را هم مختل می کند.
- b ترازودون در بعضی موارد پریاپیسم، نقش سببی داشته است.
- c آنتی پسیکوتیک های غیرتیپیک، کم تر موجب اختلال در عمل جنسی می گردند. پریاپیسم گاه در ارتباط با استفاده از آنتی پسیکوتیک ها، اتفاق می افتد.
- d گزارش شده که بنزودیازپین ها میل جنسی را کاهش می دهند، ولی در بعضی از بیماران، کاهش اضطراب ناشی از این داروها، موجب بهتر شدن عمل جنسی می گردد.

VI- اختلال جنسی ناشی از مواد

مشخصه ی اصلی اختلال جنسی ناشی از مواد، نوعی اختلال جنسی است که از لحاظ بالینی معنی دار بوده و به ناراحتی، پریشانی یا مشکلات بین فردی قابل ملاحظه منجر می شود. ضمن یک ماه مسمومیت قابل ملاحظه یا ترک مواد، اختلال عملکرد جنسی ناراحت کننده ای روی می دهد. با توجه به ماده ی مورد مصرف اختلال ممکن است مشتمل بر اختلال در میل مختل، انگیختگی مختل، ارگاسم مختل، یا درد جنسی باشد. این اختلال جنسی برحسب اثرات فیزیولوژیایی مستقیم ناشی از مصرف مواد (یعنی سوء مصرف دارو، دارو درمانی، قرار گرفتن در معرض مواد زهرآگین) به طور کامل توجیه می شود. این اختلال نباید برحسب یک اختلال جنسی که ناشی از مواد نیست بهتر توجیه شود. این تشخیص باید تنها زمانی به جای تشخیص مسمومیت با مواد گذاشته شود که نشانه های جنسی بیش از اندازه ای باشند که معمولاً با نشانگان مسمومیت همراه می شوند و هنگامی که نشانه های جنسی به حد کافی شدید هستند که رسیدگی بالینی جداگانه ای را ایجاب می کنند.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در اختلال جنسی ناشی از مواد

الف) اختلال جنسی از نظر بالینی مهم که بر پیشانی یا مشکلات بین فردی قابل ملاحظه منجر شده و در تصویر بالینی بارز است.

ب) وجود شواهدی از سابقه، معاینه‌ی بدنی، یا یافته‌های آزمایشگاهی مبنی بر این که اختلال جنسی بر حسب مصرف مواد به طور کامل توجیه می‌گردد به‌طوری که با یکی از موارد زیر ثابت می‌شود:

۱- نشانه‌های موجود در ملاک الف در حین مسمومیت با مواد، یا در ضمن یک ماه ظاهر شده‌اند.

۲- مصرف دارو از لحاظ سببی با اختلال رابطه دارد.

ج) این اختلال بر حسب یک اختلال جنسی که ناشی از مواد نیست، توجیه بهتری ندارد. شواهد مربوط به توجیه نشانه‌ها بر حسب یک اختلال جنسی که ناشی از مواد نیست ممکن است شامل موارد زیر باشند: نشانه‌ها مقدم بر شروع مصرف یا وابستگی به مواد (یا مصرف دارو) هستند؛ نشانه‌ها به مدت یک دوره‌ی زمانی قابل توجه (برای مثال تقریباً یک ماه) پس از قطع مسمومیت استمرار می‌یابند، یا به‌طور قابل ملاحظه‌ای بیش از حدی هستند که از مصرف یک نوع یا میزان معینی از مواد یا مدت مصرف انتظار می‌رود؛ یا در دست بودن شواهدی مبنی بر وجود یک اختلال جنسی مستقل که ناشی از مواد نیست (مانند، سابقه‌ی دوره‌های برگشت‌کننده‌ی بدون ارتباط با مواد).

نکته: این تشخیص باید تنها زمانی به جای مسمومیت با مواد گذاشته شود که اختلال جنسی بیش از حدی است که معمولاً با نشانگان مسمومیت همراه می‌شود و هنگامی که اختلال به‌اندازه‌ای شدید است که رسیدگی بالینی جداگانه‌ای را ایجاب می‌کند.

کدبندی: اختلال عملکرد جنسی ناشی از [ماده اختصاصی] (الکل، آمفتامین) یا مواد شبیه آمفتامین، کوکائین، مواد شبه افیونی، رخت‌زها، خواب‌آورها، داروهای ضد اضطراب [یا مواد ناشناخته].

مشخص کنید اگر: با میل مختل، انگیزختگی مختل، ارگاسم مختل و یا با درد جنسی همراه است.

مشخص کنید اگر: با شروع در جریان مسمومیت است: یعنی اگر ملاک‌های تشخیصی با مسمومیت با مواد مطابقت دارند و نشانه‌ها در جریان نشانگان مسمومیت ظاهر می‌شوند.

به طور کلی، داروهای سروتونرژیک، آنتاگونیست‌های دوپامین، داروهای افزایش دهنده‌ی پرولاکتین، و داروهای اثرگذار بر سیستم عصبی خودمختار، اثر منفی بر عملکرد جنسی دارند. بسیاری از این مواد، در دوزهای پایین، با کاهش یا مهار اضطراب یا بالا بردن خلق، عملکرد جنسی را بهبود می‌بخشند ولی استفاده‌ی مداوم موجب اختلال در قابلیت نعوظ، ارگاسم، و انزال می‌گردد. سوء مصرف رخت‌زاه‌ها، ضد اضطراب‌ها، خواب‌آورها و بخصوص مواد افیونی و شبه افیونی، میل جنسی را تقریباً همیشه کاهش می‌دهند. مصرف الکل احتمال دارد با برداشتن مهارهای فعالیت جنسی، شروع این فعالیت را تسهیل کند، اما اختلالاتی را در عملکرد جنسی به وجود می‌آورد. کوکائین و آمفتامین‌ها نیز اثر مشابهی دارند؛ اگرچه هیچ شواهد قانع‌کننده‌ای از تقویت سائق جنسی وجود ندارد، مصرف‌کنندگان این مواد در ابتدای کار احساس افزایش نیرو کرده و احتمال دارد از لحاظ جنسی فعال شوند، اما در نهایت، اختلال عملکرد پدید می‌آید. در مردان اصولاً دو مرحله دیده می‌شود: نعوظ طولانی بدون انزال و سپس کاهش تدریجی توانایی نعوظ.

اختلال جنسی ناشی از مواد با در نظر گرفتن شروع و روند آن از یک اختلال جنسی اولیه تمیز داده می‌شود. در ارتباط با سوء مصرف داروها، باید شواهدی از سابقه، معاینه‌ی بدنی، یا یافته‌های آزمایشگاهی حاکی از مسمومیت وجود داشته باشد. اختلال جنسی ناشی از مواد فقط همراه با مسمومیت ظاهر می‌شود، در حالی که اختلال‌های جنسی اولیه ممکن است مقدم بر شروع مصرف مواد بوده یا در ضمن اوقات پرهیز دایم از مصرف ماده روی دهند. عواملی که نشان می‌دهند اختلال بر حسب یک اختلال جنسی اولیه توجیه می‌شود عبارتند از: استمرار اختلال به مدت یک دوره‌ی زمانی قابل توجه (یعنی، یک ماه یا بیشتر) پس از پایان مسمومیت با مواد؛ ظهور اختلال که به طور قابل ملاحظه‌ای بیش از اندازه‌ای است که از یک نوع خاص یا میزان ماده‌ی مصرفی یا مدت مصرف انتظار می‌رود؛ یا وجود سابقه‌ی اختلال‌های جنسی اولیه‌ی برگشت‌کننده‌ی پیشین.

ارتباط بین اختلال جنسی و عوامل فارماکولوژیک در زنان نسبت به مردان، به میزان کمتری مطالعه شده است. گزارش شده است که داروهای خوراکی ضدبارداری، میل جنسی را در بعضی از زنان کاهش می‌دهند، و بعضی از داروهایی که خواص آنتی کولینرژیک دارند ممکن است انگیزتگی و ارگاسم را دچار اختلال کنند. در گزارش‌ها، بنزودیازپین‌ها با کاهش میل جنسی همراه بوده‌اند، اما در بعضی از بیماران، این داروها با کاهش اضطراب باعث بهبود عملکرد جنسی شده‌اند. هم افزایش و هم کاهش میل جنسی با داروهای مؤثر بر روان، گزارش شده است. مشکل است که این اثرها را از بیماری زمینه‌ای یا بهبود بیماری تمایز داد. اختلال جنسی ناشی از یک دارو، با قطع آن دارو از بین می‌رود. برخی داروهای

روان پزشکی مانند: ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز، آنتاگونیست‌های گیرنده‌ی دوپامین و مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین می‌توانند به مهار ارگاسم در زنان منجر شوند. ارگاسم دردناک در ارتباط با فلوفنازین، تیوریدازین، و آموکسپین گزارش شده است. نعوظ دائم^۱ در ارتباط با مصرف کلرپرومازین، ترازودون، و کلوزاپین، و به دنبال تزریق‌های آلتی پاپاورین یا پروستاگلاندین گزارش شده است. تجارب بالینی جاری نشان می‌دهد که اختلال جنسی ناشی از مواد اصولاً فراگیر است، به عبارت دیگر به انواع خاصی از تحریک، موقعیت‌ها یا شریک‌های جنسی محدود نیست.

در مبتلایان به وابستگی به مواد که از این وضعیت خارج شده‌اند، احتمال دارد برای بازیابی عملکرد جنسی خود نیاز به درمان داشته باشند که تا حدودی به دلیل سازگاری مجدد روانی با وضعیت غیروابسته است. اغلب مبتلایان به سوءمصرف مواد، همواره در تعاملات صمیمانه مشکل داشته‌اند. عده‌ای نیز که سال‌های بحرانی رشد را تحت تأثیر ماده‌ای گذرانده‌اند، فرصت یادگیری مهارت‌های جنسی و اجتماعی را نداشته‌اند.

اختلال جنسی ناشی از مواد معمولاً در مسمومیت با مواد روی می‌دهند. در تشخیص افتراقی اختلال عملکرد جنسی ناشی از مواد باید به موادی مانند اختلال جنسی اولیه، اختلال جنسی ناشی از یک بیماری جسمانی و اختلال جنسی که به‌گونه‌ای دیگر مشخص نشده است، توجه کرد.

VII- اختلال جنسی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است

اختلالات جنسی که در این طبقه قرار می‌گیرند آنهایی هستند که در هیچ‌یک از طبقات تشخیصی قبلی نمی‌گنجند. برخی از این اختلالات عبارتند از:

الف- فقدان یا کاهش قابل ملاحظه‌ی احساسات شهوانی ذهنی با وجود انگیختگی و ارگاسم بهنجار (بی‌لذتی ارگاسمی^۲).

ب- در مواردی که درمانگر و متخصص به این نتیجه رسیده است که اختلال جنسی وجود دارد ولی نمی‌تواند مشخص کند که آیا این اختلال، اولیه، ناشی از یک بیماری طبی عمومی، یا ناشی از مواد است. زنانی که حالتی شبیه به انزال زودرس در مردان در آنها رخ می‌دهد و همچنین زنانی که به ارگاسم می‌رسند، ولی برخلاف میل خود ارگاسم‌های متعدد را تجربه نمی‌کنند، در این طبقه قرار می‌گیرند. سایر

1 - priapism

2 - orgasmic anhedonia

مواردی که در این طبقه بندی قرار می گیرند عبارتند از: اختلالات عملکرد افراطی مانند خودارضایی یا رفتار جنسی وسواسی^۱ (اعتیاد جنسی)، درد تناسلی مربوط به خودارضایی^۲ و سردرد پس از مقاربت^۳. سایر اختلالات نامتمايز در افرادی دیده می شود که تخیلات جنسی در مورد موضوعی دارند که در مورد آن، دچار ناراحتی یا احساس گناه می شوند. البته تخیلات جنسی معمولی محدوده ی وسیعی را شامل می شود.

۱- سردرد پس از مقاربت:

این پدیده با سردردی که بلافاصله پس از نزدیکی شروع می شود و ممکن است چندین ساعت دوام یابد مشخص می شود. کیفیت آن کوبنده توصیف شده و محل آن ناحیه ی پس سری^۴ یا پیشانی^۵ است. علت آن معلوم نیست، ممکن است علت عروقی، عضلانی (تنش^۶) یا روانزا داشته باشد. در افراد مستعد ممکن است مقاربت موجب بروز میگرن^۷ یا سردرد کلاستر^۸ گردد (پورافکاری، ۱۳۸۰).

۲- بی لذتی ارگاسمی:

اختلالی که در آن علیرغم سالم ماندن جزء فیزیولوژیک ارگاسم (یعنی انزال) احساس فیزیکی ارگاسم ظاهر نمی شود. علل عضوی نظیر ضایعات ساکرال و مغزی که در راه های آوران^۹ از اعضاء تناسلی به مخ اختلال ایجاد می کنند، لازم است رد شود. علل غیرعضوی معمولاً به احساس گناه شدید در ارتباط با تجربه ی لذت جنسی مربوط می شوند. چنین احساساتی نوعی واکنش تجربه ای به وجود می آورند که جزء عاطفی تجربه ارگاسمی^{۱۰} را از هشیاری^{۱۱} جدا می سازند.

1- compulsive sexual behavior

2- masturbatory pain

3- postcoital headache

4- occipital

5- frontal

6- trnsion

7- migraine

8- cluster

9- afferent pathway

10- orgasmic experience

11- consclousness

۳- درد تناسلی مربوط به خودارضایی:

در برخی موارد شخص هنگام خودارضایی احساس درد می‌کند. همیشه باید علل عضوی رد شود. پارگی جزیی مهبل یا شروع بیماری پیرونی ممکن است در کار باشد. شخص ممکن است با افراط در خودارضایی موجب آسیب فیزیکی آلت تناسلی خود شده و موجب بروز درد در خودارضایی‌های بعدی گردد. برخی روش‌های خودارضایی موجب پدید آمدن حالتی گردیده است که «خفگی خودارضایی»^۱ نامیده شده است. در این روش شخص در حالی که به‌منظور تشدید احساس‌های شهوانی و عمیق‌تر ساختن ارگاسم از طریق مکانیسم هیپوکسی خفیف خود را حلق آویز کرده است، اقدام به خودارضایی می‌کند. هرچند پس از ارگاسم شخص طناب را از گردن خود در می‌آورد، اما حدس زده می‌شود که سالانه بین ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر در ایالات متحده تصادفاً با خفگی خودارضایی از بین می‌روند. چنین روش‌های مازوخیستی اغلب با اختلالات روانی شدید مثل اسکیزوفرنی^۲ و مانیک-دپرسیو^۳ مربوط است (همان منبع). این اختلال را باید از خودارضایی وسواسی^۴ تفکیک نمود. اکثر افرادی که دست به اقدام فوق می‌زنند، مرد هستند. مبدل‌پوشی جنسی^۵ اغلب با این عادت ارتباط دارد و اکثریت آنهایی که اقدام به این حالت کرده و منجر به مرگ شده، در قشر نوجوانان بوده است.

1- autoerotic asphyxiation

2- schizophrenia

3- manic depressive

4 -compulsive masturbation

5 -transvestism

درمان اختلالات عملکرد
جنسی

فصل سوم

مقدمه

ساندرز^۱ (۱۹۸۵، ۱۹۸۷) بر این عقیده است که حدود یک پنجم تا یک سوم جمعیت کلی زمانی از اختلالات عملکرد جنسی یا عدم رضایت جنسی شاکی هستند.

بسیاری از پزشکان از مقیاس مسأله بی‌خبرند و خدمات روانی - اجتماعی در پاسخ به آگاهی فزاینده موارد ارجاع به متخصصین، به‌ویژه متخصصین مجاری ادرار، بیماری‌های زنان و روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی به‌وجود آمده‌اند. با این وجود، هنوز بسیاری از بیماران به خدمات مراقبت ثانوی دست نمی‌یابند و به‌جای آن از منابع خودیاری یا محدود ماندن در حیطه‌ی خدمات پزشکی عمومی یا تنظیم خانواده استفاده می‌کنند. این رویکردهای متفاوت، که ذاتاً بخشی از کار متخصصین است، تفرقه‌انگیز است. در حالی که رویکرد بسیار نادر چند رشته‌ای نتیجه‌ای کل‌گرا به دست می‌دهد که هیچ بخشی از تأثیر متقابل عوامل ناشی از اختلال عملکرد جنسی را از نظر دور نمی‌دارد.

از شایع‌ترین مسائل و مشکلات جنسی که گزارش شده است می‌توان به فقدان انگیزه جنسی و اختلالات نعوظی اشاره کرد که با پیشرفت سن به‌طور بارز افزایش می‌یابد: ۰/۸ درصد در ۳۰ سالگی، ۶/۷ درصد در ۵۰ سالگی و ۵۵ درصد در ۷۴ سالگی) اما در ارتباط با میزان شیوع خاص سایر اختلالات عملکرد جنسی اطلاعات کمتری در دست است. وقوع انزال زودرس حداقل در ۲۰ درصد مردان متأهل، و اختلال ارگاسم در ضمن مقاربت در ۴۲ درصد زنان گزارش شده است. حدود ۳۸ درصد زنان در جریان فعالیت جنسی احساس اضطراب و مهار شدن می‌کنند و ۱۶ درصد از فقدان احساس لذت شاکی هستند (راسن^۲، ۱۹۹۳، به‌نقل از رایت، ۱۳۸۱).

1- Saunders

2- Rosen

تا قبل از ۱۹۷۰، روان‌درمانی انفرادی، رایج‌ترین روش درمان در اختلالات عملکرد جنسی محسوب می‌شد. نظریه‌ی روانکاوی کلاسیک ریشه‌های بی‌کفایتی جنسی را در تعارض‌های اوایل دوران رشد می‌جوید، و در چنین مواردی با اختلال جنسی به عنوان جزیی از یک اختلال وسیع‌تر مدارا می‌نماید. درمان متمرکز بر کاوش تعارض‌های ناخودآگاه، انگیزه‌ها، تصورات و روابط اجتماعی مختلف است. یکی از فرض‌های درمان این است که رفع تعارض به انگیزه جنسی امکان خواهد داد تا از نظر ترکیبی به صورت قابل پذیرش برای ایگو در آمده و در نتیجه راه‌های مناسبی برای ارضا در محیط پیدا کند.

مراحل سکس‌تراپی^۱

در تدارک سکس‌تراپی اصولاً سه مرحله وجود دارد: ارجاع، ارزیابی و درمان. **ارجاع:** ملاقات با یک پزشک عمومی احتمال دارد یک مسأله‌ی اتفاقی، بدون منظور یا پنهانی باشد، شناسایی ممکن است مشکل باشد. چون با توجه به محدودیت زمانی برای هر پزشک عمومی معمولی برای گوش دادن بیشتر، اطمینان‌بخشی غیر داورانه و احتمالاً مشاوره زمان بیشتری لازم است. روش‌های رفتاری ساده در درمان اختلالات عملکرد جنسی به‌ندرت وراء توانایی‌های اکثر پزشکان است. معهدا، فقدان آموزش بنیادی باعث می‌شود بسیاری از آنها برای ارائه اندرز سراسرست و منطقی احساس ناتوانی کنند. ارجاع غالباً روی می‌دهد، علی‌رغم این واقعیت که مراقبت اولیه نقطه‌ی نخست تماس برای خیلی از مراجعین باقی خواهد ماند و درمان موفقیت آمیز را می‌توان در جامعه به عمل آورد. **ارزیابی:** این مرحله خود از اجزاء مختلفی تشکیل شده است:

الف- ارزیابی: اخذ شرح حال از طرفین، توأماً و به‌تنهایی. پرسش در برخی از زمینه‌ها را باید مدنظر داشت مانند آسیب‌های جسمی (به‌ویژه دیابت، فشار خون بالا، اختلالات عصبی مخصوصاً MS و اختلالات غددی)، بیماری‌های انتقالی از راه تناسلی، مصرف الکل و داروهای غیرمجاز، ناتوانی‌های جسمی، به‌شکل‌های تناسلی، ناهماهنگی‌های زناشویی و مشکلات ارتباطی، مسائل مربوط به فشار روانی در سایر زمینه‌های زندگی بیمار مانند نگرانی‌های مالی، اختلال توأم روانی به‌ویژه اضطراب، افسردگی و روان‌پویشی‌ها و بالاخره رجحان‌های جنسی.

ب- معاینه جسمی: همراه با اطمینان بخشی.

1- sex therapy

ج- آموزش: برای ایجاد زمینه‌ی مشترک برای بحث فیزیولوژی و تشریح کارکردی ساده را توضیح دهید. امکان بیان آزاد زبان را فراهم کرده و زمینه‌های سردرگمی را روشن کنید.

د- غربالگری: بررسی معمول هماتولوژیک و بیوشیمیایی و در صورت لزوم بررسی‌های هورمونی.

درمان: سکس‌تراپی گزینه‌های درمانی خود را از چندین زمینه‌ی روان‌شناختی و فیزیکی علم طب اخذ کرده است. روش‌های مختلفی که به کار گرفته می‌شوند عبارتند از:

مشاوره با یا بدون برنامه‌های درمانی.

شناخت‌درمانی^۱.

روش‌های روان‌پویشی.

هیپنوتیزم^۲ درمانی.

زوج درمانی سیستمیک^۳

دارو درمانی کلی.

ترکیب روش‌های روان‌پویشی و رفتاری.

کمک‌های مکانیکی جنسی، مانند ویبراتورها، گشاد کننده و پمپ‌های مکندگی احتقان‌آور با حلقه‌ی محدود کننده‌ی احلیل.

درمان دارویی موضعی.

جراحی عروق برای اصلاح نشت وریدی و ترمیم عروقی پروگزیمال برای آرتریواسکلوزیس.

امپلنت‌های پروتز آل‌ت مردانه (رایت و همکاران، ۱۳۸۱).

درمان رفتاری- شناختی

تکالیف خانگی^۴، آموزش و پیگیری بخش غیرقابل تفکیک درمان رفتاری- شناختی می‌باشد.

مؤلفه‌های درمان رفتاری- شناختی اختلالات جنسی عبارتند از:

الف- دانش و آگاهی: ارائه‌ی اطلاعات مناسب به بیماران و گسترش دانش مراجعان که می‌تواند به

ارتباط بهتر زوجین و تغییر نگرش‌های آنها کمک کند شامل موارد زیر یا دیگر جنبه‌های ضروری باشد.

1 -cognitive therapy

2- hypnotherapy

3 -systemic marital therapy

4- homework assignment

مانند، فیزیولوژی و آناتومی اندام‌های تناسلی، چرخه‌ی پاسخ جنسی، تفاوت‌های دوجنسی در مسائل جنسی، تأثیر داروها و

ب- آموزش آرامش عضلانی: آرامش عضلانی می‌تواند هم به صورت مستقل و هم به صورت مکمل در برنامه‌های درمانی به کار گرفته شود. در واقع در این روش، براساس آموزش، مراجع تلاش می‌کند انقباض‌های عضلانی را خنثی کند یا کاهش دهد. پیامد این عمل می‌تواند شامل کند شدن ضربان قلب، کاهش فشار خون، منظم شدن تنفس و احساس آرامش و کاهش اضطراب باشد. میزان موفقیت در آرامش عضلانی، بدون وجود تکالیف خانگی بسیار کاهش می‌یابد.

ج- آموزش خیال پردازی: اگر پیش از آموزش خیال پردازی، آرامش عضلانی آموخته شود موفقیت بیشتر می‌شود، با توجه به اینکه رفتارهای جنسی با خیال پردازی‌ها گره خورده، برخی مواقع نیازمندیم چنین فعالیت‌هایی را به مراجعان آموزش دهیم. بهتر است از تصویرسازی‌های غیرجنسی و ساده و با محتوای غیرهیجانی یا هیجانی محدود آغاز و به سمت تصویرسازی‌های پیچیده پیش رفت.

د- بهبود ارتباط زوجین: این عامل به دو صورت کلی و خاص صورت می‌گیرد. تلاش اساسی چنین درمانی گسترش تعامل‌های مثبت و کاهش تعامل‌های منفی است.

ه- بازسازی شناختی: شناخت درمان‌گران بر این عقیده‌اند که افکار و شناخت‌ها نقش مهمی در رفتار آدمی بازی می‌کنند. گاهی مراجعین دارای مشکلات جنسی، افکار و باورهای غیرمأنوس یا تخیلات خاص در مورد لذت‌های جنسی دارند که می‌تواند باعث افزایش اضطراب عملکرد جنسی شود. نگرش‌های سازش نایافته و خودگویی‌های منفی باید دستخوش مداخله شوند (شعیری و همکاران، ۱۳۸۶).

رفتار درمانی^۱ بر اساس رویکرد رفتارگرایی

رفتار درمان‌گرها بر این عقیده‌اند که اختلالات عملکرد جنسی یک رفتار آموخته شده‌ی غیرانطباقی است. روش‌های رفتار درمانی ابتدا برای درمان انواع هراس‌ها^۲ طرح‌ریزی شده. در موارد اختلالات عملکرد جنسی، با استفاده از روش‌های سنتی، درمان‌گر سلسله مراتبی از موقعیت‌های اضطراب‌انگیز را ترتیب می‌دهد، که از کم‌خطرترین حالت تا تهدید کننده‌ترین موقعیت ردیف شده‌اند.

1- behavior therapy

2- phobias

رفتار درمان‌گر به مراجع کمک می‌کند تا از طریق یک برنامه‌ی استاندارد حساسیت‌زدایی^۱ تدریجی بر اضطرابش تسلط یابد. این برنامه برای مهار پاسخ اضطرابی آموخته‌شده، طرح‌ریزی شده است، که از طریق تشویق رفتارهای متناقض اضطراب انجام می‌شود. بیمار نخست در ذهن خود با موقعیت اضطراب انگیز خفیف مدارا کرده و به تدریج به سوی اضطراب‌انگیزترین موقعیت پیش می‌رود. در مراحل اولیه برای کاهش و تسلط بیمار بر اضطراب از دارو، هیپنوتیزم و آموزش آرامش عضلانی می‌توان استفاده کرد. آموزش قاطعیت^۲ و ابراز وجود نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد و در کمک به بیمار برای ابراز آشکار نیاز جنسی خود بدون ترس، وسیله‌ی مفیدی است. در این روش و تمرینات مربوط به آن بیمار تشویق می‌شود هم خواست‌های جنسی خود را بیان کند و هم در مقابل خواست‌های غیرمنطقی مقاومت کند. یکی از انواع درمان، شرکت همسر بیمار در برنامه‌ی رفع حساسیت را نیز شامل می‌شود و به‌جای درمان‌گر، همسر بیمار اجزاء سلسله مراتب را تنظیم می‌کند. در چنین مواردی، همسر همکاری‌کننده‌ای لازم است تا دست‌آوردهای بیمار را در ضمن جلسات آموزش و درمان به فعالیت‌های جنسی منزل منتقل کند (کاپلان و همکاران، ۱۳۷۱).

تکنیک‌های رفتاری: هدف از رویکرد تمرکز حسی، کاهش اضطراب و بهتر کردن روابط غیرکلامی، لمسی بین زوج است. اساساً این روش عبارت از یک رشته تکالیف خانگی است که برای کمک به زوج برای احساس راحتی بیشتر در تماس جسمی و نزدیکی طرح‌ریزی شده‌اند. همه‌ی تکنیک‌های رفتاری و تمرینات به شکل خصوصی، و بدون حضور درمان‌گر انجام می‌شود.

تکنیک‌های تمرکز حسی نوع اول و تمرکز حسی نوع دوم اولین بار توسط ماسترز و جانسون ابداع گردید. در این تکنیک‌ها زوجین برای مدتی دست از مقاربت و ارگاسم کشیده و فقط به دیدن بدن یکدیگر عادت می‌کنند. یادگیری این مهارت‌های ساده عامل اساسی در درمان خیلی از اختلالات کارکرد جنسی می‌باشد. درمان‌گران جنسی اصولاً در سومین روز روان‌درمانی، بعد از اینکه مسایل و مشکلات زوجین به بحث گذاشته شد، اجرای تمرکز حسی نوع اول را پیشنهاد می‌کنند. مواردی وجود دارد که اختلال عملکرد، ذاتی بوده و با نیازهای دینامیک هر بیمار باید به‌صورت خاص خود بررسی شود و در کاربرد لذت از طریق حس باید به این مسأله توجه ویژه نمود. مثلاً برای هر زوج که از واژینیسم، یا انزال زودرس و یا اختلال عدم ارگاسم در زن شکایت دارند کاربرد لذت از طریق حس متداول نیست. چون

1- systematic

2- assertiveness

ممکن است از نظر تمرکز لمسی نوع اول خوب بوده و شروع تمرینات از تمرکز حسی نوع دوم ضروری باشد.

در مبتلایان به اختلال نعوظ، زنان سرد مزاج و اختلال‌های ارگاسم معمولاً از لذت‌بخشی از طریق تمرکز حسی نوع اول استفاده می‌شود. برای بعضی از مبتلایان به اختلال ناتوانی جنسی^۱ نباید تمرکز نوع اول را پیشنهاد کرد، چرا که خود این روش ندرتاً ممکن است باعث بروز اضطراب در فرد شود. اگرچه مکانیسم اثر تمرکز حسی نوع اول چندان روشن نیست ولی در بیشتر موارد لذت بردن، تنش‌های موجود در روابط بین فردی را کمتر می‌کند. بنابراین تمرکز حسی نوع اول یک تجربه‌ی یادگیری پاسخ لذت‌بخش است که اضطراب جنسی را کاهش می‌دهد و فرد را تشویق می‌کند تا ترس ناشی از ناکامی را از بین ببرد.

نحوه‌ی عمل تمرکز حسی نوع اول

قبل از هرچیز به زوجین یاد داده می‌شود که برای مدتی از نزدیکی^۲ و ارگاسم پرهیز کنند و در ضمن سؤال نمود که در این مورد چه احساساتی دارند؟ سپس به زوجها آموزش داده می‌شود امشب بعد از شام لخت شده و بدون هیچ پوششی برای مدتی به یکدیگر نگاه کنند و بعد از آن شروع به نوازش یکدیگر کرده و در این مرحله، شوهر شروع کننده باشد. برای شروع تمرکز حسی نوع اول زنان معمولاً به آرمیدگی^۳ بیشتر نیاز دارند و به علت اینکه تاکنون به‌صورت یک مسأله تحمیلی با او رفتار شده این نیاز بیشتر در آنان احساس می‌شود.

صورت مرد رو به پایین^۴: در این روش پس از لخت شدن و نوازش‌های اولیه مرد رو به شکم خوابیده و زن به آرامی شروع به نوازش مرد کرده و این نوازش از پشت سر، گوش‌ها و گردن شروع و به آرامی به طرف پشت رفته و به تدریج به دو طرف پهلوی و سپس به طرف باسن و پس از آن به طرف داخل ران و به طرف ساق پا و خود پاها ادامه یابد و مرد به عنوان دریافت کننده‌ی نوازش‌های حسی سعی کند احساسات خود را تمرکز داده و در این احساسات باقی بماند و در مقابل نوازش‌های زن مرتب

1- impotence

2- intercourse

3- relaxation

4- man face down

بازخورد^۱ بدهد و اگر لذت خوبی نمی‌برد و یا زن سریع اقدام به ماساژ نموده یا بالعکس آهسته عمل می‌کند باید به زن توضیح داده و احساسات مثبت خود را نیز بیان کند و یا به صورت عملی نشان دهد. در تمرکز حسی نوع اول از زوجین خواسته می‌شود از لمس کردن اندام‌های جنسی یکدیگر خودداری نموده و از لمس سینه‌های زن توسط مرد نیز پرهیز گردد.

صورت مرد رو به بالا^۲: در این روش به زن آموزش داده می‌شود زمانی که نوازش‌ها از پشت خاتمه یافت شوهر برعکس گردیده و به صورت طاقباز قرار گرفته و نوازش‌ها از جلو شروع می‌شود و مجدداً با لمس سر و صورت و گردن آغاز نموده همراه با احساس کسب لذت و حساسیت مرد از نوازش‌های همسر لمس خود را به طرف قفسه‌ی سینه و شکم و پهلوها و ران‌ها و ساق پا و خود پا نوازش را ادامه داده و تا آنجا که مقدور است به اندازه‌ی کافی این نوازش‌ها ادامه یابد. در این روش نباید به آلت تناسلی نزدیک شد.

در روش یاد شده، مرد نیز روش‌های «صورت زن رو به پایین^۳» و «صورت زن رو به بالا^۴» را در مورد زن خود انجام داده و توجه کنند که در زنان از لمس و تماس با نوک سینه‌ها، کلیتوریس و واژن به طور جدی خودداری شود. سپس به زوجین گفته می‌شود که در طی هفته‌ی آینده یکی از طرفین وقتی احساس آمادگی نمود از طرف دیگر برای انجام این تکالیف خانگی دعوت نماید. جلسات تمرکز حسی نوع اول معمولاً بین ۱۰ دقیقه تا نیم ساعت ادامه خواهد داشت. در این مرحله هدف تحریک جنسی نیست، ولی اگر یکی از طرفین تحریک شد یعنی به نحوی پا فراتر از توافق درمانی گذاشته نباید از حد خودارضایی آن‌هم در تنهایی پیشرفت بیشتری نمایند.

تمرینات یاد شده در تمرکز حسی نوع اول معمولاً ۲ تا ۳ بار در هر هفته و یا بیشتر و در کل شاید به مدت ۲ تا ۳ هفته به طول انجامد تا همسران بتوانند مهارت لازم را در اجرای تمرینات کسب کنند.

1- feedback

2- man fac up

3- Woman face down

4- woman face up

نحوه‌ی عمل تمرکز حسی نوع دوم

پس از اینکه تمرکز حسی نوع اول تمام شد، مرحله‌ی تمرکز حسی نوع دوم شروع می‌شود. اما در برخی از نمونه‌ها برحسب مورد ممکن است با این مرحله سکس‌تراپی شروع شود و آن موقعی است که زوجین خود تجارب موفقیت‌آمیز قبلی از مرحله تمرکز حسی نوع اول دارند.

تمرکز حسی نوع دوم اشاره دارد به ژنیتالیا (دستگاه تناسلی) و آموزش و امتحان تحریک اندام‌های تناسلی و ایجاد انگیزتگی اما نه ارگاسم. در ابتدای کار درمان‌گر جنسی خطاب به زوجین می‌گوید که «من می‌خواهم لذت بردن و لذت دادن به یکدیگر را از طریق اندام‌های جنسی تجربه نمایید. همانطور که در نوازش کلی بدن شما احتیاج به برانگیختگی شریک جنسی خود داشتید».

توصیه‌ی درمان‌گر به زن: در ابتدای کار به آرامی با آلت تناسلی شوهر بازی نموده و این بازی به نوک، ساقه آلت و بیضه‌ها برای مدت کوتاهی ادامه یافته و در این میان هر از گاهی به نوازش ناحیه‌ی شکم و ران‌های مرد نیز پرداخته و این لمس دوباره به آلت تناسلی برگشته و لمس ناحیه آلت را با دست و گاه با دهان (در صورت توافق زوجین) ادامه دهید (احساس زن نسبت به سکس دهانی^۱ چیست). و گاهی سکس دهانی باعث افزایش هیجان شده یا برعکس ممکن است از انجام دادن آن اجتناب کنند. به هر حال سکس دهانی یک بده و بستان تحریکی است و باید با توافق طرفین انجام گیرد.

در ادامه تمرینات درمان‌گر جنسی پیشنهاد می‌کند تحریک ریتیمیک آلت تناسلی مرد ادامه یافته ولی نباید به سمت ارگاسم و انزال هدایت شود و چنانچه یک ارگاسم در حال شکل‌گیری است بلافاصله این تمرین و بازی جنسی را به طرف دیگر نقاط بدن مرد هدایت نمایند. زنان در این مرحله نباید نگران بلندی آلت همسر باشند بلکه به سوی لمس سایر نقاط بدن رفته که این مسأله تا حدودی از بروز و شروع ارگاسم پیشگیری می‌کند.

توصیه‌ی درمان‌گر به مرد: ضمن اینکه به نوازش زن خود مشغول هستید از احساسات موجود لذت ببرید و تحریک ژنیتالای همسر را آغاز کنید و از شما می‌خواهم تا با تمام بدن زن بازی کنید و زمانی که همسرتان را آماده یافتید و خود این را بیان نمود. به سراغ سینه‌های او بروید. در اینجا دو نکته حائز اهمیت است: ۱- تمرکز ۲- باقی ماندن در احساسات موجود و عجله نکردن در رفتن به سراغ نقاط حساس. با سینه‌های زن به آرامی بازی کنید و این عمل را با بوئیدن و مکیدن سینه ادامه دهید و به

1- oral genitalia sex

آرامی به طرف ژنیتالیا رفته و اطراف آلت زنانه را تحریک نموده ولی مستقیماً به کلیتوریس دست نزید و لمس را به طرف دهانه‌ی واژن برده ولی انگشت خود را در دهانه‌ی واژن وارد نکنید چون احساس خوبی برای خانم‌ها ایجاد نمی‌کند. سپس به طرف کلیتوریس رفته ابتدا به پشت کلیتوریس دست زده و به آرامی و ملایمت نوازش نمایید. زن به مرد به‌طور مرتب بازخورد^۱ می‌دهد و مرد در تمام این مسیر از بازخوردهای همسر می‌آموزد که در چه مرحله‌ای بیشتر باقی بماند که احساس لذت را کامل‌تر نماید. در این موارد چون مرد بلندی آلت داشته پاسخ لذت در مرد دیده می‌شود ولی پاسخ زن درونی است و دیده نمی‌شود. زن باید تمام مراحل لذت را بیان کند و به زن توضیح داده می‌شود که به مرد اجازه دهد بداند دقیقاً احساس خوب شما کجاست و زن ملزم به گفتن مکان‌های لذت‌بخش خود می‌باشد و از حرکات ریتمیک تحریکاتی و یا مالشی که زن را به طرف پاسخ ارگاسمی هدایت می‌کند خودداری نمایید. مقادیر زیادی از لذت‌ها در همین لمس‌ها و برانگیختگی‌هاست و مرد نباید مجبور باشد که لذت را فقط از طریق ارگاسم به همسرش بدهد و در طی این عملیات همسران مجاز خواهند بود از وضعیت‌های جنسی مختلف استفاده کنند.

در هر یک از تمرک‌های حسی نوع اول و دوم احتمال برخی پاسخ‌ها و واکنش‌های منفی وجود دارد که باید حل شود و از بین برود. اگر چنانچه واکنش‌های منفی به طور نسبی خفیف و به صورت تکرار ساده تجارب طولانی باشد با یک تعبیر و حمایت و بحث اطمینان بخش به اندازه کافی بهبود می‌یابد و در سایر موارد نیاز به مداخلات روان‌شناختی خاص می‌باشد.

دستورالعمل‌های موجود در تمرک‌های حسی نوع اول و دوم باید به طور دقیق باشد و درمان‌گر اطمینان حاصل کند که زوجین قبل از خاتمه‌ی جلسات دستورالعمل را به طور کامل یادداشت نموده و یا به‌خوبی متوجه شده‌اند. وقتی که دستورالعمل‌های جدید توسط درمان‌گر صادر می‌شود باید نظر زوجین را در این مورد پرسید و در صورت پیش‌بینی مشکلات احتمالی به حل آنها پرداخت. همچنین زوجین باید یاد بگیرند که هدف این دو آموزش حسی رسیدن به ارگاسم نمی‌باشد ولی رسیدن به ارگاسم از نظر برخی از مؤلفین نیز آزاد است ولی بیشتر هدف حسی در نظر گرفته می‌شود تا هدف جنسی (آذر و همکاران، ۱۳۸۲).

سکس تراپی مبتنی بر روانکاوی^۱

از مؤثرترین روش‌های درمانی ترکیب سکس‌تراپی با روان‌درمانی مبتنی بر روانکاوی می‌باشد. سکس‌تراپی در دوره‌ای طولانی‌تر از معمول و با جلسات تکمیلی، مجالی برای آموزش و بازآموزی امتناع جنسی^۲ در متن حقایق^۳ زندگی روزمره بیمار فراهم می‌سازد. افزودن مفاهیم روان‌پویشی به روش‌های رفتاری به‌منظور درمان اختلالات عملکرد جنسی، امکان می‌دهد بیمارانی که علاوه بر مسائل جنسی از سایر انواع آسیب شناختی روانی هم در رنجند مورد مداوا قرار گیرند.

مسائل و انگیزه‌هایی که در سکس‌تراپی مبتنی بر روانکاوی زوج مورد بحث قرار می‌گیرد همان‌ها است که در روان‌درمانی تحلیلی پیش می‌آید: رؤیاهای^۴ ترس از تنبیه شدن^۵، احساسات پرخاشگری، مشکل اعتماد به شریک جنسی، ترس از صمیمیت و نزدیکی، احساسات ادیپال^۶ و ترس از قطع آلت تناسلی^۷، و نظایر آن.

عوامل برانگیزاننده و مشکلات هیجانی همان‌هایی است که روان‌پزشک در کار روزمره خود می‌بیند. روان‌پزشکان برای ترکیب روش‌های جدید سکس‌تراپی با کار روزمره روان‌پزشکی در موقعیت بالاتری قرار دارند. این عمل دوام مادی تاریخ روان‌پزشکی است، که در سیر خود روش‌های خاص را در مجموعه ابزار درمانی خود جذب کرده است، از روانکاوی کلاسیک گرفته تا مصرف داروها، روش‌های گروه‌درمانی، و روش‌های رفتاری و هدایت‌کننده. روش مرکب سکس‌تراپی تحلیلی را روان‌پزشک عمومی می‌تواند مورد استفاده قرار دهد و در ضمن آن باید دقیقاً زمان مناسب برای معرفی سکس‌تراپی را مشخص نموده و ظرفیت بیمار را برای تحمل روش هدایتی متمرکز بر مسائل جنسی بسنجد.

1- analytically oriented sex therapy

2- learning or relearning of sexual satisfaction

3- realities

4- dreams

5- oedipal feelinhs

6- oedipal feelings

7- fear of genital mutilation

درمان زیست‌شناختی^۱

درمان‌های زیست‌شناختی در مواردی محدود به کار گرفته می‌شوند، اما به این روش‌ها توجه زیادی شده است. برای درمان حساسیت‌زدایی از متوهگزیتال وریدی^۲ استفاده شده است. داروهای ضد اضطرابی هم در بیماران دچار تنش، تجویز شده است، هرچند خود این داروها نیز در پاسخ جنسی تداخل ایجاد می‌کنند. گاهی از عوارض جانبی داروهای نظیر تیوریدازین، SSRI و داروهای سه‌حلقه‌ای برای طولانی کردن پاسخ جنسی در حالاتی نظیر انزال زودرس، استفاده می‌شود. کاربرد سه‌حلقه‌ای‌ها نیز در درمان بیماری‌هایی که از مسائل جنسی هراس دارند، طرفدارانی دارد. رویکردهای دارویی نیز برای درمان هر اختلال روانی زمینه‌ای^۳ که ممکن است در اختلال عملکرد جنسی نقش داشته باشند، به کار می‌روند. به عنوان مثال بیماری‌هایی که به علت افسردگی، کارکرد جنسی‌شان مختل شده است، پس از آن که افسردگی آنها تحت درمان دارویی بهبود یافت، کارکرد جنسی‌شان هم بهتر می‌شود.

داروهای اختصاصی در درمان اختلالات عملکرد جنسی موفقیت‌آمیز نبوده‌اند. تستوسترون که بر میل جنسی تأثیر می‌گذارد، برای بیماری‌هایی مفید است که پایین بودن سطح تستوسترون آنها مشخص شده باشد. با وجود این در زن‌ها، تستوسترون منجر به بروز ویژگی‌های مردانه، مثل خشونت صدا، بزرگ شدن کلیتوریس و پرمویی^۴ می‌شود، که تمامی آنها با قطع دارو برگشت‌پذیر نیستند. تجویز تستوسترون در موارد نیاز به دوام باروری، ممنوع است. موادی نظیر پودر شاخ کرگدن، که در آسیا به گمان داشتن خواص محرک مورد استفاده قرار می‌گیرد، فقط از طریق تلقین‌های فرهنگی خاص مؤثر واقع می‌شود. گزارش‌های موردی حاکی از آن است که سیپروهپتادین^۵ و امانتادین^۶ می‌توانند اختلال ارگاسم در زنان و اختلال ارگاسم در مردانی که فلوئوکستین مصرف می‌کنند، را از بین ببرد. گزارش شده است که کلومی‌پرامین هم می‌تواند سبب ارگاسم‌های خود به‌خودی شود و هم در زن‌ها ارگاسم را مهار کند. هیچ دارویی که محرک تمایلات جنسی باشد، شناخته نشده است. اگرچه مطالعات اخیر نشان داده است که

1- biological treatments

2- Methohexital (Bre vital)

3- Underlying Mental Disorder (U.M.D)

4- Hirsutism

5- Cyproheptadine

6- Amantadine

واکنش نعوظی مردان با مصرف یوهیمبین^۱ یا آمفتامین ها بهبود می یابد، ولی در مورد این یافته ها اختلاف نظر وجود دارد. همچنین در مورد مصرف استنشاقی هورمون آزادکننده ی گنادوتروپین هم اختلاف نظرهای زیادی وجود دارد.

روش های جراحی طرفداران کمتری دارد. در مورد مردانی که واکنش نعوظی ناکافی دارند و نسبت به سایر روش های درمانی مقاوم بوده اند، یا از نظر منشاء عضوی کمبود دارند، روش جای دادن یک عضو مصنوعی در داخل آلت مردانه به نام پروتز آلت^۲، با عمل جراحی به کار گرفته شده است. مردانی که پروتز آلت برای آنها تعبیه شده است، عموماً از عملکرد جنسی بعدی خود اظهار رضایت کرده اند. با وجود این، همسران چنین مردانی اظهار رضایت کمتری کرده اند. بعضی از جراحان، اسکولاریزه کردن آلت مردانه را به عنوان روش مستقیم درمان اختلال های نعوظی ناشی از علل عروقی مورد توجه قرار داده اند. گزارش های موفقیت آمیز دراز مدت با این روش ها اندک بوده است. چنانچه بیماری انسدادی آئورتوایلیاک^۳ باعث اختلال عملکرد نعوظی شود، اندرترکتومی^۴ می تواند مؤثر واقع شود.

روش های جراحی در موارد اختلال عملکرد جنسی زنان که در زیر آمده است، به کار می رود: برداشتن پرده ی بکارت^۵ در مورد مقاربت دردناک در ازدواج های به وصال نرسیده، واژینوپلاستی^۶ در زنان چندزایی که از کاهش حساسیت واژن شاکی هستند و آزاد سازی چسبندگی های کلیتوریس در زنان دچار اختلال انگیختگی جنسی.

روش های مذکور به خوبی مورد مطالعه و بررسی قرار نگرفته اند و باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

گروه درمانی^۷

گروه برای درمان اختلالات جنسی را به چند طریق می توان ترتیب داد. اعضاء گروه ممکن است همگی مسأله مشابهی داشته باشند مانند انزال زودرس و نیز اعضاء ممکن است از یک جنس اما با

1- Yohimbine (Yocon)

2- Penil Prothesis

3- aortoiliac occlusire disease

4-endarherectomy

5- haymenectomy

6- Vaginoplasty

7 -group therapy

مسائل متفاوت باشند، یا از دو جنس ترکیب یافته و مسائل متفاوت جنسی داشته باشند. گروه‌ها ممکن است متکی بر روش‌های روان‌پویشی باشند، روش‌های رفتاری را به کار گیرند، یا به طور عمده آموزشی باشند. ممکن است به عنوان کمک به سایر روش‌های درمانی و یا به عنوان روش درمانی اساسی مورد استفاده قرار بگیرند. در گروه‌هایی که برای درمان یک اختلال عملکردی مشخص تشکیل یافته‌اند معمولاً از روش‌های رفتاری استفاده می‌شود. مثلاً بیمارانی که از فقدان ارگاسم رنج می‌برند ممکن است با افراد دیگری که به همان اختلال مبتلا هستند، در یک گروه درمانی کوتاه‌مدت و فشرده شرکت کنند. گروه‌ها همچنین با ترکیب از زوج‌های مبتلا به اختلالات عملکرد جنسی نیز مؤثر بوده‌اند. گروه فرصتی برای کسب اطلاعات درست، تشخیص مقبولیت انتخاب‌های فردی، و تقویت عزت‌نفس^۱ و پذیرفتن خویشتن^۲ برای فرد فراهم می‌کند.

گروه‌های متکی بر روش‌های تحلیلی نیازمند صرف وقت بیشتری از جانب بیماران بوده، و کمتر روی اختلال عملکرد جنسی خاص تأکید دارد تا گروه‌های متکی بر روش‌های رفتاری. گروه درمانی برای بیماری که در مورد یک مشکل جنسی خاص، احساس شرم، اضطراب یا گناه می‌کند، یک نظام حمایتی قوی فراهم می‌سازد. برخی از فنون مانند ایفای نقش^۳ و نقش‌گزاری روانی^۴ احتمال دارد در درمان به کار گرفته شوند (کاپلان و همکاران، ۱۳۷۱).

هیپنوتیزم درمانی^۵

درمانگرانی که از هیپنوتیزم استفاده می‌کنند، اختصاصاً توجه را روی علت اضطراب برانگیز، یعنی اختلال عملکرد جنسی خاص متمرکز می‌کنند. استفاده‌ی موفقیت‌آمیز هیپنوتیزم بیمار را قادر می‌سازد تا به علامتی که عزت‌نفس او را پایین آورده و تعادل روانی^۶ او را بر هم زده است تسلط پیدا کند. ابتدا همکاری بیمار جلب و در ضمن چند جلسه بدون هیپنوتیزم روابط با درمانگر تشویق و تحکیم می‌شود. این ملاقات‌ها سبب می‌شود که رابطه‌ی مناسب درمانگر- بیمار برقرار شده، احساس آرامش جسمی و

1- self-esteem

2- self-acceptance

3- role playing

4- pasychodeama

5- hypnotleray

6- Psychological homeostasis

روانی در بیمار پیدا شود، و هدف‌های درمانی مطلوب طرفین مشخص شود. ضمن این دوره، درمانگر ظرفیت بیمار را برای تجربه حالات جذبه^۱ هیپنوتیزم ارزیابی می‌کند. در این جلسات درمانگر در عین حال فرصتی پیدا می‌کند که معاینه‌ی روانی کاملی به عمل آورده و سابقه‌ی مفصلی قبل از شروع هیپنوتیزم درمانی اخذ کند. تمرکز درمان بر رفع علامت و تغییر دادن نظر بیمار است. به بیمار یاد داده می‌شود که با موقعیت اضطراب‌انگیز^۲ (یعنی رابطه‌ی جنسی)، به طرق مختلف مدارا کند. ضمناً روش‌های آرام‌سازی نیز به او آموخته می‌شود که پیش از برقراری رابطه‌ی جنسی به تمرین آنها پردازد. با اعمال این روش‌ها، اضطراب کمتر می‌شود و پاسخ‌های فیزیولوژیک تحریک جنسی به آسانی موجب تحریک لذت بخش و تخلیه‌ی هیجانی می‌شود. موانع روان‌شناختی لیز شدن واژن، نعوظ و ارگاسم برطرف می‌گردد و کارکرد جنسی طبیعی برقرار می‌شود.

سکس‌تراپی زوج^۳

پایه‌ی نظری روش سکس‌تراپی زوج یا درمان دوجنسیتی بر مفهوم واحد زناشویی یا زوج به عنوان موضوع درمان متکی است. این روش درمانی و پیشرفت‌های بارز در ارتباط با تشخیص و درمان اختلالات جنسی، مرهون کارهای ماسترز و جانسون می‌باشد.

در سکس‌تراپی زوج، درمان مبتنی بر این مفهوم است که وقتی در یک رابطه، یکی از طرفین دچار اختلالات عملکرد جنسی می‌شود، هر دو طرف باید تحت درمان قرار گیرند و در برنامه‌های درمان حضور داشته باشند.

مشکل جنسی معمولاً انعکاسی از سایر ناهماهنگی‌ها و سوءتفاهمات در روابط زناشویی است. کل روابط زناشویی در این روش مورد معامله قرار می‌گیرد، و با اختلال جنسی به عنوان جزیی از این روابط مدارا می‌شود. وجوه روانی و فیزیولوژیک اعمال جنسی مورد بحث قرار گرفته، و جنبه آموزشی حفظ می‌شود. در مورد فعالیت جنسی خاص تذکرات لازم داده می‌شود که زوج در روابط جنسی خود در منزل این تذکرات را مورد استفاده قرار می‌دهند.

مبنای این برنامه جلسات میزگردی است که در آن، یک گروه درمانی مذکرو مؤنث، مشکلات زوج را تبیین و تشریح می‌کنند و روی آنها کار می‌کنند. این جلسات چهار جانبه، مستلزم مشارکت فعال بیماران

1- Tance

2- anxiety provoking situation

3- dual-sex therapy

است. درمانگران و بیماران، جنبه‌های روانشناختی و فیزیولوژیک کارکرد جنسی را مورد بحث قرار می‌دهند و درمانگران، نگرش آموزشی دارند. هدف درمان، برقراری یا برقراری مجدد ارتباط^۱ در درون واحد زناشویی است. سکس و رابطه‌ی جنسی، به عنوان کارکردی طبیعی مورد تأکید قرار می‌گیرد که در محیط مناسب خانگی شکوفا می‌شود و تا رسیدن به این هدف، روابط تشویق می‌شود. در نوعی از این درمان که مؤثر بوده است، یک درمانگر به درمان زوج می‌پردازد.

در این روش درمانی، درمان کوتاه مدت بوده و مبتنی بر روش‌های رفتاری^۲ می‌باشد. درمانگرها سعی می‌کنند موقعیت را به‌صورتی که می‌بینند منعکس سازند، تا اینکه دینامیک‌های مسئول را مورد بحث و تفسیر قرار دهند.

در سکس‌تراپی زوج تمرینات ویژه‌ای برای زوج داده می‌شود که آنها را در مسائل مربوط کمک کند. بی‌کفایتی جنسی معمولاً حاصل فقدان اطلاعات^۳، سوءتفاهمات، و ترس از انجام عمل^۴ است. به همین دلیل به زوج توصیه می‌شود که به رفتارهای جنسی به غیر از آنچه که به وسیله‌ی درمانگرها تجویز می‌شود نپردازند. تمرینات اولیه روی افزایش آگاهی حسی^۵ در مورد لمس، تماشاء، صدا و بو متمرکز است. در مراحل ابتدایی عمل نزدیکی منع شده و زوج روی دادن و گرفتن لذت جسمی، بدون احساس فشار برای انجام عمل، تأکید می‌کنند.

در هر جلسه از سکس‌تراپی زوج صدور دستورات خاص و معرفی تمرینات جدید با توجه به درجه پیشرفت زوج صورت می‌گیرد. به تدریج زوج اعتماد به نفس لازم را پیدا کرده و روش برقراری ارتباط را، چه کلامی و چه جنسی، می‌آموزد. سکس‌تراپی زوج وقتی که اختلال عملکرد جنسی بدون رابطه با سایر آسیب‌های روان‌شناختی بوده باشد می‌تواند مؤثرتر واقع شود (همان منبع).

روش معنا درمانی^۶

1- establish or reestablish

2- behaviorally oriented

3- lack of information

4- performance fecer

5- sensory awareness

6- logotherapy

در این روش درمانی که ریشه در نظریات ویکتور فرانکل دارد، برای درمان ناتوانی جنسی، دو روش «مقابله با میل افراطی» و «مقابله با توجه بیش از حد» به کار گرفته می‌شود. فرانکل در کتاب انسان در جستجوی معنی می‌گوید: «میل افراطی یا قصد قوی سبب می‌شود که آنچه می‌خواهیم تحقق پذیرد، محقق نشود. این قصد قوی که من آن را میل مفرط^۱ نامیده‌ام، به وضوح در اختلالات‌های جنسی دیده می‌شود. هرگاه مردی برای نشان دادن قدرت جنسی خویش با زنی برای رسیدن به اوج لذت جنسی بیش از اندازه تلاش نماید، در موارد کمتری به آن دست خواهد یافت. لذت باید در نتیجه آمیزش به دست آید و هدف رابطه‌ی جنسی نباشد، اما اگر به عنوان هدف در نظر گرفته شود، رسیدن به آن مشکل‌تر خواهد شد. علاوه بر قصد مفرط، توجه مفرط نیز ممکن است باعث پیدایی اختلال شود».

فنون و روش‌های درمان اختصاصی اختلالات عملکرد جنسی

اختلال کمبود میل جنسی

در درمان اختلال کمبود میل جنسی باید علت‌های زمینه‌ای آن برطرف شود؛ به کمک زوج درمانی^۲ می‌توان ارتباط میان شریک‌های جنسی را بهبود بخشید. در صورت وجود اختلال افسردگی، باید درمان صورت بگیرد. ممکن است احساس ترس یا گناه ناشی از تجارب نامطلوب جنسی در ابتدای زندگی به روان درمانی پاسخ دهد.

باید توجه داشت که با تجویز هورمون‌ها نمی‌توان کمبود میل جنسی را درمان کرد. راهبردهای درمانی در اختلال کمبود میل جنسی زنان شامل مراحل زیر است:

۱- تمرکز حسی نوع اول^۳

۲- تمرکز حسی نوع دوم^۴

-
- 1- hyper intension
 - 2- marital thrapy
 - 3- sensation focus
 - 4- Sensation focus II

۳- مقاربت به محض مطالبه^۱،

۴- مقاربت منجر به ارگاسم^۲.

در ارتباط با تمرکزهای حسی نوع اول و دوم قبلاً توضیحاتی داده شده است. در صورت موفقیت در مراحل یاد شده، درمان وارد مرحله‌ی بعدی (سوم) می‌گردد.

زمانی که زن پاسخ مثبت را به تمرین‌های تمرکز حسی نشان داده و گاهی مواقع در حین لمس ژنیتالیا و ایجاد برانگیختگی شدید از مراحل تمرکز ۲ به مرحله ۴ رسیده باشد، این تمرین به کار می‌رود. اشکال در مراحل درمانی به زوج گفته می‌شود، همدیگر را نوازش کنند تا زمانی که مرد یک بلندی آلت مناسب به دست آورد و زمانی که زن درجه‌ی خوبی از لوبریکاسیون (لیزی) را یافت در این موقعیت چنانچه زن پاسخ مناسبی به بلندی آلت مرد نداد زن باید در وضعیت قرار گیرد و با افزودن ژل‌های نرم‌کننده^۳ به آلت مرد به آهستگی آلت را به داخل واژن هدایت نماید و اجازه دهد این حالت برای مدت کوتاهی به صورت استراحت و بدون حرکت ادامه داشته باشد تا یک حالتی از آلت بلند شده مرد را در واژن احساس نماید. زن امکان دارد عضلات پوبوکوکسیژئوس^۴ را در مقابل آلت مرد منقبض کند و چندین بار این عمل را انجام دهد که به احساس داخل واژینال برسد و سپس شروع نماید به آرامی حرکات بالا و پایین تا آلت بلند شده شوهرش را با بازی کردن و وضعیت‌های مختلف احساس نماید و زن این حرکات را در جهات مختلف بر اساس احساس خود تنظیم می‌نماید، نه براساس احساس شوهر. در این مرحله به زن بیان می‌گردد که برای لحظاتی نگرانی خود را برای لذت بردن مطلق نگاه داشته و قادر باشد احساس‌های داخل واژینال خود را یاد بگیرد. اگر چنانچه زن در هنگام قرار گرفتن آلت همسر در واژن شدیداً برانگیخته شد بهتر است زوجین مدت کوتاهی در حین این وضعیت استراحت داشته باشند (چه داخل واژینال و چه خارج واژینال) و مجدداً حرکات خود را شروع کنند.

در مرحله‌ی آخر وقتی مشاهده شد که مرحله‌ی قبلی و تمرینات آن توانسته است در زن پاسخ‌های شهوانی ایجاد کند، زوجین با یک نزدیکی طراحی شده به طرف ارگاسم می‌روند و ایجاد ارگاسم در هر دو شریک جنسی باید آموخته شود.

1- nondemand coitus

2- coitus to orgasm

3- Lubricant

4- pubococcygenus

در این مرحله اصولاً تلاش خاصی جهت بیماران سرد مزاج به پاسخ ارگاسم در مراحل اولیه درمان انجام نمی‌گیرد چرا که در این مرحله هدف فقط آموزش افزایش پاسخ‌های عمومی زن است.

اختلال انزجار جنسی

در درمان اختلال انزجار جنسی، ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای و SSRI ها، در صورتی که تشیص داده شود این اختلال به دلیل هراس از آلت تناسلی می‌باشد، استفاده می‌شود.

درمان اختلال انزجار جنسی و هراس جنسی اصولاً ترکیبی از آرمیدگی، حساسیت‌زدایی^۱ و مواجهه‌ی^۲ تدریجی می‌باشد با سلسله مراتبی از موقعیت‌های ترسناک. در این روش مواجهه می‌تواند به دو صورت واقعی یا تجسمی صورت گیرد و یا ترکیبی از هر دو باشد. اگر چنانچه برخی ترس‌های زمینه‌ای مانند ترس از حاملگی، ترس از منی، ترس از دست دادن کنترل و... وجود داشته باشد بررسی دقیق افکار و باورهای موجود در این زمینه ضروری است (اسپنس، ۱۳۸۰). در اینگونه موارد، درمان را با آموزش آرمیدگی آغاز نموده و در جلسات بعدی حساسیت‌زدایی تجسمی به همراه تکالیف منزل ادامه خواهد یافت و به‌طور همزمان مداخله برای افزایش روابط کلی با تأکید مهارت‌های ارتباطی طرح‌ریزی می‌شود. طول مدت این مداخله ممکن است شش ماه بوده و مدت لازم برای انجام هر سلسله مرتبه حدود سه هفته باشد. شروع درمان عبارتست از زمانی که همسران هنوز لباس بر تن دارند تماس‌های غیر تناسلی را برقرار ساخته که این تماس‌ها در زنان عبارتست از: دست دادن به شوهر، قرار دادن دست شوهر در دست خود به مدت یک دقیقه، نگاه کردن به شوهر در زمان در آوردن لباس‌هایش، و ادامه‌ی درمان با انجام تمرینات تمرکز حسی نوع اول که شامل تمرینات حسی غیرتناسلی است ادامه می‌یابد که عبارتست از: بوسیدن گونه‌ی شوهر، ماساژ بدن و پاهای شوهر، بوسیدن لب‌ها توسط شوهر و به‌طرف تمرینات تمرکز حسی نوع دوم حرکت نموده که آرام آرام عبارتند از: لمس نواحی تناسلی و لمس آلت شوهر در حالت نعوظ نیافته، لمس آلت همسر در حالت نعوظ و تحریک همسر به منظور رسیدن به انزال و تمام این مراحل در طول هفته‌های متمادی و با انجام منظم و سلسله‌مراتب پیشنهادی توسط درمانگر انجام خواهد شد. و در مردان مبتلا به اختلال انزجار جنسی نیز سلسله مراتب تمرکزهای حسی نوع اول و دوم و انجام حساسیت‌زدایی تدریجی مانند تمرینات فوق خواهد بود با این تفاوت که مردان لمس سینه‌های همسر خود را ابتدا از روی پالتو و سپس از روی لباس ضخیم و به تدریج از روی یک لباس

1- desensitization

2- exposure

نازک آستین کوتاه ادامه داده و آرام آرام به لمس واژن و اندام تناسلی همسر خود از روی شلوار ضخیم و سپس لمس ناحیه واژینال از روی لباس زیر و به همین صورت در طی جلسات این گونه لمس‌ها به لمس از روی سینه‌بند و بدون سینه‌بند و سپس لمس واژینال به صورت عریان ادامه یافته و در طول این مراحل نگاه به اندام‌های جنسی لخت نیز ضروری است و پس از انجام تمرینات حسی نوع دوم به سمت آمیزش پیشرفت نموده و در صورتی که در حین آمیزش مشکل خاصی پیش نیاید، به نظر می‌رسد که تماس جنسی منبع اصلی ترس است نه آمیزش جنسی و بدین ترتیب در مراحل پیگیری در طول سه ماه بعد چندین بار اتفاق می‌افتد که تشکیل جلسات ضروری باشد.

اختلال نعوظی مرد

در درمان اختلال نعوظی، به مرد گفته می‌شود که گاهی خودارضایی کند تا متوجه شود که امکان نعوظ کامل و انزال وجود دارد یا نه. همچنین در درمان روان‌شناختی این اختلال از روش‌های سکس‌تراپی و نیز درمان اضطراب استفاده می‌شود. در صورتی که اختلال در اثر مصرف دارو و یا علت جسمانی دیگری ایجاد شده باشد، باید درمان قطع شود و در صورت امکان اختلال زمینه‌ای درمان شود. تکنیک‌هایی که در اختلال نعوظی به کار گرفته می‌شوند عبارتند از: آموزش به همسر به منظور شناخت نحوه‌ی تحریک و به کارگیری روش‌های متنوع برای تحریک مرد.

تحریک نواحی غیرتناسلی و سپس تناسلی و به کارگیری زمینه‌های کلامی برای آماده ساختن همسر.

آموزش آرامش به مرد و سپس تمرکز بر احساس‌های لذت‌بخش تحریک توسط همسر. تغییر و ترمیم نگرش‌ها و باورهای منفی جنسی. با رسیدن مرد به نعوظ، تحریکات توسط همسر متوقف شود و اجازه دهد که نعوظ فروکش کند و تلاش برای رسیدن به ارگاسم صورت نگیرد. انجام مجدد تمرینات و گسترش آنها برای ایجاد نعوظ توسط همسر، بعد از وقفه. توجه به خیال‌پردازی‌ها و به کارگیری کلام، در تحریک همسر برای دستیابی به نعوظ. پس از ایجاد نعوظ مالیدن آلت تناسلی به آلت تناسلی همسر به ویژه به ناحیه‌ی کلیتوریس و تمرکز بر لذت بخش‌های این تمرین.

سپس دخول کنترل شده و آرام و تا حد امکان عدم رسیدن به ارگاسم. همراهی و همکاری زن و شوهر در این بخش از تمرینات برای انجام دخول. در صورت فروکش کردن نعوظ در هر مرحله، باید به زوجین آرمیدگی کوتاه مدت را آموزش داد تا آنها دوباره تمرین‌ها را از سر بگیرند.

عدم تعجیل توسط زن و شوهر برای دستیابی به ارگاسم (شعیری و همکاران، ۱۳۸۶). یکی دیگر از تکنیک‌هایی که در درمان اختلال نعوظی به کار می‌رود بازخورد زیستی^۱ است. در این روش معمولاً به بیماران موضوع‌های شهوانی ارایه می‌شود تا برانگیخته شوند، سپس تغییرات در قطر یا حجم آلت تناسلی را بلافاصله با بزرگنمایی به کمک وسایل دیداری یا شنیداری به آن بازخورد می‌دهند. اگرچه این راهبرد درمانی توانایی‌های بالقوه دارد ولی آموزش بازخورد زیستی در مورد این بیماران تاکنون مورد تأیید قرار نگرفته است.

برخی درمان‌های غیرجراحی اختلال نعوظی مرد عبارتند از: تزریق داخل اجسام غاری^۲ مواد محرک عروق مانند پاپاورین^۳ هیدروکلراید و فنتولامین مزیلات و پروستوگلاندین^۴ E₁.

وسایل مکند^۵ (این وسایل در برخی از موارد کارآمد بوده و پس از مالیدن ژل به روی آلت استوانه محفظه را روی آلت قرار داده و با ایجاد فشار منفی توسط تلمبه دستگاه در درون استوانه باعث ایجاد سفتی آلت در حد مطلوب می‌کند و نوار لاستیکی به انتهای آلت رانده شده و حدود ۳۰ دقیقه این نوار لاستیکی در قاعده آلت قرار گرفته و جلوی شل شدن مجدد آلت را می‌گیرد.

درمان هورمونی و همگن‌های دوپامین.

آنژیوپلاستی یا انسداد وریدی از طریق پوست^۶.

داروهای خوراکی - موضعی یا مالیدنی، که از مهمترین آنها یوهمبین است که اغلب در ناتوانی‌ها مصرف گردیده و مکانیسم اثر آن چندان مشخص نمی‌باشد. اما تصور بر این است که اساساً بر روی

1- bio-feedback

2- corpus cavemosum

3- papaverine

4- prostaglandin^E₁

5- vacuum

6- veno ablation

گیرنده‌های پیش-سیناپسی عمل می‌کند و میزان نورآدرنالین آزاد شده در سیناپس را افزایش می‌دهد. داروی دیگر ضدافسردگی ترازودون^۱ می‌باشد که با اثر سرتونرژیک و ضد آلفا^۲ درنرژیک خود در کیفیت نعوظ‌های شبانه فقط مؤثر بوده که گاهاً مقاربت‌های صبحگاهی را بهتر می‌نماید. از ترکیبات رایج در درمان دارویی اختلال نعوظی مرد ترکیب ترازودون و یوهمین است. و بالاخره می‌توان از دارویی به نام وایاگرا^۳ نام برد که ماده‌ی اصلی آن سیلدنافیل^۳ می‌باشد. این دارو آنزیم فسفودی‌استراز ۵ را مهار کرده و مسئول تجزیه گوانوزین مونوفسفات حلقوی است. براثر مصرف این دارو جریان ورود خون به آلت بیشتر می‌شود. زمان مصرف این دارو یک ساعت قبل از نزدیکی و میزان مصرف آن ۲۵ میلی گرم و به تدریج قابل افزایش تا ۵۰ میلی گرم و حتی ۱۰۰ میلی گرم قبل از تماس می‌باشد.

اختلال انگیختگی جنسی در زن

برخی از پژوهش‌گران بر این عقیده‌اند که مصرف تستوسترون ممکن است پاسخ‌دهی جنسی و میزان علاقه‌ی جنسی و لیز شدن واژن زنانه را که از نظر جنسی فاقد پاسخ در این زمینه بودند را بهبود بخشد. ولی براساس این پژوهش‌ها نمی‌توان گفت که فقط تستوسترون میل یا انگیختگی جنسی را بهبود می‌بخشد.

هیمن^۴ و همکاران (۱۹۷۶) بر این عقیده‌اند که خیال‌پردازی به صورت تصویر سازی ذهنی یا مرور ذهنی و کلامی تأثیر زیادی در ایجاد فرآیند انگیختگی دارد و آموزش این مهارت‌ها و تغییر نگرش‌های افراد در مورد باورها و تصاویر ذهنی گاه از روش‌های متداول در تکنیک‌های سکس‌تراپی است. چرا که مطالعات انجام یافته بر کارآمد بودن محرک‌های شهوانی در ایجاد انگیختگی جنسی تأکید دارند. گی‌لان^۵ (۱۹۷۷) به این نتیجه رسید که زنان به محرک‌های نوشتاری و کلامی تمایل بیشتری دارند و نمایش فیلم‌هایی با درونمایه‌های شهوانی باعث افزایش انگیختگی جنسی آنان خواهد شد. اسپنس (۱۳۸۰) نیز بر این اعتقاد است که برای درمان اختلال موجود، رویکردهای متعددی وجود دارد و از روش‌هایی مانند آموزش خیال‌پردازی با استفاده از موضوعات شهوانی و از مهارت‌های توجه و تمرکز

1- trazodone

2- viagra

3- sildenafil

4- Himan

5- Gillan

ماسترز و جانسون (تمرکز حسی نوع اول و دوم) و تمرینات عضلات پوبوکوکسیژئوس و افزایش مهارت‌های همسر استفاده می‌شود و ضمن کاهش عوامل بازدارنده از نکات شناخت‌درمانی و بازسازی شناختی جهت کاهش جنبه‌های منفی روابط کلی استفاده می‌گردد. در ضمن آموزش‌های آرمیدگی و حساسیت‌زدایی تدریجی موقعیت‌های ایجاد کننده اضطراب به همراه تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود.

اختلال ارگاسم در زنان

راهبردهای درمانی در اختلال ارگاسم در زنان شامل:

الف- ارگاسم در تنهایی^۱

ب- ارگاسم با شریک جنسی و تحریک کلیتوریال^۲ می‌باشد.

با توجه به راهبردهای ذکر شده به زن آموزش داده می‌شود که وقتی تنهاست خودارضایی کند و اغلب باید به خود کمک کند که احساس گناه و شرم خود را در باره‌ی خودارضایی کنار گذاشته و به نحوی با خود این نکته را حل نماید که این عمل طی جلسات درمانی فرا گرفته شده است. هرچند در برخی از زنان نگرانی‌هایی به درجات مختلف دیده می‌شود و گاهی زنان از وحشت تنبیه شدن برای لذت جنسی سخن می‌گویند و گاه در مورد خودارضایی اعتقاد دارند «من سرطان خواهم گرفت» و «من دیوانه خواهم شد» و.... اکثر چنین فانتزی‌هایی ریشه در دوران مهارشدگی در مقابل مسائل جنسی در زمان کودکی دارند. در مورد عمق مسأله و طبیعت غیرواقعی فانتزی‌های آسیب‌پذیر باید روان‌درمانی اطمینان بخشی انجام داد.

کاپلان بر این اعتقاد است که فهمیدن واقع‌گرایانه‌ی ارگاسم درمان است و درمانگر باید ارگاسم را به خوبی توصیف کرده و برای زنی که هرگز آن را تجربه نکرده است مشخص نماید که ارگاسم یک رفلکس است مانند یک عطسه، هرچند تفاوت‌هایی بین این دو وجود دارد.

برای انجام این تمرینات می‌توان از تحریک انگشتی کلیتوریس و به علاوه آزاد و رها بودن توسط فانتزی‌ها استفاده کرد و بعد از چند دقیقه ارگاسم را تجربه کرد. در غیر این‌صورت می‌توان از ویراتور^۳

1- orgasm alone

2- orgasm with partener or clitoral

3- vibrator

برای انجام تمرینات استفاده کرد که انواع مختلف آن برای مقاصد درمانی وجود دارد و از هرگونه ماساژور الکتریکی با قدرت لرزش کافی برای این منظور استفاده می‌شود.

تمرینات ارگاسم با شریک جنسی کمی مشکل‌تر از قبلی خواهد بود چون در رسیدن به ارگاسم در حضور یک مرد نیاز بیشتری به تحریک جنسی و یا فانتزی‌ها خواهد داشت. در یکی از روش‌ها به زوج پیشنهاد می‌شود که عشق را در مانورهای معمولی خود در مد نظر داشته و یا ایجاد نماید و پس از آنکه همسرش به اوج رسید زن با دست تحریک همسر خود را ادامه داده و در این زمان به زن گفته می‌شود همان حالات ذهنی و فانتزی‌های در حین خودارضایی را در فکر ایجاد نموده و غرق در فانتزی‌های مطلوب خود گردد و در حالیکه شوهرش با دست تحریکات را ادامه می‌دهد عضلات نواحی واژینال و رحم را منقبض نماید و به صورت تندتند نفس کشیده و این روش اغلب در زن ایجاد ارگاسم نموده و به تدریج مشکل حل می‌شود.

در یکی دیگر از روش‌ها - به‌ویژه زمانی که زن بسیار کند و آهسته می‌باشد - زن در حضور همسر خودارضایی می‌کند. ولی اشکال این روش این است که اغلب زنان به دلیل شرم و احساس طرد شدن توسط همسرشان از این عمل منصرف می‌شوند. در صورتی که خودارضایی زن، حقیقتاً در یک مرد نرمال می‌تواند احساسات شهوانی را افزایش دهد.

در درمان اختلال ارگاسم در زنان باید به مواردی که می‌تواند در ایجاد ارگاسم تأثیر گذار باشد توجه کرد، مانند خستگی، افسردگی، اختلال جسمانی و استفاده از برخی داروهای خاص. در صورتی که علت خاصی یافت شود، درمان صورت می‌گیرد، در غیر اینصورت به زن کمک می‌شود تا نیازهای جنسی خود را برای شریک جنسی خود بازگو کند و مرد نیز تشویق می‌شود تا به نیازهای زن پاسخ گوید.

اختلال ارگاسم در مردان

برخی از اوقات اختلال ارگاسم در مردان می‌تواند در اثر مصرف برخی داروها ایجاد شود. در چنین حالتی، در صورت امکان باید دوز دارو کاهش داده شود. همچنین در درمان این اختلال باید به مواردی که علت فیزیولوژیک داشته و یا ناشی از برخی بیماری‌های عصبی می‌باشد، توجه کرد.

دو گام اساسی در راهبردهای درمانی اختلال ارگاسم در مردان وجود دارد: در نخستین گام حساسیت‌زدایی تدریجی می‌تواند در برخی شرایط انزال متعادل را به وجود آورد. برخی از بیماران مبتلا می‌توانند به تنهایی در منزل و در غیبت همسر به خودارضایی بپردازند و به انزال دست یابند ولی همین مورد در زمانی که همسرش وجود دارد و در ضمنی که عاشق اوست و در حین نزدیکی با یک بلندی

خوب حتی به مدت یک ساعت به انزال دست یافته ولی بلندی آلت ممکن است آرام آرام از بین برود. اولین تجویز رفتاری در این مثال موردی این است که با فانتزی‌های خود در ضمنی که همسر در اطاق دیگری قرار دارد و پشت درهای بسته خودارضایی نموده و در صورتی که موفقیت‌آمیز بود چند روز بعد این عمل را در حین اینکه همسرش در همان اطاق قرار دارد انجام دهد و پس از دعوت همسرش به بستر به خودارضایی ادامه داده تا به ارگاسم برسد و این عملکرد به صورت تدریجی یک نوع همراهی را در بین زوجین ایجاد می‌کند و یک نقطه‌ی کلیدی دیگر در درمان زمانی است که بیمار با دست همسر پس از تحریک به ارگاسم برسد. در تمامی مراحل کاربرد فانتزی یک درمان است و در مراحل درمانی احتمال دارد از کنترل شدید خود و یا کنترل بیش از حد خود که نوعی خودنگری^۱ است مطلع باشد و پس از آن به تنهایی خودارضایی را ترک کرده و انزال در حضور همسر را ادامه دهد و آرام آرام این انزال را نزدیک واژن انجام داده که پس از آن باید انزال در داخل واژن صورت گیرد.

در مرحله‌ی دوم ضمن تحریک، بعضی از بیماران به یک حواس جمعی نسبی نیازمند هستند چون قادر نیستند خود را در تصورات و فانتزی‌ها گم کنند، لازم است از مطالب نوشتاری یا تصاویر شهوانی استفاده کنند.

انزال زودرس

علاوه بر درمان دارویی در اختلال انزال زودرس (مانند استفاده از SSRI ها و ضدافسردگی‌های چندحلقه‌ای)، انجام تمرینات آرمیدگی و استفاده از کاندوم و یا روش‌های منحرف کردن حواس می‌تواند در به تأخیر انداختن زود انزالی کمک کند. در بعضی از مردان قطع استفاده از تنباکو، مشروبات الکلی و مواد مخدر در این زمینه بسیار کمک‌کننده بوده است.

راهبردهای درمانی مؤثر در اختلال انزال زودرس شامل تشویق کردن حس‌های واضح بیمار تا رسیدن به ارگاسم است و این تحت شرایط آرام و آرام بخشی با حضور شریک جنسی باید صورت گیرد.

دو تکنیکی که می‌تواند در این اختلال کاربرد داشته باشند عبارتند از:

۱- تکنیک شروع - توقف^۲

۲- تکنیک فشردن^۳.

1- selfobservation

2- start-stop

3- Squrrzr

تکنیک شروع - توقف

در این روش در حالی که مرد به پشت خوابیده است زن شروع به تحریک مرد نموده تا مرد یک بلندی خوب پیدا نماید و مرد در حالت چشمان بسته تمرکز خود را روی حس‌های شهوانی جمع می‌کند و زمانی که احساس نزدیک بودن ارگاسم و انزال به او دست می‌دهد به همسرش دستور توقف را داده و زن از تحریک آلت دست برداشته و اینگونه تحریک آلت مرد به روش خودارضایی تا حد رسیدن به نزدیک ارگاسم، سعی می‌کند رفلکس آلتی را که شرطی گردیده که سریع انزال شود، مجدداً به عقب می‌اندازد. و پس از رهاسازی آلت مجدداً پس از دقایقی همسر تماس آلت با دست را شروع نموده و این عمل در هر جلسه حداقل ۴ بار تکرار می‌شود و نباید از برخی انزال‌ها در این مرحله نگران شد. در مرحله‌ی بعدی زن در وضعیت «زن رو»^۱ قرار می‌گیرد و آلت مرد را آهسته داخل واژن خود وارد کرده و مرد دست‌هایش را روی باسن و لگن^۲ زن قرار داده و حرکات ریتمیک زن خود را کنترل می‌نماید تا نزدیک به ارگاسم رسیده و سپس با دستان خود همسر را متوقف می‌نماید و چند دقیقه بعد دوباره حرکات ریتمیک را شروع می‌کند و زن را هدایت می‌نماید. در این روش پیشنهاد می‌شود مرد هیچگاه در حالت تهاجمی و یا رو قرار نگیرد و در عرض ۲ تا ۱۰ هفته مرد از میزان خوب کنترل برخوردار می‌گردد.

تکنیک فشردن

این روش برای اولین بار توسط ماسترز و جانسون ابداع شد و تنها تفاوت آن با روش شروع-توقف این است که فقط باید به دست همسر انجام گردد و یک نوع فشار به روی آلت شوهر پس از حالت نعوظی کامل آن است. همسر آلت بلند شده‌ی مرد را در بین سه انگشت شصت و دو انگشت کنار از ناحیه اتصال حشفه به تنه آلت گرفته و لحظاتی قبل از ارگاسم و انزال فشار آنچنان سختی بر آلت وارد می‌کند که موج تحریکی به عقب برگشته و حالت بلندی آلت از بین برود. این فشار به مدت ۸ ثانیه بوده که ایجاد درد قابل ملاحظه نیز می‌نماید و پس از آرمیدگی دوباره روش فشاری را تمرین نمایند و زمانی که این مسئولیت بر عهده‌ی همسر می‌باشد لازم است مرد با یک علامت خاص وقوع انزال را به همسر اطلاع دهد. در مرحله بعد تمرینات به صورت قرار گرفتن زن در رو انجام می‌گیرد و زن آهسته آلت بلند

1- female superior

2- hip

شوهر را داخل واژن نموده و قبل از ارگاسم با هشداری شوهر مجدداً بیرون آورده و عمل فشار را روی آن انجام می‌دهد.

علاوه بر موارد ذکر شده کاپلان (۱۹۸۷) روش‌هایی را در درمان این اختلال پیشنهاد کرد که در صورت ترکیبی اثربخشی بهتری خواهند داشت و این روش‌ها مستلزم این است که مرد میزان برانگیختگی خود را از ۰ تا ۱۰ درجه‌بندی نماید که عدد ۰ عدم برانگیختگی و ۱۰ ارگاسم را نشان می‌دهد و به او آموخته می‌شود که تحریک را ۹ درجه ادامه داده سپس چند ثانیه توقف کرده تا درجه برانگیختگی ذهنی به ۴ یا ۵ رسیده و سپس این فرآیند را ۳ بار تکرار نماید و بار چهارم به انزال ختم شود و مرد باید بیاموزد که سطح برانگیختگی خود را بین درجات ۵ تا ۷ نگاه دارد و زمانی که این سطح برانگیختگی به ۹ رسید تحریک را متوقف کند.

واژینیسم

تکنیکی که در درمان واژینیسم به کار گرفته می‌شود اینگونه است که از ابزار و وسایلی جهت داخل کردن به واژن، برخی از آلت‌های پلاستیکی و برخی نیز از تامپون‌ها و... جهت شروع این تکنیک استفاده می‌کنند. ولی بهترین روش استفاده از انگشت خود بیمار است و پس از مراحل پیشرفته‌تر استفاده از انگشت شوهر نیز تجویز می‌گردد. در سلسله مراتب پیشرفت درمانی بحث درباره‌ی پاسخ‌دهی جنسی و تشریح دستگاه تناسلی و مشاهده‌ی تصاویر آلات تناسلی زن و عکس‌هایی در مورد تشریح نواحی تناسلی زن به نمایش گذاشته می‌شود.

یکی از فنون رفتاری در اختلال واژینیسم که اغلب با موفقیت همراه بوده است، «منبسط‌سازی گام به گام ماهیچه‌های اطراف مهبل»^۱ است. دانش ما در باره‌ی این که چرا برخی از زن‌ها دچار این‌گونه اسپاسم‌های^۲ عضلات بازتابی در ناحیه‌ی مهبل می‌شود، بسیار ناچیز است. در حالی که پیشینه‌ی آشکار رخداد تکان‌دهنده (مانند تجاوز و حمله جنسی و یا معاینه‌ی خشن مهبل) در برخی از موارد وجود دارد، لیکن در اکثر موارد دلیل روشنی برای بروز فراوان این‌گونه اسپاسم‌های ماهیچه‌ای وجود ندارد. این فرض را می‌توان در نظر گرفت که شاید برخی زنان به لحاظ سرشتی (ذاتاً) مستعد اسپاسم مهبل‌ی هستند. واژینیسم، به عنوان یکی از اختلال‌های کارکرد جنسی، احتمالاً دارای پیش‌آگهی بسیار خوبی است،

1- graded dilation of prevaual muscles

2- Spasms

بسیاری از موارد فقط با آموزش منبسط‌سازی گام به گام، بر مسأله خود فائق می‌آیند (کلارک و همکاران ۱۳۸۰).

شروع درمان در واژینسیم با یک آموزش آرمیدگی^۱ ساده شروع می‌گردد و گاه پیشنهاد می‌گردد قسمت‌های خارجی آلت تناسلی خود را توسط آینه مشاهده کرده و لمس نماید و سپس انگشت سبابه خود را پس از شستن در دهانه‌ی مهبل خود قرار داده و آهسته به تنهایی و یا با استفاده از ژل یک بند انگشت سبابه را در داخل واژن نماید. وقتی توانست نوک انگشت خود را فرو کند در این حالت توضیح داده می‌شود که برخی از حالات اضطرابی و ترس‌های نامطلوب ایجاد خواهد شد و این‌ها درد نیستند و اگر توانست این احساسات را برای مدت کوتاهی تحمل نماید بزودی احساس راحتی نسبت به نفوذ خواهد داشت و در زمان مطلوب سعی نماید آهسته دو بند انگشت را داخل برده و مرتب تمرین آرام‌سازی و منبسط کردن را هم‌زمان انجام دهد و با تنفس‌های عمیق انگشت خود را بصورت کامل به درون واژن هدایت نماید. پس از آنکه زن توانست احساس رضایت و تحمل راحت یک انگشت را در واژن بنماید بلافاصله تعداد انگشتان را دو برابر کرده و انگشت دوم را نیز آهسته و بندبند و به همراه آرام‌سازی وارد واژن نموده و در صورت ملاحظه این روش در آینه، پیش‌آگهی بهتری خواهد داشت. پس از اینکه در مرحله‌ی اول عضلات واژن تحمل دو انگشت بیمار را نمود، به مفهوم آن است که تحمل دهانه واژن به اندازه‌ی آلت تناسلی مردانه است، از همسر خواسته می‌شود که آهسته همین مراحل را تکرار نماید و ابتدا در نور کامل دهانه‌ی واژن همسر خود را مشاهده نماید و سپس قسمت خارجی واژن را لمس نموده و انگشت خود را در دهانه‌ی واژن قرار دهد و همچنان که زن خود را آرام نموده و سعی در منبسط کردن و شل‌سازی عضلات دارد، به همراه خیال‌پردازی‌های جنسی او، شوهر انگشت خود را آهسته به داخل واژن لغزاند و پس از زمانی کوتاه با بازخورد همسر تمامی انگشت را به داخل واژن هدایت و برای دقایقی انگشت را آرام نگاه داشته و سپس به آرامی شروع به لغزاندن و حرکت دادن آن می‌کند و پس از آن به آهستگی تمام این مراحل را شوهر با دو انگشت خود انجام می‌دهد. در تمام این مراحل زن مطمئن است که سعی بر دخول آلت وجود ندارد و اگر مرد در طی این تحریک و بازی‌های واژینال نزدیک به ارگاسم رسید زن اجازه دارد همسرش را به ارگاسم خارج واژینال برساند. مرحله‌ی بعد مرحله‌ی دخول آلت است در این زمان شوهر آلت تحریک شده و بلند خود را چرب کرده و خود زن آلت بلند مرد را به آهستگی در حینی که در رو قرار گرفته به داخل واژن خود هدایت می‌کند. قبل از این دخول باید سعی شود مدتی آلت را روی واژن قرار داده و سپس عمل دخول انجام گیرد. پس از نفوذ اولیه آلت و نوک آن ادامه فرو بردن

1- relaxation

توسط مرد ادامه خواهد یافت و گاه ممکن است در این حالت ارگاسم نیز سریع اتفاق بیفتد (آذر و همکاران، ۱۳۸۲).

همچنین در درمان واژینیسم توصیه می‌شود که در چنین مواردی مرد انگشت شست خود را در مقعد زن فرو کند و به او بگوید که به مثابه هنگام دفع مدفوع زور بزند. از نظر دارویی می‌توان از آرام‌بخش‌های کاملاً تندرثر استفاده کرد، اما اینکه آیا واقعاً ممکن است انقباض تشنجی مهبل انسان آلت را آنچنان نگه‌دارد که خارج کردن آن به زور و کشش ممکن نباشد، کاملاً بعید است.

مقایرت دردناک

درمان مقایرت دردناک به علل ایجادکننده‌ی آن بستگی دارد. در صورتی که علل روانی سبب اختلال در تحریک جنسی فرد شوند، از روان‌درمانی استفاده می‌شود و اگر روش‌های معمول مؤثر واقع نشوند، باید بیمار به متخصص زنان ارجاع داده شود. گاهی اوقات از موارد زیر در درمان مقایرت دردناک استفاده می‌کنند:

استفاده از روغن‌های چرب و نرم کننده، پمادهای بی‌حس کننده، انتخاب وضعیت مناسب برای نزدیکی، داروهای مسکن، داروهای ضد میکروبی، عمل جراحی، حمام آب گرم و و در هر مورد درمان گر باید از یک یا چند روش ممکن سود بگیرد. مثلاً در صورت وجود آماس میزراه در زن، علاوه بر درمان ضد میکروبی اختصاصی، تا مدتی نزدیکی در وضعیت عقبی همراه با رعایت دقیق اصول بهداشتی توصیه می‌شود. گاهی اوقات درمان گر مجبور است تا مدت‌ها نزدیکی را برای بیمار خود ممنوع کند.

سوزان. اچ. اسپنس (۱۳۸۰) بر این اعتقاد است که در این اختلال ارزیابی شناختی - رفتاری با سؤالات خاصی در مورد درد هنگام مقایرت صورت می‌گیرد که به‌طور آشکار باید محل واقعی درد را زنان مشخص نمایند و آیا درد در ارتباط جنسی در جریان پیش‌نوازی و انگیزتگی، در شروع دخول، در جریان دخول عمیق، در لحظه‌ی ارگاسم و یا در جریان دوره‌ی بی‌پاسخی اتفاق می‌افتد و این نظریات باید با اطلاعات پزشک متخصص زنان و زایمان ترکیب گردد و به‌منظور شناخت این مسأله که آیا درد با پرخونی طولانی رگ‌ها نیز ارتباط دارد باید مشخص شود که آیا ارگاسم بعد از دوره‌های طولانی برانگیختگی صورت می‌گیرد و یا درد همیشه در موقعیت‌های برانگیزاننده شناخته شده اتفاق می‌افتد؟ و اگر درد با دخول ارتباط دارد آیا در جریان معاینه‌ی طبی و یا فرو کردن یک تامپون نیز بروز می‌کند؟

رویکردهای درمانی در اختلال مقاربت دردناک شبیه رویکردهای مورد استفاده در درمان حالات درد مزمن است. درمان با تبیین تأثیرات روان‌شناختی بر تجربیات درد و با تأکید ویژه بر چرخه‌ی درد و تنش درد و نظریه‌ی کنترل ورودی درد شروع می‌گردد. سپس شیوه‌های مختلف کنترل درد نظیر تکنیک‌های آرمیدگی، روش‌های توجه‌گردانی، مقابله‌ی مثبت، راهبردهای خودگویی و تفسیر مجدد موفقیت‌ها به‌صورت لذت‌بخش و نه دردآور آموزش داده می‌شود. علاوه بر موارد فوق تمرینات تمرکز حسی نوع اول و دوم و فرصتی جهت حساسیت‌زدایی در موقعیت‌هایی که غالباً موجب ایجاد واکنش‌های ترس و احتمالاً واکنش واژینیسم می‌گردند درمان گردند.

اختلالات هویت جنسی

فصل چهارم

اختلالات هویت جنسی^۱

در DSM-IV-TR دو جزء برای اختلال هویت جنسی ذکر شده است که هردوی آنها برای تشخیص‌گذاری این اختلال لازم و ضروری‌اند. باید شواهدی مبنی بر اتخاذ پایدار و مستمر هویت جنسی مخالف، که مایل به داشتن آن است، یا اصرار به اینکه از جنس مخالف است وجود داشته باشد و نیز اتخاذ هویت جنس مخالف نباید فقط به دلیل تمایل به برخورداری از امتیازهای فرهنگی^۲ متعلق به جنس دیگر باشد. به علاوه، باید شواهدی درباره نارضایتی مستمر از جنسیت تعیین شده‌ی خود یا احساس عدم تناسب با نقش جنسی تعیین شده وجود داشته باشد. اگر فرد به یک بیماری دو جنسیتی جسمی همزمان دچار است (مانند، نشانگان عدم حساسیت آندروژنی^۳ یا پریاختگی فوق کلیوی مادرزادی^۴) این تشخیص مطرح نمی‌شود. برای تشخیص‌گذاری این اختلال، باید شواهدی از پریشانی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم وجود داشته باشد.

نشانه‌ی اصلی اختلالات هویت جنسی، ترجیح دادن نقش جنسی مخالف و این احساس است که با جنسیت اشتباه به دنیا آمده است. احساس نارضایتی از جنسیت زیست شناختی، دیسفوری جنسی^۵ نامیده می‌شود (کاپلان، ۱۳۸۲).

1- gender identity disorders

2. cultural advantages

3. androgen insensitivity syndrome

4. congenital anrenal hyperplasia

5- sexual dysphoria

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در اختلال هویت جنسی

الف) اتخاذ شدید و مداوم هویت جنسی مخالف (که صرفاً به دلیل تمایل به برخورداری از امتیازهای فرهنگی به جنس دیگر نباشد). در کودکان، این اختلال با چهار مورد (یا بیشتر) از ویژگی‌های زیر ظاهر می‌شود: - ابراز تمایل مکرر به تعلق داشتن به جنس مخالف، یا اصرار به اینکه او از جنس مخالف است.

۲- در پسران ترجیح دادن لباس‌های زنانه یا ظاهر دخترانه؛ در دختران پافشاری بر پوشیدن فقط لباس‌های قالبی مردانه.

۳- ترجیح دادن شدید و مستمر نقش‌های جنسی مخالف در بازی ۱ وانمودی یا خیال‌پردازی‌های مستمر در مورد تعلق داشتن به جنس مخالف.

۴- تمایل شدید به شرکت در بازی‌ها و سرگرمی‌های قالبی جنسی مخالف.

۵- ترجیح دادن شدید همبازی‌های از جنس مخالف.

در نوجوانان و بزرگسالان، این اختلال با نشانه‌هایی مانند ابراز تمایل به تعلق داشتن به جنس مخالف، جا زدن مکرر خود به عنوان جنس مخالف، تمایل به زندگی یا پذیرفته شدن به عنوان جنس مخالف، یا اعتقاد به اینکه او احساسات و واکنش‌های خاص جنسی دیگر را دارد.

ب) ناراحتی مستمر از جنسیت خود یا احساس عدم تناسب با نقش جنسی تعیین شده.

در کودکان، این اختلال با هر یک از نشانه‌های زیر تظاهر می‌کند: در پسران، وجود این ادعا که آلت تناسلی یا بیضه‌هایش نفرت‌انگیز هستند یا ناپدید خواهند شد یا این ادعا که ترجیح می‌دهند آلت تناسلی نداشته باشند، یا بیزاری نسبت به بازی‌های جنجالی، و اجتناب از اسباب بازی‌ها، بازی‌ها، و فعالیت‌های قالبی مردان؛ در دختران، اجتناب از ادرار کردن به صورت نشسته، وجود این ادعا که در او یک آلت تناسلی مردانه رشد خواهد کرد، یا این عقیده که او تمایلی به رشد پستان‌ها یا قاعده شدن ندارد، یا بیزاری آشکار نسبت به پوشش معمول زنانه. در نوجوانان و بزرگسالان، این اختلال با نشانه‌هایی مانند اشتغال ذهنی به رها شدن از صفات جنسی اولیه و ثانویه (مانند تقاضای درمان‌های هورمونی، جراحی، یا سایر تدابیر برای تغییر جسمی ویژگی‌های جنسی به منظور مشابهت با جنس مخالف) یا اعتقاد به اینکه او با یک جنسیت اشتباه متولد شده است تظاهر می‌کند.

ج) این اختلال با بیماری دوجنسیتی جسمی همایند نیست.

د) این اختلال موجب پریشانی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم می‌شود. بر اساس سن جاری کد گذاری کنید:

اختلال هویت جنسی در کودکان. اختلال هویت جنسی در نوجوانان یا بزرگسالان

مشخص کنید اگر (برای افراد بالغ از نظر جنسی):

از نظر جنسی متمایل به مردان است. از نظر جنسی متمایل به زنان است.

برای درک بهتر این اختلال واژه‌های تخصصی متنوعی وجود دارد که باید به‌خوبی تعریف شوند. هویت جنسی^۱ به احساس مردانگی یا زنانگی هر فرد از خود اطلاق می‌شود. این اصطلاح در مقابل کلمه‌ی سکس^۲ معرفی شد که فقط مجموع صفات بیولوژیک جنس نر یا ماده را در بر می‌گیرد. هویت جنسی حاصل ترکیب سه نوع عامل مؤثر مختلف است: بیولوژیک، زیستی- روانی، و واکنش‌های روانی نسبت به محیط، به‌خصوص آثار و مفاهیم منسوب به والدین و برداشت‌های اجتماعی تا سن ۲ تا ۳ سالگی تقریباً هر بچه‌ای با قاطعیت می‌تواند بگوید «من یک پسر» یا «من یک دخترم». حتی در صورت رشد طبیعی مردانگی و زنانگی باز هم هر کسی تکلیف انطباقی پیدا کردن احساس مردانگی یا زنانگی را دارد.

به عقیده‌ی رابرت استولر، هویت جنسی «اشاره‌ی ضمنی بر جنبه‌های روانی مربوط به مردانگی و زنانگی دارد». به عقیده‌ی او جنس^۳ اجتماعی و سکس^۴ بیولوژیک است: «غالباً این دو هماهنگ هستند، یعنی مردها مردانه و زن‌ها زنانه رفتار می‌کنند»، اما جنس و سکس ممکن است به صورت متعارض یا متضاد رشد کنند.

هویت جنسی از یک سری ایما و اشارات مشتق از تجارب شخصی یا اعضاء خانواده، معلمین، دوستان و همکاران و نیز پدیده‌های فرهنگی ناشی می‌گردد. خصوصیات فیزیکی مشتق از سکس بیولوژیک، نظیر ساختمان کلی بدن، شکل بدن، و ابعاد جسمی، با یک سیستم پیچیده‌ی محرک‌ها، از جمله پاداش‌ها، تنبیه‌ها، و برچسب‌های جنسی والدین، در هم آمیخته و هویت جنسی را به‌وجود می‌آورد. نقش جنسی^۵ الگوی رفتار بیرونی است که بازتاب احساس درونی شخص در مورد هویت جنسی محسوب می‌شود. نقش جنسی، اعلام عمومی جنسیت است، یعنی انتقال تصویر مرد بودن در مقابل زن بودن به دیگران است.

اصطلاحات فوق با مفهوم گرایش جنسی^۶ فرق دارند. این مفهوم اشاره دارد به تمایل و واکنش شهوانی فرد (به عنوان مثال همجنس‌گرا^۷ یا دگرمجنس‌گرا یا دگرجنس‌خواه^۸). گرایش جنسی، مبتنی بر

1- gender identity

2- sex

3- gender

4- . sex

5- gender role

6- . sexual orientation

7- homosexual

8- . heterosexual

شیء^۱ انتخاب فرد (مرد یا زن) و خیال پردازی های او (مثلاً تخیلات شهوانی در مورد مردان، زنان یا هر دو) است.

در پسران، اتخاذ هویت جنس مخالف به صورت اشتغال ذهنی محسوس با فعالیت های سنتی زنانه ظاهر می شود. آنان ممکن است پوشیدن لباس های دختران یا زنان را ترجیح دهند یا احتمال دارد در زمانی که لباس های اصلی در دسترس نیستند، از پارچه ها یا اشیاء برای مبدل پوشی استفاده کنند. حوله، پیش بند، و شال گردن اغلب برای وانمود کردن موی بلند یا دامن استفاده می شوند. کشش قوی برای بازی های قالبی و سرگرمی های دخترانه وجود دارد. آنها به ویژه از «خاله بازی»، ترسیم تصاویر دختران و شاهزاده های زیبا، و تماشای فیلم های تلویزیونی یا ویدئویی هنرپیشه های زن مورد علاقه شان لذت می برند. عروسک های از جنس مؤنث، مانند باربی^۲ اغلب اسباب بازی مورد علاقه شان است و ترجیح می دهند با دختران همبازی شوند. هنگام «خاله بازی»، پسران نقش چهره های زنانه، یعنی بیشتر نقش مادر را ایفاء می کنند و اغلب اشتغال ذهنی زیادی با چهره های خیالی زنانه دارند. آنها از انجام بازی های جنجالی و ورزش های رقابتی اجتناب می کنند و به ماشین یا کامیون یا سایر اسباب بازی های غیرپرخاشگرانه که جزء اسباب بازی های خاص پسران هستند علاقه ی چندانی ندارند. آنها ممکن است آرزوهای دختر بودن را بیان کرده و ادعا نمایند که در آینده زن خواهند شد. آنها احتمال دارد بر ادرار کردن به شکل نشسته پافشاری کنند و با قرار دادن آلت تناسلی مابین پاهای خود، وجود آن را انکار کنند. در موارد بسیار نادر، پسران مبتلا به اختلال هویت جنسی ممکن است بیان کنند که آلت تناسلی یا بیضه هایشان نفرت انگیز هستند، و مایلند آنها را بردارند، یا اینکه آنها مهبل دارند یا آرزو می کنند آن را داشته باشند.

دختران مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقابل انتظارات یا تلاش های والدین برای پوشاندن لباس ها یا سایر آرایش های زنانه به آنها واکنش منفی شدیدی نشان می دهند. برخی ممکن است از رفتن به مدرسه یا رویدادهای اجتماعی که مستلزم پوشیدن این قبیل لباس ها است، اجتناب کنند. آنها پوشش و موی کوتاه پسرانه را ترجیح می دهند، اغلب از سوی غریبه ها به جای پسران اشتباه گرفته می شوند، و ممکن است درخواست کنند تا آنها را با یک نام پسرانه صدا بزنند. قهرمانان خیالی شان اغلب مردان نیرومند هستند. این قبیل دختران، پسرانی را به عنوان همبازی ترجیح می دهند، که مانند آنها به ورزشهای رقابت آمیز، بازی های جنجالی، و بازی های سنتی پسرانه ابراز علاقه کنند. آنها به عروسک ها

1- object

2- . barbie

یا هر شکل از اسباب‌بازی با پوشش زنانه یا فعالیت‌های مربوط به ایفای نقش زنانه علاقه‌ی اندکی نشان می‌دهند. یک دختر مبتلا به این اختلال ممکن است گاهی از ادرار کردن در وضعیت نشسته اجتناب نماید. احتمال دارد ادعا کند که دارای آلت تناسلی مرکز است یا این آلت در او رشد خواهد کرد و ممکن است خواهان عدم رشد پستان‌ها یا بروز قاعدگی باشد. امکان دارد ادعا کند که در آینده مرد خواهد شد. این قبیل دختران به‌طور معمول در ایفای نقش، رویاها یا خیال‌پردازی‌ها هویت‌جنسی مخالف را به شکل آشکاری بروز می‌دهند.

بزرگسالان دچار اختلال هویت‌جنسی با آرزوی زندگی کردن به عنوان فردی از جنس مخالف اشتغال ذهنی پیدا می‌کنند. این اشتغال ذهنی ممکن است به صورت میل شدید برای کسب نقش اجتماعی جنس مخالف یا به دست آوردن ظاهر جسمی جنس مخالف از راه دستکاری^۱ هورمونی یا جراحی نشان داده شود. بزرگسالان این اختلال از اینکه از جانب دیگران به عنوان عضوی از جنس تعیین شده در نظر گرفته شوند یا کارکردشان در جامعه بر اساس جنسیت تعیین شده‌ی ایشان باشد، ناخشنودند. این افراد رفتار، لباس پوشیدن و اطوارگری‌های جنس مخالف را به درجات مختلف نشان می‌دهند. این افراد احتمال دارد به‌طور پنهانی وقت بسیار زیادی را برای مبدل‌پوشی و تلاش برای تبدیل ظاهر خود به شکل جنس مخالف صرف نمایند. آنها تلاش زیادی می‌کنند تا در جمع به صورت عضوی از جنس مخالف ظاهر شوند. با مبدل‌پوشی و درمان هورمونی (و در مورد مردان، با استفاده از الکترولیز)، بسیاری از مبتلایان به این اختلال ممکن است به شکل متقاعد کننده‌ای به صورت فردی از جنس مخالف ظاهر شوند. به‌طور کلی، فعالیت جنسی این افراد به شرکای همجنس آنان محدود می‌شود زیرا ترجیح می‌دهند شرکای جنسی نه آلت تناسلی‌شان را ببینند و نه لمس کنند. در مورد بعضی از مردانی که این اختلال در آنان دیر ظاهر می‌شود (اغلب پس از ازدواج)، رابطه‌ی جنسی با یک زن توأم با این خیال‌پردازی است که هر دو عشاق لزبین^۲ هستند یا اینکه شریک جنسی‌اش یک مرد است و او یک زن (DSM-IV، ۱۳۸۱).

اختلال هویت جنسی در نوجوانان ممکن است شبیه بزرگسالان باشد. این افراد هم مانند بزرگسالان اغلب برای تغییر جسمانی خود، درخواست اقدامات طبی و اعمال جراحی دارند. اگرچه اصطلاح نارضایتی جنسیتی^۳ در DSM-IV به کار نرفته است، بسیاری از درمان‌گران، این اصطلاح را مفید دانسته‌اند و

1- . manipulation

2- . lesbian lovers

3- . transsexualism

احتمالاً همچنان از آن استفاده می کنند. همچنین نارضایتی جنسیتی در دهمین تجدیدنظر طبقه بندی آماری و بین المللی بیماری ها و مشکلات بهداشتی وابسته (ICD-10) منظور شده است. اکثریت پژوهش های گذشته نگر^۱ نارضایان جنسیتی، نشان از مشکلات هویت جنسی در دوران کودکی می دهد، ولی پژوهش های آینده نگر^۲ کودکانی که مبتلا به این اختلال هستند، نشان می دهد که معدودی از آنها در آینده از جنسیت خود ناراضی و در پی تغییر آن بر خواهند آمد.

گرایش به انزوا و گوشه گیری در بسیاری از مبتلایان به اختلال هویت جنسی دیده می شود. طرد شدن و انزوا به کاهش عزت نفس در این افراد منجر می شود و ممکن است موجب بیزاری از مدرسه یا اخراج از مدرسه شود. طرد شدن و تمسخر از جانب همسالان به ویژه پیامد معمول برای پسران دچار این اختلال است. پسران مبتلا اغلب الگوهای گفتاری و اطوارگری های زنانه ی قابل ملاحظه ای از خود بروز می دهند.

عده ای از مردان که دچار اختلال هویت جنسی می شوند سعی در خوددرمانی^۳ با هورمون ها دارند و این احتمال وجود دارد که اقدام به اخته کردن خود یا پنکتومی^۴ (بریدن احلیل) کنند. برخی از مردان دچار اختلال هویت جنسی هم احتمال دارد به هرزگی^۵ روی آورند، که این امر آنها را در معرض مبتلا شدن به انواع بیماری ها و آلوده شدن به ویروس HIV^۶ قرار می دهد. معمولاً در اینگونه افراد اختلال های وابسته به مواد، خودکشی و اقدام به خودکشی هم دیده می شود.

در کودکان مبتلا به این اختلال احتمال دارد به طور همزمان اختلالات روان پزشکی مانند اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب فراگیر، و علائم و نشانه های افسردگی دیده شود. نوجوانان هم در معرض خطر افسردگی و تفکراتی در مورد خودکشی و اقدام به آن قرار دارند. در بزرگسالان، نشانه های اضطراب و افسردگی ممکن است وجود داشته باشد. در نمونه های بالینی، اختلال های شخصیت همراه در مردان شایع تر از زنان است. مردان بزرگسالی که از نظر جنسی متمایل به زنان، به هر دو جنس یا به هیچکدام هستند معمولاً سابقه ی برانگیختگی شهوانی در رابطه با فکر کردن یا تصور درباره ی خود به عنوان یک زن^۷ را گزارش می دهند. در بیشتر موارد؛ دست کم در گذشته ی فرد، تشخیص یادگارخواهی

1- . retro spective

2- prospective

3- self trament

4- penectomy

5- Prostitution

6- Human Immunodeficiency Virus infection

7- autogynephilia

همراه با مبدل پوشی جنسی صادق است. با وجود این، در دیگران خیال پردازی مورد علاقه‌ی فرد متمرکز بر ویژگی‌های زنانه غیر از لباس است. برای مثال، برخی از مردان در حالی که خود را به عنوان یک زن عریان مجسم می‌کنند، با متمرکز شدن بر پستان‌ها یا فرج خیالی مرد، دست به خودارضایی می‌زنند، اما دیگران در حالی که خود را مشغول نوعی فعالیت قالبی زنانه مانند بافتن مجسم می‌کنند، به خودارضایی می‌پردازند.

اکثریت مطالعات انجام شده در مورد زنان مبتلا به این اختلال نشان می‌دهد که این قبیل زنان نقش مردانه را به گونه‌ای عمیق‌تر و جدی‌تر از هم‌تایان مردشان (مبتلا به اختلال هویت جنسی) پذیرفته و نشان می‌دهند. به علاوه نمره‌های زنان دچار اختلال هویت جنسی در آزمون‌های روانی تشخیص دهنده‌ی صفات زنانه، تنها به میزان اندکی بیش از نمره‌ی مردان عادی بوده است که با این آزمون‌ها بررسی شده‌اند.

کسانی که مبتلا به اختلال هویت جنسی هستند، همواره سعی می‌کنند که به عنوان عضوی از جنس مقابل زندگی کنند و یکی از مسایلی که مبتلایان به این اختلال و مراکز درمانی مرتبط با آن دست به گریباند، تقاضا برای درمان‌های زیست‌شناختی مانند جراحی تغییر جنسیت و یا هورمون‌درمانی می‌باشد. برخی از پژوهش‌ها بیانگر آن هستند که بیشتر نارضایان جنسیتی عمل شده، از زندگی اجتماعی و جنسی خود رضایت ندارند، غالباً از خانواده‌ی خود جدا شده‌اند و روابط آنها با دیگران مختل است. علاوه بر این در اکثر جوامع، عمل جراحی ممکن است باعث از دست دادن بسیاری از موقعیت‌های شغلی - اجتماعی شود.

اطلاعات و یافته‌های جدیدی از میزان شیوع اختلال هویت جنسی در دست نیست، ولی مجموعاً نادر است. نسبت ابتلای مردان به زنان، چهار به یک می‌باشد و تقریباً تمام زنانی که اختلال هویت جنسی دارند، گرایش جنسی‌شان، همجنس‌گرایی است. مطالعات انجام گرفته نشان می‌دهد که پنجاه درصد مردانی که این اختلال را دارند، گرایش جنسی همجنس‌گرا، یا بدون گرایش جنسی است. میزان شیوع ترانس‌سکسوالیسم^۱ یک در ده هزار مرد و یک در سی هزار زن است (کاپلان، ۱۳۸۲).

در کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی، شروع علایق و فعالیت‌های مرتبط با جنس مخالف اصولاً در بین ۲ تا ۴ سالگی دیده می‌شود، و برخی از والدین گزارش می‌کنند که فرزندشان همیشه علایق جنسی مخالف را داشته است و تقریباً در اواخر نوجوانی یا بزرگسالی، تقریباً سه چهارم از پسرانی که سابقه‌ی اختلال هویت جنسی در دوران کودکی داشته‌اند یک گرایش همجنس‌گرایانه یا دو جنسی را

1- transsexualism

گزارش می کنند، اما فاقد اختلال هویت جنسی همزمان هستند. بیشتر موارد باقیمانده، یک گرایش دگرجنس خواهانه را همچنین بدون اختلال هویت جنسی همزمان گزارش می کنند. سیر بیماری در بزرگسالان گرایش به مزمن شدن دارد و پس از بلوغ، ناراحتی در مورد جنسیت زیست شناختی و میل به حذف ویژگی های اولیه و ثانویه ی جنسی و اکتساب صفات جنسی جنس مخالف، وجود دارد. اغلب ترانس سکسوال ها در کودکی اختلال هویت جنسی دارند. همراه بودن با بیماری های دیگر روانی، به خصوص با اختلال شخصیت مرزی یا اختلال افسردگی شایع است، خودکشی یک خطر می باشد، ولی ممکن است بیماران، اعضای جنسی خود را، برای وادار کردن جراح به انجام عمل جراحی تغییر جنسیت، قطع یا مجروح کنند.

سبب شناسی

در ارتباط با سبب شناسی اختلال هویت جنسی اطلاعات زیاد و معتبری در دست نیست، اما پاره ای از عوامل روانی اجتماعی که ممکن است در این اختلال تأثیرگذار باشند در مطالعه ای توسط هدرینگتون^۱ (۱۹۶۵) مشخص شده اند. پژوهشگر مزبور مشاهده کرد که در خانواده های معروف به «مادر مسلط»^۲، پسرچه ها بیشتر احتمال دارد رفتار مادر خود را تقلید کنند تا رفتار پدر را و این پسرچه ها کمتر از پسرچه های متعلق به خانواده های «پدر مسلط»^۳ نقش جنسی شدیداً مذکر را ترجیح می دهند. این یافته با نتایج مطالعات مربوط به یادگیری مشاهده ای (بندورا، ۱۹۷۷) تطبیق می کند که طبق آنها کودکان بیشتر احتمال دارد از بزرگسالی که بیش از دیگران روی توزیع تقویت کننده ها کنترل دارد تقلید کنند. به این دلیل به نظر می رسد که مادر و رفتار او باید در معالجه پسرچه های دارای مشکلات هویت جنسی نقش مهمی بر عهده گیرد (راس، ۱۳۷۶).

یادگیری نقش های اجتماعی متناسب با جنس^۴ هر فرد در طول دو سال اول زندگیش آغاز می شود و در پایان سنین قبل از مدرسه دختران و پسران رفتارهای کاملاً متفاوتی از خود نشان می دهند. پسران به طور کلی یاد می گیرند که با تحکم و اعتماد به نفس بیشتری عمل نموده و فعالیت های حرکتی - بدنی بزرگ و خشن را ترجیح دهند، در حالی که به دختران یاد داده می شود که زیاد اهل رقابت و چشم همچشمی نبوده و فعالیت های آرام تر را تعقیب کنند. علی رغم گرایش مطلوب والدین روشنفکر به تأکید

1- Hetherington

2- mother dominant

3- father dominant

4- gender-appropriate

برابری دختران و پسران و عدم توجه زیاد به تفاوت‌های قراردادی در نقش‌های اجتماعی دو جنس، جامعه ما هنوز هم توقعات قالبی خاصی را در مورد نحوه‌ی تکلم، حرکات بدنی و ترجیح فعالیت‌های مختلف از اعضاء دو جنس دارد و رفتارهای ویژه‌ای را با پسر یا دختر بودن متناسب می‌داند. این برداشت‌های قالبی معمولاً توسط کودکان نیز پذیرفته شده‌اند و هرگاه رفتار کودکی با این توقعات مطابقت نکند کودکان دیگر مجازات‌هایی را در مورد او اعمال می‌کنند. به‌طور کلی، رفتار نامتناسب با نقش جنسی^۱ در دختران تا حدی بیش از پسران قابل تحمل می‌باشد (فاگوت^۲، ۱۹۷۷، به نقل از راس، ۱۳۷۶). دخترانی که «مثل پسر بچه‌ها»^۳ رفتار کنند معمولاً بهتر از پسرای که «رفتار دخترانه»^۴ دارند مورد قبول قرار می‌گیرند. به این دلیل، رفتار مغایر با جنس^۵ اگر در پسران بروز کند بیشتر ایجاد مسأله می‌کند تا در دختران. به همین خاطر و به دلیل عدم تحمل جامعه نسبت به رفتارهای حتی کمی زنانه در مردان، پسرای که رفتارهای دخترانه از خود بروز می‌دهند، اغلب مورد تمسخر و استهزاء دوستان و همسالان پسر و دختر خود قرار می‌گیرند.

رکرز^۶ (۱۹۷۸) مشاهده کرد که رفتار زنانه‌ی بارز در پسر بچه‌ها با مشکلات مربوط به هویت جنسی آنان در بزرگسالی ارتباط دارد. اینگونه مسایل معمولاً با مشکلات اجتماعی و روانی همراه هستند و تا حد زیادی در مقابل درمان مقاومت می‌کنند.

فروید بر این اعتقاد بود که علت پیدایش مشکلات مربوط به هویت جنسی ناشی از تعارضاتی است که کودک در مثلث اودیپی^۷ تجربه می‌کند. این تعارض‌ها بر اثر رویدادهای واقعی خانواده و تخیلات کودک تقویت می‌شوند. هرچیزی که در محبت کودک نسبت به والد مخالف و هماهنگ سازی با والد همجنس تداخل کند، در پیدایش هویت جنسی طبیعی دخالت می‌کند.

مادران کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی ممکن است افسرده، یا گوشه‌گیر باشند. گاهی اوقات صفات مزاجی ذاتی منجر به پسرای حساس و ظریف و دخترانی پرخاشگر و پرانرژی می‌گردد. سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی ممکن است زمینه را برای بروز این اختلال آماده کند.

1- deviant sex-role

2- Fagot

3- tomboy

4- Sissies

5- Cross - gender

6- Rehers

7- Oedipal triange

در ارتباط با عوامل زیست‌شناختی دخیل در این اختلال پژوهشگران هلندی به کالبدشکافی مغز شش مردی پرداختند که جنسیت خود را از مردانگی به زنانگی تغییر داده بودند. آنها به این نتیجه دست یافتند که مجموعه‌ای از سلول‌های هیپوتالاموس به نام 'BST' تنها به اندازه‌ی نصف هسته‌های موجود در مردان بهنجار است. به‌طور طبیعی BST در یک زن بسیار کوچک‌تر از BST در مرد است. بنابراین BST در آزمودنی‌های دارای اختلال هویت جنسی و تغییر جنسیت از مردانگی به زنانگی به اندازه‌ی BST زنان است. پژوهش‌گران اطلاعات خاصی درباره‌ی BST در انسان ندارند، اما می‌دانند در تنظیم رفتار جنسی در موش‌های نر کمک‌کننده است. البته این یافته‌ها را می‌توان به گونه‌ی دیگری تعبیر کرد؛ مثلاً ممکن است مردانی که دچار اختلال هویت جنسی است، تفاوت زیستی مهمی با دیگران داشته باشند که سبب می‌شود آنها با این ویژگی‌های جنسی، احساس ناراحتی فوق‌العاده کنند (شعیری و همکاران، ۱۳۸۶).

مطالعات نشان می‌دهد تستوسترون بر نوروهای مغزی که در عمل مردانه‌سازی مغز در قسمت‌هایی مانند هیپوتالاموس شرکت می‌کنند، اثر می‌کند. این که تستوسترون در الگوهای رفتار زنانه یا مردانه مربوط به اختلال هویت جنسی دخالت داشته باشد، مورد بحث است. استروئیدهای جنسی در تظاهر رفتار جنسی در مردان و زنان بالغ اثر دارد، به عبارت دیگر، تستوسترون می‌تواند میل جنسی و پرخاشگری را در زنان افزایش دهد، و استروژن یا پروژسترون می‌تواند میل جنسی و پرخاشگری را در مردان کاهش دهد.

برخی از یافته‌های علمی بیانگر آنند که تقریباً در یک سوم افراد دچار نارضایتی جنسی، الگوی امواج مغزی نشانگر حالت‌های غیرطبیعی است. چنین فرض می‌شود که این الگوهای نابهنجار ناشی از آسیب‌دیدگی مغز (به‌ویژه بخش‌هایی از مغز که رفتارهای قالبی زنانه و مردانه را کنترل می‌کنند) در دوران جنینی و به‌واسطه‌ی قرار گرفتن جنین در یک وضعیت عدم‌تعادل هورمونی بوده است. اما مطالعه‌ی ساختار مغز نارضایان جنسی پس از مرگ، نشانگر آن است که مغز این قبیل افراد از نظر کالبدشناختی هیچ تفاوتی با افراد سالم ندارد (ایزدی و همکاران، ۱۳۸۳).

تشخیص افتراقی

در تشخیص افتراقی اختلال هویت جنسی باید به موارد زیر توجه کرد:

۱- **یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی**^۱: پوشیدن لباس جنسی مخالف به هدف تحریک جنسی است و می‌تواند همراه با بیماری وجود داشته باشد (تشخیص دوگانه).

۲- **وضعیت‌های دوجنسیتی**: در این وضعیت نیز باید به سندرم‌هایی مانند هیپرپلازی مردانه‌ساز^۲ آدرنال (سندرم آدرنوژنیتال)، سندرم ترنر^۳، سندرم کلاین فلتر^۴، سندرم عدم حساسیت به آندروژن (سندرم مؤنث‌ساز بیضه‌ای^۵)، نقص آنزیمی در ژنوتیپ XY، هرمافرودیتیسیم^۶، هرمافرودیتیسیم کاذب^۷ توجه کرد. به جدول ۱-۴ مراجعه شود.

۳- **اسکیزوفرنی**: در این اختلال به ندرت ممکن است هذیان واقعی در مورد تعلق به جنس مخالف وجود داشته باشد. پافشاری شخص مبتلا به اختلال هویت جنسی مبنی بر اینکه او متعلق به جنس مخالف است هذیان در نظر گرفته نمی‌شود، زیرا آنچه که همیشه در اینجا مطرح می‌شود این موضوع است که شخص احساس می‌کند مانند عضوی از جنس مخالف است نه اینکه واقعاً معتقد باشد که او عضوی از جنس مخالف است. با این حال در موارد بسیار نادر، اسکیزوفرنی و اختلال هویت جنسی شدید ممکن است توأم با هم وجود داشته باشند.

-
- 1- transvestic fectishism
 - 2- . virilizing
 - 3- . turner's syndrome
 - 4- . klinefelter's syndrome
 - 5- . testicular-feminizing syndrom
 - 6- hermaphroditism
 - 7- . pseudoherm aphroditism

جدول ۱-۴: طبقه‌بندی اختلالات دو جنسی

توضیح	سندرم
به دلیل ترشح بیش از حد آندروژن در جنین با ژنوتیپ XX ایجاد می‌شود. شایع‌ترین اختلال دو جنسی در زنان و همراه است با کلیتوریس بزرگ، متصل شدن لوب‌های بزرگ و کوچک، هیرسوتیسم در بزرگسالی.	هیپرپلازی مردانه‌ساز ^۱ آدرنال (سندرم آدرنوژنیال)
ناشی از فقدان دومین کروموزوم جنسی مؤنث (XO) می‌باشد. علایم آن عبارتند از: گردن پره‌دار، کوتولگی، کویتوس و الگوس، هیچ هورمون جنسی تولید نمی‌شود؛ عقیم هستند به دلیل این که دستگاه تناسلی شبیه به زنان است، به عنوان مؤنث در نظر گرفته می‌شوند.	سندرم ترنر
ژنوتیپ آن XXY است، به‌صورت کوچک بودن آلت تناسلی و بیضه‌های ابتدایی ^۲ به دلیل کم بودن تولید آندروژن می‌باشد، میل جنسی ضعیف است. معمولاً به عنوان مرد در نظر گرفته می‌شوند.	سندرم کلاین فلتر
اختلال مادرزادی وابسته به جنس مغلوب که منجر به ناتوانی بافت‌ها در پاسخ به آندروژن می‌گردد. دستگاه تناسلی خارجی شبیه جنس مؤنث است و بیضه‌های نهفته وجود دارد. به عنوان مؤنث در نظر گرفته می‌شوند، اگرچه ژنوتیپ آن‌ها XY است. در شکل شدید، بیمار دارای پستان است و دستگاه تناسلی خارجی طبیعی است و آزن کوتاه و انسداد یافته دارند، و فاقد موهای زیر بغل و دستگاه تناسلی است.	سندرم عدم حساسیت به آندروژن (سندرم مؤنث‌ساز بیضه‌ای)
اختلال مادرزادی در تولید تستوسترون که ایجاد دستگاه تناسلی مبهم و ظاهر زنانه می‌کند، معمولاً به دلیل این که دستگاه تناسلی خارجی شبیه زنان است، به عنوان مؤنث در نظر گرفته می‌شود.	نقص آنزیمی در ژنوتیپ XY (مثلاً کمبود ۵-آلفا- رداکتاز، کمبود ۱۷-هیدروکسی استروئید)
هرمافرودیت واقعی نادر است و به صورت وجود دو بیضه و دو تخمدان در یک نفر مشخص می‌شود (ممکن است ۴۶XX یا ۴۶XY باشد).	هرمافرودیتیسم
معمولاً در اثر نقص آنزیمی یا نقص آندوکراین رخ می‌دهد (مثلاً هیپرپلازی آدرنال) در افرادی که کروموزوم طبیعی دارند. هرمافرودیت‌های کاذب مؤنث، دستگاه تناسلی شبیه مردانه دارند ولی XX هستند، هرمافرودیت‌های کاذب مذکر، بیضه‌ها و دستگاه تناسلی ابتدایی دارند و XY هستند. بسته به شکل دستگاه تناسلی به عنوان مؤنث یا مذکر در نظر گرفته می‌شوند.	هرمافرودیتیسم کاذب

موردی از اختلال هویت جنسی

آقای جوانی که از او با نام مستعار منوچهر یاد می‌شود، با مراجعه به یک درمانگاه تخصصی جراحی، درخواست «جراحی تغییر جنسیت» دارد. در طول سه سال گذشته او زندگی اجتماعی و شغل مردانه‌ای

-
- 1- virilizing
2- rudimentary

داشت. دو سال آخر را با یک زن دوجنسی^۱ که متارکه کرده بود زندگی می‌کرد و نقش شوهر را بازی می‌کرد. پیوند عاطفی خوبی بین منوچهر و زن دوجنسی و دو فرزند خردسال زن برقرار شده بود. بیمار مورد بحث از لحاظ ظاهر اجتماعی ویژگی‌های مردانه‌ی نیرومندی نداشت و رشد جنسی وی در دوره‌ی بلوغ احتمالاً به شدت به تأخیر افتاده، یا از نظر هورمونی نارسایی داشته است. صدای ضعیف او مردانه به نظر نمی‌رسید. پیراهن و کُت گشاد می‌پوشید و پستان‌هایش را محکم می‌بست تا از دید دیگران پنهان سازد. آلت تناسلی مصنوعی به خود بسته بود که برآمدگی آن در شلوارش ظاهری مردانه به او می‌داد و ساختمان آن به گونه‌ای بود که در موارد ضروری می‌توانست به طور ایستاده ادرار کند. بیمار تلاش ناموفقی برای جراحی برداشتن پستان‌ها داشت زیرا می‌خواست در فصل تابستان هنگام کار کردن در هوای آزاد پیراهن تابستانی بپوشد (او متصدی ماشین‌های سنگین ساختمانی بود). همچنین تلاش ناموفقی برای به دست آوردن هورمون تستوسترون به منظور ایجاد ویژگی‌های جنسی ثانوی مردانه و پیشگیری از پرئود داشت. بیمار می‌خواست به وسیله‌ی عمل جراحی اقدام به برداشتن زهدان و تخمدانش کند و هدف دراز مدت او انجام جراحی پلاستیک و داشتن آلت تناسلی مردانه بود. با توجه به اظهارات او مشخص شد که در دوران کودکی رفتارهایی پسرانه داشته، در نوجوانی عاشق یک زن شده و سرانجام نقش و هویت نارضایی جنسی در او تثبیت گردیده است. معاینه‌ی جسمانی نشان داد که منوچهر از نظر کالبدشناختی ویژگی‌های زنانه‌ی بهنجار دارد! اما وی آن را نفرت‌انگیز و ناجور و موجب ناراحتی و عذاب همیشگی خود تلقی می‌کرد. نتایج به دست آمده از آزمایشات مربوط به غدد درون‌ریز حاکی از آن بود که تمامی فاکتورهای هورمونی او در حد یک زن بهنجار است!

اختلال هویت جنسی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است

در DSM-IV این طبقه برای کدگذاری اختلال‌های هویت جنسی که قابل طبقه‌بندی به عنوان یک اختلال هویت جنسی مشخص نیستند، منظور می‌شود. مواردی از آنها عبارتند از: اختلالات دوجنسیتی (مانند، هیپرپلازی مردانه‌ساز آدرنال) همراه با ملال جنسیتی. به جدول ۴-۱ مراجعه شود.

رفتار مبدل‌پوشی گذرا، مرتبط با استرس (اگر اختلال مرتبط به استرس نباشد، فرد مبدل‌پوش مبتلا به یادگارخواهی یا مبدل‌پوشی شناخته می‌شود. به بحث انحرافات جنسی مراجعه شود).

1- bisexual

اشتغال ذهنی مستمر با اختگی یا پنکتومی بدون تمایل به کسب ویژگی‌های جنسیتی جنس مخالف (این افراد واضحاً از جنسیت تعیین شده‌ی خود، ناراحت هستند و با این خیال زندگی می‌کنند که اگر جنسیت دیگری داشتند، زندگی‌شان چگونه بود. این افراد، ممکن است فاقد میل جنسی باشند و کشش جنسی نسبت به مرد یا زن نداشته باشند).

درمان

در زمینه‌ی درمان اختلالات هویت جنسی باید گفت که درمان روان‌پزشکی این اختلال مایوس‌کننده و روان‌درمانی و انزجاردرمانی^۱ هم ناموفق بوده است و اینکه آیا رفتار درمانی در آینده کمکی به درمان خواهد کرد یا خیر، معلوم نیست.

کودکان

درمان کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی می‌تواند شامل موارد زیر باشد: ایجاد بهبود در الگوهای نقش جنسی موجود، یا در صورت نبودن چنین الگوهایی، تأمین یک الگوی نقش جنسی از اعضای خانواده یا دیگران (به عنوان مثال برادر یا خواهر بزرگ‌تر). مراقبان کودک ترغیب به تشویق کودک به رفتارها و نگرش‌های متناسب با جنس، می‌شوند. گاهی والدین، خود رفتارهای غیرعادی کودک‌شان را تشویق می‌کنند (مثلاً پوشاندن لباس دخترانه به یک پسر بچه یا کوتاه نکردن موهای او) و گاهی نمی‌دانند که با این کار، رفتار جنسی مقابل کودک را تشویق می‌کنند.

در درمان رفتاری که هماهنگ و متناسب با جنسیت کودک نیست، این رفتار به عنوان نوعی کمبود رفتاری در نظر گرفته می‌شود به این معنی که اینگونه افراد پاسخ‌های مناسب با جنسیت را در گنجینه‌ی رفتاری خود ندارند. بنابراین، روش درمانی مورد نظر صرفاً در جهت سرکوب کردن رفتارهای متعلق به جنس مخالف در کودک نمی‌باشد. چرا که چنین اقدامی فرد را بدون داشتن پاسخ‌های متناسب با جنسیت خود رها می‌سازد. به جای این، باید پاسخ‌های متناسب با جنسیت خود به فرد یاد داده شود تا این پاسخ‌ها بتوانند جای پاسخ‌هایی را که به نظر محیط اجتماعی کودک نامتناسب هستند بگیرند. این روشی است که توسط رکرز و همکاران او که تحقیقات زیادی را در این زمینه انجام داده‌اند، تعقیب شده است. به عنوان مثال پسر بچه‌ای که رفتارهای زنانه از خود بروز می‌دهد، باید رفتار متناسب با جنسیت در او تقویت و رفتارهای نامتناسب با جنسیت در او تضعیف شود. مثلاً در بخشی از این روش درمانی، با استفاده از روش

1- aversive therapy

تقویت افتراقی محتوای صحبت، درمانگر نسبت به بیان موضوعات مردانه یا خنثی توجه و علاقه نشان می‌دهد ولی صحبت‌ها و لحن و نحوه بیان زنانه در فرد مبتلا نادیده گرفته می‌شود.

نوجوانان

درمان نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی به علت هم‌زمانی با بحران‌های طبیعی هویت و کنفوزیون^۱ هویت جنسی، مشکل است. برون‌ریزی^۲ (کنش‌نمایی) شایع است و نوجوانان به ندرت انگیزه‌های قوی برای تغییر نقش‌های قالبی جنس مقابل خود را دارند. بیماران بزرگسال اغلب به این دلیل وارد روان‌درمانی می‌شوند که نحوه‌ی مدارا با مشکل را بیاموزند، نه اینکه آن را تغییر دهند. درمانگر معمولاً اهدافی را طرح می‌کند تا به بیمار کمک شود با هویت جنسی مطلوبش راحت باشد و هدف این نیست که فردی با هویت جنسی مرسوم ایجاد شود. ضمن درمان، همچنین اعمال جراحی برای تغییر جنسیت بررسی می‌شود و موارد استفاده و ممنوعیت این روش‌ها که بیماران شدیداً ناراحت و مضطرب به آنها دست زده‌اند، مورد بحث قرار می‌گیرد.

بزرگسالان

الف) روان‌درمانی: هدف درمان کمک به بیمار در جهت راحتی با هویت جنسی مورد تمایل خودش است، نه ایجاد شخصیتی مطابق با هویت جنسی قراردادی. همچنین درمان، بررسی از نظر جراحی‌های تغییر جنسیت و اندیکاسیون‌ها و کنترااندیکاسیون‌های آن را، که بیماران به شدت افسرده و مضطرب اغلب به شکل نکته‌ای تصمیم به آن می‌گیرند، شامل می‌شود.

ب) جراحی تغییر جنسیت^۳: درمان از این طریق قطعی و غیرقابل برگشت است. بیماران ۳ تا ۱۲ ماه، دوره‌ی مبدل‌پوشی و هورمون‌درمانی را می‌گذرانند. هفتاد تا هشتاد درصد بیماران، از نتیجه‌ی این اعمال راضی هستند. عدم رضایت با شدت آسیب‌شناسی روانی زمینه‌ای، هم‌خوانی دارد. دو درصد خودکشی گزارش شده است. در برخی از این افراد، آزمون زندگی واقعی در نقش جنس مقابل، ممکن است سبب تغییر ذهنیت آنها شود، زیرا در این حالت، ارتباط با دوستان، همکاران و معشوق یا معشوقه در

1- confusion

2- acting out

3- sex- reassignment surgery

آن نقش، دشوار می‌شود. بیماران در تغییر مرد به زن، باید استرادیول و پروژسترون دریافت کنند و در تغییر زن به مرد باید تستوسترون مصرف کنند. بسیاری از ناراضیان جنسیتی از تغییرات بدنی حاصل از این درمان راضی بوده و فراتر نمی‌روند. حدود ۵۰ درصد ناراضیان جنسیتی که واجد ملاک‌های لازم هستند، تحت عمل جراحی تغییر جنسیت قرار می‌گیرند. مطالعات در مورد نتایج درمان، بر حسب تعریف موفقیت و نحوه‌ی ارزیابی آن، بسیار متغیر است.

اکثریت مبتلایان به این اختلال که جهت جراحی تغییر جنسیت به کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند آشفتگی روانی قابل توجهی نشان می‌دهند. در گروهی از بیماران که به کلینیک هویت جنسی یک دانشگاه مراجعه کردند، تنها در ۸ درصد مردان و ۴۰ درصد زنان فقط اختلال هویت جنسی به تنهایی یافت شد. بقیه‌ی افراد علاوه بر این اختلال به سایر صور آشفتگی‌های روانی نیز مبتلا بودند (لوین، ۱۹۸۰، به نقل از ساراسون و همکاران، ۱۳۸۳).

برخی از پژوهش‌گران اظهار می‌کنند که چون مطالعات پی‌گیری درازمدت در این زمینه وجود ندارد در مورد نتایج چنین عمل‌هایی هنوز نمی‌توان اظهار نظر قطعی و واقعی نمود.

ج) هورمون درمانی: در برخی از بیماران، به جای جراحی تغییر جنسیت، با تجویز هورمون‌ها درمان می‌شوند. بیمارانی که از لحاظ زیستی مرد هستند، استروژن دریافت می‌کنند و برای کسانی که از لحاظ زیستی زن محسوب می‌شوند، تستوسترون تجویز می‌شود. بیمارانی که استروژن دریافت می‌کنند، معمولاً فوراً از لحاظ روان‌شناختی، احساس رضایت می‌کنند که این احساس رضایت مبتنی بر احساس آرامش، دفعات کمتر نعوظ، تظاهرات معدودتر سائق جنسی نسبت به قبل از درمان است. سترونی^۱ جدید آن‌ها پس از دریافت هورمون، موجب نگرانی‌شان نمی‌شود. پس از چند ماه، انحنای بدن، گرد می‌شود، پستان‌ها به‌طور محدود اما راضی‌کننده، بزرگ می‌شود و حجم بیضه‌ها کاهش می‌یابد. کیفیت صدا تغییر نمی‌کند. متخصصان باید این بیماران را از لحاظ افزایش فشار خون، هیپرگلیسمی^۲، اختلال کبدی^۳ و پدیده‌های ترومبوآمبولیک تحت نظر داشته باشند.

پس از دریافت آندروژن در زنان مبتلا به این اختلال، افزایش سائق جنسی، بزرگی و احساس سوزش ناحیه‌ی کلیتوریس دیده می‌شود و پس از چند ماه عادت ماهیانه در آنها قطع شده و صدایشان خشن

1- sterility

2- hyperglycemia

3- hepatic dysfunction

می‌شود. اگر این بیماران، اقدام به وزنه‌برداری کنند، به زودی افزایش حجم عضلات مشاهده می‌شود. بسته به نحوه‌ی توزیع قبلی موها، بیماران ممکن است افزایش متوسطی در مقدار و میزان زبری موهای بدن و صورت پیدا کنند، در برخی طاسی ناحیه پیشانی پدید می‌آید. ممکن است در این بیماران پدیده‌های ترومبوسیتوپنی، اختلال کبدی و بالا رفتن تری‌گلیسرید و کلسترول مشاهده شود.

انحرافات جنسی

فصل پنجم

انحرافات جنسی (پارافیلیا)^۱

انحرافات جنسی یا نابهنجاری جنسی با خیالات جنسی ویژه، امیال جنسی همراه با ابرام، و اعمالی که معمولاً ماهیت تکراری داشته و برای شخص منبع ناراحتی است مشخص می‌باشند. خیال ویژه با اجزاء آگاهانه و ناخودآگاه خود، عامل شناساننده بوده و تحریک و ارگاسم پدیده‌های فرعی به شمار می‌روند. نفوذ تصویر ذهنی و پرداخت آن در رفتار شخص وراء محدوده‌ی جنسی کشیده شده و زندگی شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تحریک پارافیلیاک ممکن است گذرا بوده و در کسانی که فقط در دوره‌های استرس‌آمیز و همراه با تعارض روی تکانه‌های خودعمل می‌کنند ظاهر گردد (پورافکاری، ۱۳۸۰).

واژه‌ی پارافیلیا یا انحرافات جنسی از دو واژه که ریشه‌ی یونانی داشته و به معانی «درکنار» و «عشق» می‌باشند تشکیل شده است. انحرافات جنسی، جزء رفتارهای انحرافی^۲ محسوب می‌شوند که افراد سعی می‌کنند آنها را پنهان نگاه دارند و ممکن است اعمال آنها، دیگران را کنار بگذارد و یا به آنها آسیب برساند و بالاخره احتمال برقراری پیوند بین دو انسان را از بین ببرد. انحرافات جنسی با خیالات جنسی ویژه، اعمال خودارضایی، استفاده از آلات جنسی مصنوعی، و خواست‌ها و الزام‌های مربوط به شریک جنسی مشخص می‌باشد.

از ویژگی‌های بارز انحرافات جنسی خیال‌پردازی‌های برانگیزنده‌ی جنسی، امیال یا رفتارهای جنسی عودکننده و شدیدی است که به‌طور کلی به

۱- موضوع‌های غیرانسانی،

۲- رنجاندن یا تحقیر خود یا شریک جنسی،

1- paraphilias

2- divergent

۳- کودکان یا سایر افراد ناموفق با این اعمال مربوط می‌شوند و در دوره‌ای به مدت دست کم ۶ ماه روی می‌دهند.

در مورد برخی افراد، خیال‌پردازی‌ها یا محرک‌های مربوط به انحرافات جنسی برای انگیزتگی شهوانی ضروری هستند و همیشه در فعالیت جنسی وجود دارند. در انحرافاتمانند بچه‌بازی^۱، چشم‌چرانی^۲، عورت‌نمایی^۳، و مالش دوستی^۴، تشخیص به شرطی گذاشته می‌شود که شخص بر اساس این امیال عمل کند یا امیال یا خیال‌پردازی‌های جنسی یا رفتارها موجب ناراحتی شدید یا مشکلات بین فردی می‌شوند. در سادیسم^۵ (آزارگری جنسی) تشخیص به شرطی گذاشته می‌شود که شخص براساس این امیال، بر یک شخص ناموافق عمل می‌کند، و یا امیال، خیال‌پردازی‌های جنسی یا رفتارها موجب ناراحتی شدید یا مشکلات بین فردی می‌شوند. برای سایر موارد انحرافات جنسی، تشخیص به شرطی گذاشته خواهد شد که این رفتارها، امیال، یا خیال‌پردازی‌های جنسی موجب پریشانی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم می‌شوند.

افرادی که دچار انحرافات جنسی می‌شوند ممکن است دستگیر و زندانی شوند. جرایم جنسی علیه کودکان نسبت قابل ملاحظه‌ای از تمام اعمال جنسی غیرقانونی گزارش شده را تشکیل می‌دهند، و بیشتر مجرمان جنسی دستگیر شده را مبتلایان به عورت‌نمایی، بچه‌بازی، و چشم‌چرانی تشکیل می‌دهند. در برخی موقعیت‌ها، تحقق تصویر سازی ذهنی مربوط به ناپه‌نجاری جنسی ممکن است به آسیب زدن به خود منجر شود (به‌گونه‌ای که در مازوخیسم^۶ دیده می‌شود). اگر سایر افراد رفتار جنسی غیرعادی را شرم‌آور یا منافعی عفت قلمداد کنند یا اگر شریک جنسی فرد همکاری در مورد امیال جنسی غیرعادی را رد کند، ممکن است روابط اجتماعی و جنسی آسیب ببینند. در برخی موارد، رفتار غیرعادی (مانند عورت‌نمایی یا یادگارخواهی) ممکن است فعالیت جنسی اصلی را در زندگی فرد تشکیل دهد. این افراد به ندرت در صدد چاره‌جویی بر می‌آیند و معمولاً تنها زمانی به مراکز بهداشت روانی مراجعه می‌کنند که رفتارشان موجب تعارض و درگیری با شرکای جنسی یا جامعه شده باشد.

1- pedophilia

2- Voyeurism

3- exhibitionism

4- Fortteurism

5- Sexual sadism

6- sexual masochism

در ارتباط با انحراف در زمینه‌ی مسایل جنسی دو رویکرد اساسی وجود دارد که یکی زیست‌شناختی و دیگری جامعه‌شناختی می‌باشد. با توجه به رویکرد زیست‌شناختی تا جایی که یک رفتار برای خود یا دیگران مشکلی به وجود نیاورد هرچند خارج از حدود عرف و ارزش‌های مقبول باشد انحراف تلقی نمی‌شود. و در رویکرد جامعه‌شناختی رفتاری از لحاظ جنسی انحرافی محسوب می‌شود که با معیارهای مورد قبول جامعه مغایرت داشته باشد. از آنجا که ارزش‌های موجود جوامع تغییر می‌کنند، برداشتها و تعاریف انحراف‌های جنسی نیز همواره یکسان نمی‌مانند. بنابراین امروزه بسیاری از مراجع به جای بحث و گفت‌وگو در باره‌ی انحرافات جنسی از تنوع رفتارهای جنسی سخن به میان می‌آورند.

همه‌گیرشناسی

مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که در میان موارد شناخته شده از لحاظ قانونی، میل جنسی نسبت به اطفال یا بچه‌بازی در بین سایر انحرافات شایع‌تر از همه است. چون در این نوع انحراف پای کودکی در میان است، موضوع جدی‌تر گرفته شده و در مقایسه با سایر انحرافات جنسی کوشش بیشتری برای ردیابی متهم یا مقصر به عمل می‌آید. عورت‌نمایی نیز چون نمایش آلت تناسلی به دختران جوان و کودکان در ملاء عام را شامل می‌گردد، به دستگیری عامل می‌انجامد. افرادی که چشم‌چرانی می‌کنند ممکن است دستگیر شوند، معه‌ذا احتمال خطر آنها کمتر است. سادیسم و مازوخیسم در تخمین‌های شیوع کمتر از میزان واقعی نمایانده شده‌اند. مازوخیسم زمانی مورد توجه قرار می‌گیرد که شخص در تخمین تاب و تحمل خود دچار اشتباه شده و به کنار از آسیب‌های دائم، نتایج غمباری به وجود می‌آورد. سادیسم اصولاً فقط در مواردی مانند تجاوز به عنف و قتل‌های شهوانی مورد توجه قرار می‌گیرد. پارافیلیاهای دفعی^۱ به ندرت گزارش می‌شود، چون هرگونه فعالیتی معمولاً بین دو شخص بالغ موافق صورت می‌گیرد، یا بین روسپیان و مشتری. یادگارخواهی معمولاً منجر به درگیری با سیستم قانونی نمی‌گردد. مبدل‌پوش‌ها به ندرت وقتی آشکارا مرد هستند و لباس زنان را پوشیده‌اند ممکن است به جرم برهم زدن آرامش دستگیر شوند، ولی دستگیر شدن در اختلالات هویت جنسی شایع‌تر است. حیوان‌خواهی^۲، به عنوان یک انحراف جنسی واقعی، نادر است.

1- excretory paraphilias

2- Zoophilia

در تمامی نمونه‌های فوق کسانی که با انحراف جنسی خود کنار آمده‌اند کمتر از میزان واقعی نمایانده می‌شوند. نسبت شیوع انحرافات جنسی بسیار قابل توجه است. همانطور که معمولاً توصیف می‌شود، انحراف جنسی به‌طور عمده بیماری مردها است. در همجنس‌گرایی نیز عیار حدود دو به یک است. در انحراف‌های آشکار، مردها به مراتب بیشتر درگیر هستند. در بیش از ۵۰ درصد منحرفین جنسی، اختلال پیش از سن ۱۸ سالگی شروع شده است. بیماران مبتلا به انحراف جنسی، اغلب به‌طور همزمان یا در زمان‌های مختلف به سه تا پنج نوع انحراف، مبتلا هستند.

انواع انحرافات جنسی و سبب‌شناسی

در DSM- IV-TR انحرافات جنسی به انواع مختلفی تقسیم‌بندی می‌شود که عبارتند از: عورت‌نمایی^۱، یادگارخواهی^۲، مالش دوستی^۳، بچه‌بازی^۴، مازوخیسم (آزارخواهی) جنسی^۵، سادیسم (آزارگری) جنسی^۶، یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی^۷، چشم‌چرانی^۸، و یک طبقه‌ی مجزا برای سایر انحرافات جنسی که به‌گونه‌ای دیگر مشخص نشده‌اند^۹ (مانند پارافیلیای دفعی^{۱۰} و حیوان‌خواهی^{۱۱} و غیره).

اما در دهمین تجدیدنظر طبقه‌بندی آماری و بین‌المللی، بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی وابسته (ICD-10)^{۱۲}، انحرافات جنسی به صورت اختلالات رجحان جنس^{۱۳} تعریف شده است. در ICD-10،

1- exhibitionism

2- . fetishism

3- frotteurism

4- pedophilia

5- sexual masochism

6- sexual sadism

7- . transvestic fetishism

8- voyeurism

9- Not Otherwise Specified (N.O.S)

10- . excretory paraphilias

11- . zoophilia

12- The 10th revision of International statistical of Classification of Diseases and related health problems (ICD-10)

13- Disorders of sexual preference

شش اختلال اختصاصی در این زمینه آورده شده است که عبارتند از: یادگارخواهی، یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی، عورت‌نمایی، چشم‌چرانی، بچه‌بازی و سادومازوخیسم (آزارگری - آزار خواهی). علاوه بر موارد یاد شده ICD-10 سه طبقه‌ی باقیمانده نیز دارد که در جدول ۱-۵ توضیحات تکمیلی آمده است.

جدول ۱-۵: ملاک‌های تشخیصی ICD-10 برای اختلالات رجحان جنسی

G1	فرد به‌طور مکرر دچار امیال یا تخیلات جنسی مربوط به فعالیت‌ها یا اشیاء غیرعادی می‌شود.
G2	فرد بر اساس این امیال غیرعادی عمل می‌کند یا بر اثر آن‌ها به میزان زیادی دچار ناراحتی می‌شود.
G3	رجحان غیرعادی فرد حداقل ۶ ماه دوام یافته است.
	یادگارخواهی
الف)	ملاک‌های کلی اختلال رجحان جنسی باید موجود باشد.
ب)	یادگار (شیء غیرزنده) مهم‌ترین منبع تحریک جنسی، محسوب می‌شود یا برای ارضاء جنسی ضروری است.
	یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی
الف)	ملاک‌های کلی اختلالات رجحان جنسی باید موجود باشد.
ب)	فرد، لباس‌های جنس مخالف را می‌پوشد تا ظاهر جنسی مخالف را پیدا کند و احساس کند متعلق به آن جنس است.
ج)	مبدل‌پوشی ارتباط نزدیکی با انگیزتگی جنسی دارد. وقتی ارگاسم روی دهد و انگیزتگی جنسی فروکش کند، فرد تمایل قوی برای تعویض لباس‌های نامتناسبش پیدا می‌کند.
	عورت‌نمایی
الف)	ملاک‌های کلی اختلالات رجحان جنسی باید موجود باشد.
ب)	فرد، تمایل مداوم یا راجعه، دارد که دستگاه تناسلی‌اش را به‌طور غیرمنتظره به افراد غریبه (معمولاً جنس مخالف) نشان دهد، که این عمل تقریباً همیشه همراه با انگیزتگی جنسی و خودارضایی است.
ج)	هیچ‌گونه قصد یا دعوتی برای رابطه‌ی جنسی با شاهد یا شاهدین در کار نیست.
	چشم‌چرانی
الف)	ملاک‌های کلی اختلالات رجحان جنسی باید موجود باشد.
ب)	فرد، تمایلی مداوم یا مکرر برای تماشای رابطه‌ی جنسی دیگران یا اعمال خصوصی مانند درآوردن لباس دارد که همراه با تحریک جنسی و خودارضایی است.
ج)	فرد، تمایلی به فاش کردن حضور خود ندارد.
د)	فرد، قصد رابطه‌ی جنسی با مشاهده شونده‌گان را ندارد.

بچه‌بازی

(الف) ملاک‌های کلی اختلالات رجحان جنسی باید موجود باشد.

(ب) فرد، گرایش مداوم یا غالب برای رابطه‌ی جنسی با کودکان زیر سن بلوغ دارد.

(ج) بیمار حداقل ۱۶ سال سن داشته و ۵ سال بزرگ‌تر از کودکان قربانی است.

سادیسیم - مازوخیسم

(الف) ملاک‌های کلی اختلالات رجحان جنسی باید موجود باشد.

(ب) فرد، تمایل دارد که در جریان رابطه‌ی جنسی، حداقل یکی از موارد زیر را ایجاد یا دریافت کند:

درد تحقیر به بند کشیدن

(ج) فعالیت سادیسم - مازوخیسم مهم‌ترین منبع تحریک جنسی است و یا برای اقناع جنسی

ضروری است..

اختلالات متعدد رجحان جنسی

احتمال وجود چند رجحان ناهنجار جنسی در یک فرد بیشتر از حدی است که تصادفی به نظر

آید. برای اهداف پژوهش، انواع مختلف رجحان و اهمیت سنی آن‌ها برای فرد باید ثبت شود.

شایع‌ترین اختلالاتی که با هم دیده می‌شوند، عبارتند از: یادگارخواهی، مبدل‌پوشی و سادیسم-

مازوخیسم.

سایر اختلالات رجحان جنسی

انواع دیگری از الگوهای رجحان و فعالیت جنسی، ممکن است روی دهد که نسبتاً ناشایع‌اند.

این اختلالات عبارتند از: هرزه‌گویی تلفنی، مالش دیگران به منظور تحریک جنسی در مکان‌های

شلوغ عمومی (مالش‌دوستی)، رابطه‌ی جنسی با حیوانات، استفاده از اختناق یا آنوکسی برای تقویت

تحریک جنسی و گرایش به شرکاء جنسی دچار برخی ناهنجاری‌های آناتومیک خاص نظیر قطع عضو.

اعمال شهوی به حدی متنوعند و بسیاری از آن‌ها به حدی نادر و عجیب و غریبند که نمی‌توان

برای هرکدام از آن‌ها اصطلاح خاصی به کار برد. بلغ ادرار، مالیدن مدفوع، سوراخ کردن پوست حشفه

یا نوک پستان‌ها ممکن است جزئی از رفتارهای سادیسم-مازوخیسم باشد. آئین‌های مختلف

خودارضایی شایع است، ولی روش‌های شدیدتری مانند دخول اشیاء داخل رکتوم یا پیشابراه آلتی یا

خفگی نسبی خود در هنگام روابط جنسی عادی، ناهنجاری محسوب می‌شود. مرده‌دوستی نیز باید

در این قسمت کدبندی شود.

اختلال رجحان جنسی نامتمایز

سبب‌شناسی: علت اصلی انحرافات جنسی اصولاً ناشناخته است. مدل روانکاوی انحرافات جنسی را ناشی از تثبیت در یکی از مراحل رشد روانی-جنسی، یا کوششی برای محافظت در مقابل اضطراب اختگی^۱ می‌داند. در مدل یادشده، منحرفین جنسی کسانی هستند که نتوانسته‌اند فرآیند رشد طبیعی به سمت سازگاری با جنس مخالف را تکمیل کنند، ولی برخی رویکردهای روانکاوی جدید، این مدل را تعدیل کرده‌اند.

حل نشدن بحران اودیپی با همانندسازی با پدر پرخاشگر (برای پسرها) یا مادر پرخاشگر (برای دخترها) به همانندسازی نامناسب با والد جنسی مخالف یا انتخاب نامتناسب یک موضوع^۲ برای نیروگذاری روانی لیبیدو^۳ منجر خواهد شد. مطابق با رویکرد روانکاوی کلاسیک، مبدل‌پوشی و یادگارخواهی همراه مبدل‌پوشی، همه اختلال محسوس می‌شوند، چون نشان دهنده همانندسازی با والد جنس مخالف هستند تا والد همجنس؛ مثلاً مردی که لباس زنانه می‌پوشد، در واقع با مادر خود همانندسازی می‌کند. عورت‌نمایی و چشم‌چرانی ممکن است کوشش برای تسکین اضطراب اختگی باشد. در یادگارخواهی، شخص برای اجتناب از اضطراب، تکانه‌های زیست‌مایه^۴ را به اشیاء نامتناسب انتقال می‌دهد. یادگارخواه کنش با وابسته کردن زیست‌مایه^۵ به یک موضوع آلتی^۶ یا همان کفش که نماد آلت زنانه است، به‌طور ناخودآگاه، به انکار این موضوع می‌پردازد که زنان، آلت^۷ خود را در نتیجه‌ی اخته شدن^۸ از دست داده‌اند. مبتلایان به بچه‌بازی و سادیسم جنسی برای جبران احساس درماندگی و ناتوانی در خلال بحران اودیپی^۹، نیاز به تسلط و کنترل بر قربانی خود دارند.

برخی از پژوهش‌گران معتقدند که انتخاب بچه به عنوان شیء محبوب، ناشی از خودشیفتگی^{۱۰} است. مازوخیست‌های جنسی با تظاهر به این که نسبت به آسیب مقاومند، بر ترس خود از آسیب دیدن و

1 - castration anxiety

2 - Object

3 - Libido cathexis

4 - libidinal impulse

5 - libido

6 - pallic object

7 - penis

8 - Castration

9

10 - narcissism

احساس درماندگی فائق می‌آیند. نظریه‌ی دیگری در این زمینه وجود دارد که معتقد است شخص مازوخیست، پرخاشگری ذاتی همه‌ی انحرافات جنسی را متوجه خود می‌سازد. هرچند در نظریات تازه‌تر روانکاوی، بر مکانیسم‌های دفاعی بیشتر از ضربه‌های اودپسی تأکید می‌شود، ولی درمان روانکاوی منحرفین جنسی همچنان مطابق نظریه‌ی زیگموند فروید انجام می‌گیرد (اوحدی، ۱۳۸۵).

استعداد زیست‌شناختی (الکتروآنسفالوگرام^۱ غیرطبیعی، هورمون‌های غیرطبیعی) در انحرافات جنسی احتمال دارد با عوامل روانشناختی، مثل سوءرفتار در زمان کودکی، تقویت گردد.

از انحرافات جنسی بررسی شده در کلینیک‌های پزشکی که دچار عوارض عضوی بوده‌اند، ۷۴ درصد علایم عصبی جزیی یا آشکار، ۲۴ درصد اختلال کروموزومی، ۹ درصد صرع، ۹ درصد نارساخواری^۲، ۴ درصد الکتروآنسفالوگرافی غیرطبیعی (بدون حملات تشنجی)، ۴ درصد آسیب‌های روانی عمده، و ۴ درصد عقب‌ماندگی ذهنی داشتند. در اینجا مشخص نشده است که آیا این یافته‌ها با علایق انحرافی جنسی رابطه دارند یا با پیدایی انحرافات جنسی مرتبط بوده‌اند.

احتمال می‌رود پای عوامل سرشتی در رفتار جنسی در میان باشد. اما به احتمال زیاد به عنوان یک بازخورد ضعیف که هماهنگ با کانون‌های متعدد مؤثر واقع می‌گردد، عمل می‌نماید. شواهد موجود حاکی است که عوامل تجربی و روانی در پیدایش انحرافات جنسی تأثیر عمده دارند.

در انحرافات جنسی این احتمال هم وجود دارد که کودک، سوء رفتارهای غیر جنسی مانند ضربه زدن به باسن^۳، تنقیه^۴ و تحقیر کلامی را جنسی تلقی کند و همین تجربیات اولیه، زمینه را برای انحرافات جنسی آماده کند. چنین تجربیاتی ممکن است باعث پیدایش کودک شهوانی^۵ شود. همچنین یادگیری مشاهده‌ای و الگوبرداری مستقیم و غیرمستقیم از رفتار افرادی که دست به چنین اعمالی می‌زنند می‌تواند در بروز انحرافات جنسی مؤثر واقع شود.

شاملو (۱۳۸۲) در کتاب بهداشت روان بر این اعتقاد است که «معمولاً اساس انحرافات جنسی، احساس حقارت و بیهودگی است که در شخص نهفته است و همین احساس، بزرگترین علت سردی جنسی در زن و ضعف جنسی در مرد است. احساس ضعف جنسی اغلب با حس شرمندگی توأم است.

1- Electroencephalography

2- dyslexia

3- spanking

4- enema

5- eroticized child

برای اینکه از مشکلات جنسی جوانان کاسته شود، لازم است که خانواده و اجتماع در طرز تربیت و افکار مربوط به امور جنسی، روش سالمی اتخاذ کنند، بدین معنی که اولیا باید در مورد امور جنسی اطلاعات لازم، مناسب و مفیدی را در دسترس کودکان خود بگذارند.

احدی و محسنی (۱۳۷۷) هم بر این اعتقادند که «سوء استفاده از جاذبه‌ی جنسی برای تأمین منافع اقتصادی و تجارت، نیازهای جنسی را تحریک می‌کند و باعث انحرافات جنسی و اخلاقی و ناراحتی در نوجوانان می‌شود. کمبود محبت و نوازش، خفت و تحقیر در بسیاری از دختران نوجوان سبب می‌شود که برای جبران آن به سهولت فریب افراد چالپوس را بخورند و به انحراف کشیده شوند. [...] محیط ناسالم (خانواده، آموزشگاه، اجتماع، چه بزرگ و چه کوچک، چه شهری و چه روستایی، چه ثروتمند و چه فقیر، چه پیشرفته و چه عقب افتاده) در انحراف جنسی مؤثرند. خانواده نقش نخستین را به عهده دارد، خانواده‌هایی که جاهل، متعصب یا فاقد معلومات کافی برای آموزش فرزند هستند، راه را برای انحرافات جنسی فرزندان هموار می‌کنند. نداشتن تعلیم و تربیت صحیح خانواده‌ها جهت ارشاد فرزندان و عدم آشنایی آنان در تحلیل مسایل جنسی و ازدواج برای نوجوانان موجب انحراف جنسی است. بی‌ثباتی وضع خانواده، مختل بودن آن و آلودگی خانواده سبب انحراف مخرب (از قبیل سادیسم و غیره) می‌باشد. مبتلایان به انحرافات جنسی، از نظر اخلاقی، خانوادگی و دوران کودکی شباهت بسیاری با یکدیگر دارند. عموماً افراد کم و بیش محجوب، منزوی، خودگرا، درون گرا، دیر جوش، حساس و زودرنج هستند و تنهایی را بر اجتماع ترجیح می‌دهند، تا در پناه خلوت آن، با خود و افکار و تخیلات رؤیایی خویش مشغول شوند. عدم راهنمایی خانواده‌ها در رابطه با جنسیت، و سختگیری‌های تربیتی و عدم توجه به نیازمندی‌های اولیه کودک به بازی، شادی، محبت و امنیت، راه را برای انحرافات جنسی کودکان و نوجوانان باز می‌کند».

در تشخیص افتراقی انحرافات جنسی باید به موارد زیر توجه نمود: به کارگیری غیر بیمارگون خیالپردازی‌ها، رفتارها یا اشیاء به عنوان محرکی برای برانگیختگی جنسی، وجود موارد اندکی از رفتار جنسی غیرعادی در عقب‌ماندگی ذهنی، زوال عقل، تغییر شخصیت ناشی از یک بیماری طبی عمومی، مسمومیت با مواد، دوره‌ی مانیک یا اسکیزوفرنیا که ممکن است با کاهش در قضاوت، مهارت‌های اجتماعی، یا کنترل تکانه همراه باشد، تمیز دادن عورت‌نمایی از ادرار کردن در ملاء عام^۱ و

حال به توضیح هر یک از انحرافات جنسی و ملاک‌های تشخیصی آنها پرداخته می‌شود:

1- Public urination

I. عورت‌نمایی^۱

نشان دادن آلت تناسلی خود به یک فرد غریبه، مشخصه‌ی اصلی انحراف جنسی عورت‌نمایی است. گاهی فرد مبتلا به این انحراف، در حین نشان دادن آلت تناسلی خود (یا در حین خیال‌پردازی در باره‌ی نشان دادن اندام تناسلی خود) خودارضایی می‌کند. اگر فرد مطابق با این امیال عمل کند، به‌طور کلی هیچ تلاشی برای انجام فعالیت جنسی گسترده‌تر با غریبه‌ها نشان نمی‌دهد. میدان عورت‌نمایی بسیار وسیع است به طوری که آنچه را که به وسیله‌ی مُد تحمیل می‌شود، یا عادات معمولی و پیش‌پا افتاده اجازه می‌دهد، تا منحرفانه‌ترین و نامشروع‌ترین خودنمایی‌ها را در بر می‌گیرد. شایع‌ترین نمونه‌ی عورت‌نمایی، مورد مردانی است که بدون پوشیدن زیرشلواری، اندام تناسلی عریان خود را پشت دامن یک پالتو یا بارانی قرار می‌دهند و گذرگاه‌های مترو را در جستجوی قربانیان بی‌گناه (دختران جوان، پسر بچه‌ها، زنان تارک دنیا) زیر پا می‌گذارند. این‌گونه مناظر چیزی بود که به‌خصوص کمک کرد تا روانشناسان در مسیر شناخت و تحلیل مکانیسم انحراف قرار گیرند. عامل روانی مهمی که در این انحراف بیشتر به چشم می‌خورد عبارتست از دفاع فرد مبتلا در برابر احساس ناتوانی یا گناه جنسی، از طریق ترساندن دیگران با نمایش دادن اندام تناسلی خود. این رفتار، عورت‌نمایی را با نوعی سادیسم که جنبه‌ی خودنمایانه دارد در ارتباط قرار می‌دهد (دانیلو، ۱۳۸۳).

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در عورت‌نمایی

الف) وجود خیال‌پردازی‌های برانگیزنده‌ی جنسی، امیال جنسی، یا رفتارهای برگشت‌کننده و شدید در مورد نشان دادن آلت تناسلی خود به غریبه‌ای که انتظار چنین عملی را ندارد، به مدت یک دوره‌ی دست‌کم ۶ ماهه.

ب) خیال‌پردازی‌ها، امیال جنسی، یا رفتارها موجب پریشانی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم می‌شوند.

در برخی موارد، فرد از تمایل به متعجب ساختن و وحشت‌زده کردن مشاهده‌گر آگاه است. در سایر موارد، فرد خیال‌پردازی برانگیزنده‌ی جنسی دارد مبنی بر این که مشاهده‌گر از لحاظ جنسی برانگیخته خواهد شد. فرد مبتلا سعی دارد طرف مقابل را بترساند ولی اینگونه افراد از نظر جسمانی خطری برای

1- exhibitionism

فرد مقابل ندارند. عورت‌نمایی در بچه‌ها بازی شایعی است و انحراف تلقی نمی‌شود. اما در بالغین جزء انحرافات جنسی است و در مردان بروز می‌کند. زنان معمولاً از نشان دادن اعضاء تناسلی خود به ارضاء جنسی نایل نمی‌شوند اما از نشان دادن سایر قسمت‌های بدن خود لذت بیشتری می‌برند. فرد مبتلا برای تکرار عمل خود به همان محل قبلی برمی‌گردد و در نتیجه مکرراً گرفتار می‌شود. گاهی نیز مردان سالخورده به دلیل اختلالات قضاوت و ناتوانی در کنترل انگیزه‌های درونی به این حالت دچار می‌شوند. با افزایش سن معمولاً از شدت این انحراف جنسی کاسته می‌شود.

معمولاً پیش از نمایش دادن آلت تناسلی، بیمار دچار تنش می‌شود و با نمایش دادن آلت خود، این تنش از بین می‌رود. بیشتر افرادی که مبتلا به این انحراف جنسی هستند، در یکی از دو دسته‌ی زیر قرار می‌گیرند:

۱- مردانی با خلق و خوی آرام که معمولاً آلت تناسلی شل خود را به نمایش می‌گذارند و پس از این عمل احساس گناه می‌کنند.

۲- مردانی که شخصیتی پرخاشگر دارند و آلت تناسلی خود را در وضعیت نعوظ و در حال خودارضایی به نمایش می‌گذارند و پس از انجام عمل مذکور احساس پشیمانی نمی‌کنند (گیلدر، ۱۳۸۷).
عورت‌نمایی می‌تواند بین دوره‌ی پیش از نوجوانی و میانسالی آغاز شود، اما با فراوانی بیشتری در سنین بیست سالگی رخ می‌دهد. عورت‌نما نیازی تکانشی و غیرقابل مقاومت به نشان دادن آلت خود دارد، و این کار را علی‌رغم اضطراب، افسردگی، و شرمی که در نتیجه آن احساس می‌کند انجام می‌دهد. به نظر می‌رسد اقدام به عورت‌نمایی اغلب با احساسات ترس و بی‌قراری و برانگیختگی جنسی شروع شود. وقتی این احساس بر فرد چیره می‌شوند، شخص در پی رهایی از آنها برمی‌آید.

II. یادگار خواهی^۱

استفاده از اشیاء بی‌جان (یادگار^۲)، کانون اصلی ناپه‌نجاری جنسی در یادگارخواهی می‌باشد. متداول‌ترین اشیاء یادگار عبارتند از شورت، کرس، جوراب، کفش، چکمه، یا سایر لباس‌های زنانه. شخص مبتلا به این انحراف جنسی بیشتر در حین در دست گرفتن، مالیدن، یا بو کردن شیء یادگار خودارضایی می‌کند یا ممکن است از شریک جنسی درخواست پوشیدن شیء یادگار را در حین رویارویی‌های جنسی را بنماید. معمولاً شیء یادگار برای برانگیختگی جنسی لازم یا به شدت مرجع است

1- fetishism

2- fetish

و در صورت فقدان آن احتمال دارد اختلال نعوظی در مردان روی دهد. هنگامی که اشیاء یادگار به لباس‌های زنانه‌ی مورد استفاده در مبدل پوشش محدود می‌شوند، به گونه‌ای که در یادگارخواهی همراه با مبدل پوشی جنسی دیده می‌شود، یا هنگامی که یک شیء برانگیزنده‌ی جنسی که به همین منظور ساخته شده است مورد استفاده قرار می‌گیرد (مانند ویبراتور^۱)، این انحراف جنسی تشخیص گذاشته نمی‌شود.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در یادگار خواهی

الف) وجود خیال‌پردازی‌های برانگیزنده‌ی جنسی، امیال جنسی، یا رفتارهای برگشت کننده و شدید در مورد استفاده از اشیاء بی‌جان (مانند لباس‌های زیر زنانه) به مدت یک دوره‌ی دست کم ۶ ماهه.

ب) خیال‌پردازی‌ها، امیال جنسی، یا رفتارها موجب پریشانی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم می‌شوند.

ج) اشیاء یادگار به لباس‌های زنانه‌ی مورد استفاده در مبدل پوشی (به گونه‌ای که در یادگارخواهی همراه با مبدل پوشی جنسی دیده می‌شود) یا وسایل ساخته شده به منظور تحریک بساوشی تناسلی (مانند ویبراتور) محدود نمی‌شوند.

اغلب اشخاصی که مبتلا به انحراف جنسی یادگارخواهی هستند، افرادی انزواطلب می‌باشند، اگرچه در بعضی موارد به منظور به دست آوردن اشیاء یادگار مرتکب جرم‌هایی هم می‌شوند. برخی از این افراد در جستجوی شریک‌های جنسی با خصوصیات ویژه هستند و معمولاً افراد معلول و ناقص را انتخاب می‌کنند. مبتلایان به این انحراف تقریباً همیشه مرد هستند و اغلب از دوران نوجوانی شروع می‌شود. در زنان، دزدی وسواس گونه^۲ ممکن است ایجاد تحریک جنسی نماید.

به سرقت بردن اشیاء یادگار در بین آنها رایج می‌باشد. در انگلیس انجمن ماکینتوش^۳ ۱۰۰۰ نفر از افرادی را که بارانی می‌دزدند در عضویت خود دارد. این گروه افرادی را که به خاطر علایق جنسی خود احساس شرم و انزوا می‌کنند حمایت می‌کند. بعضی دزدان اشیاء به صرف پوشیدن لباس دزدی به برانگیختگی جنسی دست می‌یابند.

1- vibrator

2- kleptomania

3- mackintosh society

یادگارخواهی یکی از پیچیده‌ترین اشکال رفتار جنسی در افراد می‌باشد. این انحراف سیر مزمن دارد و در مواردی جمع‌آوری اشیاء یادگار فعالیت عمده‌ی زندگی فرد می‌شود. هیچ‌کس قادر نبوده است به قدر کافی وابستگی جنسی افراد مبتلا به یادگارخواهی را به اشیاء متعدد توضیح دهد. هرچند دامنه‌ی نظریات ارائه شده از تأکید بر انگیزش ناخودآگاه تا تأکید بر مکانیسم‌های عصبی آسیب دیده مثل آنچه در افراد صرعی دیده می‌شود تغییر می‌کند. علل این نوع غیرمعمول رفتار جنسی در رمز و راز باقی می‌ماند (ویز، ۱۹۸۵، به نقل از ساراسون و همکاران، ۱۳۸۳).

اشیاء یادگار که در مبتلایان به این انحراف ایجاد برانگیختگی جنسی می‌کند از دو لحاظ مورد توجه قرار می‌گیرند: ۱- جنس اشیاء و ۲- شکل اشیاء. گاهی جنس شیء به دلیل سختی و محکمی مثل چرم برای فرد ارزش لذت جنسی دارد و برخی اوقات جنسی لطیف و نرمی مثل ابریشم و خز می‌تواند فرد را از نظر جنسی ارضا کند. از طرف دیگر، ممکن است شکل چیزی، فرد یادگارخواه را به سوی خود جلب نماید مانند کفشی که دارای پاشنه‌های بلند است، لذا مرد یادگارخواه با تمرکز بر روی زنی که از چنین کفش‌هایی استفاده می‌کند به لذت جنسی دست پیدا می‌کند.

فروید بر این اعتقاد بود که یادگار در افرادی که ترس ناخودآگاه از اختگی دارند، به عنوان نماد آلت^۲ عمل می‌کند. از طرف دیگر نظریه‌پردازان یادگیری بر این اعتقادند که یادگار با تحریک جنسی در سنین پایین ارتباط دارد.

مبتلایان به یادگارخواهی اغلب در جستجوی درمان نیستند و حدود یک سوم بیماران هم به خاطر اضطراب راجع به رفتارهای انحرافی خود به درمان می‌آیند. حدود ۲۰ درصد نیز به علل دیگر می‌آیند و صرفاً بعد از اینکه درمان را شروع کردند شیء مطلوب آنها مشخص می‌شود.

III- مالش دوستی^۳

لمس و مالش یک شخص ناموافق با انجام این عمل جهت رسیدن به ارگاسم، مشخصه‌ی اصلی انحراف جنسی مالش دوستی است. این رفتار معمولاً در اماکن شلوغ که فرد می‌تواند به آسانی از دستگیر شدن فرار کند روی می‌دهد (مانند پیاده‌روهای شلوغ، یا داخل وسایل نقلیه‌ی عمومی). فرد مبتلا به این انحراف جنسی آلت تناسلی خود را به ران‌ها و باسن قربانی می‌مالد یا آلت تناسلی یا پستان‌های او را با

1- Wasi

2- phallus

3- frotteurism

دستش لمس می کند. در حین انجام این کار وی معمولاً یک رابطه‌ی منحصر به فرد و مشتاقانه با طرف مقابل را مجسم می کند، اما می داند که برای اجتناب از تعقیب قانونی احتمالی، باید پس از لمس قربانی اش فرار کند.

ملاک‌های تشخیص DSM-IV در مالش دوستی

الف) وجود خیال‌پردازی‌های برانگیزنده‌ی جنسی، امیال جنسی، یا رفتارهای برگشت کننده و شدید در مورد لمس و مالش یک شخص ناموافق با انجام این عمل، که به مدت دست کم یک دوره‌ی ۶ ماهه دوام می‌یابد.

ب) خیال‌پردازی‌ها، امیال جنسی، یا رفتارها موجب پریشانی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم می‌شوند.

در ویژگی‌های تشخیصی اینگونه افراد، فعل‌پذیری و منزوی بودن دیده می‌شود و مالش معمولاً تنها منبع ارضاء نیاز جنسی در آنهاست. این انحراف جنسی معمولاً از دوران نوجوانی شروع می‌شود. بیشتر رفتارهای مالش‌گری بین سنین ۱۵ تا ۲۵ سالگی رخ می‌دهد و به تدریج از شدت و فراوانی آن کاسته می‌شود.

IV- بچه‌بازی^۱

فعالیت جنسی با کودکان زیر سن بلوغ (عموماً ۱۳ سال یا کمتر) مشخصه‌ی بارز انحراف جنسی بچه‌بازی است. افراد مبتلا به این انحراف باید ۱۶ سال یا بیشتر داشته و حداقل ۵ سال بزرگتر از قربانی خود باشند. در ارتباط با بچه‌بازی‌هایی که در اواخر سن نوجوانی هستند هیچ تفاوت سنی دقیقی مشخص نشده است، و در این مورد باید قضاوت بالینی را به کار بست؛ هم رسش جنسی^۲ کودک و هم تفاوت سنی باید مد نظر باشند. مبتلایان به بچه‌بازی عموماً کشش به‌سوی کودکان متعلق به یک دامنه‌ی سنی خاص را گزارش می‌کنند. برخی افراد کودکان پسر و عده‌ای کودکان دختر را ترجیح می‌دهند و پاره‌ای نسبت به کودکان از هر دو جنس تمایل جنسی نشان می‌دهند. کسانی که به کودکان دختر تمایل دارند

1- pedophilia

2- sexual maturity

معمولاً کودکان ۸ تا ۱۰ ساله را ترجیح می‌دهند، در حالی که آنانی که به سوی کودکان پسر جذب می‌شوند معمولاً کودکان تا اندازه‌ای بزرگ‌تر را ترجیح می‌دهند. بچه‌بازی مرتبط با قربانیان دختر، اغلب بیشتر از بچه‌بازی مرتبط با قربانیان پسر گزارش می‌شود.

برخی مبتلایان به بچه‌بازی فقط نسبت به کودکان تمایل جنسی نشان می‌دهند (نوع اختصاصی^۱)، در حالی که سایرین گاهی نسبت به بزرگسالان نیز کشش پیدا می‌کنند (نوع غیراختصاصی^۲). به علت اینکه بچه‌بازی دارای ماهیت همخوان با خود است، بسیاری از افراد دارای خیال‌پردازی‌ها، تمایلات، یا رفتارهای بچه‌بازی ناراحتی زیادی احساس نمی‌کنند. لازم به ذکر است که برای گذاشتن تشخیص بچه‌بازی لازم نیست فرد در خیال‌پردازی‌ها، تمایلات یا رفتارهای خود ناراحت باشد. کسانی که الگوهای برانگیختگی بچه‌بازی دارند و بر اساس این خیال‌پردازی‌ها یا تمایلات اقدام به عمل بر یک کودک می‌کنند، تشخیص بچه‌بازی در مورد آنان گذاشته می‌شود.

ملاک‌های تشخیص DSM-IV در بچه‌بازی

الف) وجود خیال‌پردازی‌های برانگیزنده‌ی جنسی، امیال جنسی، یا رفتارهای برگشت‌کننده و شدید در مورد فعالیت جنسی با کودکان زیر سن بلوغ (عموماً ۱۳ سال یا کمتر)، به مدت یک دوره‌ی دست کم ۶ ماهه.

ب) خیال‌پردازی‌ها، امیال جنسی، یا رفتارها موجب پریشانی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم می‌شوند.

ج) شخص باید دست کم ۱۶ سال سن داشته باشد یا دست کم ۵ سال بزرگتر از کودک یا کودکان مورد نظر در ملاک الف باشد.

نکته: شامل فردی نمی‌شود که در اواخر سن نوجوانی است و رابطه‌ی جنسی مستمر با یک کودک ۱۲ یا ۱۳ ساله دارد.

مشخص شود اگر: گرایش جنسی نسبت به پسران، گرایش جنسی نسبت به دختران و یا گرایش جنسی نسبت به هر دو جنس است.

مشخص شود اگر: محدود به زنا با محارم است.

مشخص شود: نوع اختصاصی و نوع غیراختصاصی.

1- exclusive type

2- nonexclusive type

یکی از پژوهش‌گران بچه‌بازها را در دو گروه طبقه‌بندی کرده است: تثبیتی و بازگشتی (گروت)^۱، ۱۹۸۴، به نقل از ساراسون و همکاران، ۱۳۸۳). در ارتباط با بچه‌بازهای تثبیتی، انحراف از دوران نوجوانی شروع می‌شود و روی بچه‌ها به عنوان موضوع جنسی متمرکز است. این افراد معمولاً مجرد می‌مانند و اکثراً فقط با کودکان روابط جنسی مهمی دارند. بچه‌بازهای بازگشتی، صرفاً بعد از برخی رخدادهای سخت و منفی زندگی علاقه‌ی جنسی به کودکان پیدا می‌کنند. احتمال دارد اینگونه مردان متأهل باشند و به نظر می‌رسد اغلب در پی کودکی برای جانشینی زن باشند؛ ممکن است مشکل افراط در مشروب‌خواری نیز داشته باشند. اگرچه ممکن است هر دو گروه به انتخاب دختر یا پسر یا هر دو به عنوان هدف‌های جنسی بپردازند، نسبت بیشتری از بچه‌هایی که بچه‌بازهای بازگشتی دنبال می‌کنند دختران هستند. در برخی موارد ممکن است قربانی تهدید شود و یا از لحاظ جسمانی دچار آسیب شود، اما بیشتر اوقات کودکان به علت واکنش‌های هولناک والدین ناراحت می‌شوند تا به خاطر خود تجربه.

بچه‌بازی شایع‌ترین انحراف جنسی است که از نظر قانونی مورد اعتراض قرار گرفته است. اکثر بچه‌بازها به نوازش و دست مالی اندام‌های جنسی کودکان می‌پردازند و از نظر شخصیتی از افراد ملایمی هستند که دچار احساس عدم کفایت از نظر مردانگی بوده، اعتماد به نفس پایینی دارند و نگران آشکار شدن ناتوانی خود در مقابل زنان بزرگسال و بالغ هستند.

بچه‌بازها اکثراً اینگونه تصور می‌کنند که آلت کوچکی دارند، لذا در برابر کودکان کمتر خود را در معرض تهدید و سرافکندگی می‌بینند. اغلب این افراد متعلق به خانواده‌هایی هستند که جوّ ناشاد دارند و رابطه‌ی آنها با پدر خود چندان مطلوب نیست (فلزی، ۱۳۸۴).

از خصوصیات اساسی بچه‌بازی همانندسازی و تمایل نارسبستی به موضوع جنسی نابالغ به منظور جبران محرومیت در سنین کودکی است. همچنین کنترل، تسلط و اغوا کردن کودک به منظور جبران درماندگی در سنین کودکی به کار گرفته می‌شود.

مبتلایان به بچه‌بازی احتمال دارد فعالیت‌هایشان را بر روی کودکان خود، فرزند خوانده‌ها، یا خویشاوندان متمرکز کنند یا ممکن است قربانی را در خارج از خانواده جستجو کنند. برخی افراد مبتلا به بچه‌بازی، کودک را برای پیشگیری از افشاء تهدید می‌کنند. سایرین، به‌ویژه آنانی که مکرراً به فعالیت جنسی با کودکان می‌پردازند، از راه‌های پیچیده‌ای برای دست یافتن به کودکان استفاده می‌کنند، که ممکن است مشتمل بر کسب اعتماد مادر کودک، ازدواج با زنی که کودکی جذاب دارد، داد و ستد

کودکان با سایر مبتلایان به بچه‌بازی، یا در موارد نادر، به عهده گرفتن پرورش کودکان متعلق به کشورهای غیرصنعتی یا ربودن کودکان غریبه باشد. به استثناء مواردی که این اختلال همراه با سادیسم است، شخص ممکن است برای جلب محبت، علاقه، و وفاداری کودک و پیشگیری از افشای فعالیت جنسی به نیازهای کودک توجه کند. این اختلال معمولاً در نوجوانی شروع می‌شود، ولی برخی افراد مبتلا به بچه‌بازی گزارش می‌کنند که آنها تا میانسالی توسط کودکان برانگیخته نشده‌اند. فراوانی رفتار مربوط به انحراف جنسی بچه‌بازی اغلب همراه با فشار روانی- اجتماعی نوسان می‌یابد. سیر آن معمولاً مزمن است، به ویژه در افرادی که نسبت به کودکان پسر تمایل جنسی دارند. میزان تکرار^۱ این عمل در افرادی که کودکان پسر را ترجیح می‌دهند تقریباً دو برابر کسانی است که دختران را ترجیح می‌دهند. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد کودکان تا سن ۱۸ سالگی مورد تعرض قرار می‌گیرند. امروزه برای پیشگیری از سوء استفاده‌های جنسی از کودکان و بچه‌بازی به آموزش‌های عمومی روی تماس کودکان با افراد غریبه تأکید می‌شود، به عنوان مثال، هرگز سوار ماشین کسی که نمی‌شناسی نشو، هرگز همراه کسی که به تو شیرینی می‌دهد نرو. البته در اکثر گزارشات مربوط به بچه‌ها کودک معمولاً قربانی یکی از آشنایان خود می‌شود. برای پیشگیری از این نوع حملات، لازمست به کودکان آموزش داده شود نشانه‌های مزاحمت را بشناسند و برای شناساندن آنها به بزرگسال مسئول جرأت و جسارت کافی داشته باشند. همچنین آموزش از طریق تصاویر کتاب هم می‌تواند مؤثر باشد تا کودک بداند «نواحی محرمانه» او کدامند و اینکه چه کسی می‌تواند به آنها دست بزند، لمس کردن «خوب و بد» چیست، و اهمیت در میان گذاشتن مزاحمت‌ها را با بزرگسال مسئول به کودکان یادآور می‌شود.

۷- مازوخیسم (آزار خواهی)^۲

مازوخیسم به کسب لذت جنسی؛ منحصرأ، یا به عنوان روش ترجیح داده، از طریق تحمل درد اطلاق می‌شود. از این نظر مازوخیسم با رفتارهای دردناک جزیی که در جریان نزدیکی ممکن است بین طرفین روی دهد تفاوت دارد. وجه تسمیه مازوخیسم از نام داستان‌نویس اتریشی، لئوپولد فون ساخدمازوخ (۱۹۰۵-۱۸۳۶) گرفته شده است که ارضاء جنسی از طریق تحمل درد را توصیف نموده است.

تحمل درد ممکن است به صورت کتک خوردن، لگدمال شدن، بستن چشم، سیلی خوردن، تحقیر شدن، به زنجیر یا طناب کشیده شدن، یا به‌گونه‌ای سمبولیک مورد تحقیر واقع شدن مثلاً لباس کودکان

1- recidivism

2- sexual masochism

به تن کردن و تنبیه شدن خودنمایی کند. مازوخیسم جنسی در مرد و زن در روابط همجنس‌گرا و دگرجنس‌خواه دیده می‌شود.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در مازوخیسم

الف) وجود خیال‌پردازی‌های برانگیزنده‌ی جنسی، امیال جنسی، یا رفتارهای برگشت‌کننده و شدید مربوط به عمل (واقعی، نه شبیه‌سازی) تحقیر شدن، کتک خوردن، به بند کشیده شدن، یا رنج بردن به گونه‌های دیگر، به مدت دست کم یک دوره‌ی ۶ ماهه.
ب) خیال‌پردازی‌ها، امیال جنسی، یا رفتارها موجب پریشانی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم می‌شوند.

مطابق دیدگاه DSM-IV در موارد یاد شده، خیال‌پردازی‌های مازوخیسم معمولاً شامل مورد تجاوز قرار گرفتن در حالتی است که فرد به وسیله‌ی دیگران طوری بسته یا به بند کشیده می‌شود که فرار ممکن نیست. سایر افراد امیال جنسی مازوخیستی را توسط خودشان (مانند بستن خودشان، فرو کردن میخ، و دادن شوک الکتریکی به خود، یا جرح خویشتن) یا به وسیله‌ی شریک جنسی به اجراء در می‌آورند. مبدل‌پوشی اجباری ممکن است به دلیل تحقیرآمیز بودن این عمل انجام شود. فرد ممکن است تمایل داشته باشد با او به عنوان یک نوزاد درمانده یا قنداق شده رفتار نمایند (کودک‌ماندگی^۱). نوع به‌ویژه خطرناکی از مازوخیسم جنسی، هایپوکسی‌فیلیا^۲ نام دارد که شامل انگیختگی جنسی از راه محروم کردن خود از اکسیژن به وسیله‌ی فشردن قفسه‌ی سینه، شریان‌بندی، به دار آویختن، کیسه‌ی پلاستیکی، ماسک، یا مواد شیمیایی (اغلب نیتريت فرار که با انبساط رگ‌های پیرامونی موجب کاهش موقتی اکسیژن در مغز می‌شود) است. عمل محروم کردن از اکسیژن ممکن است به تنهایی یا توسط شریک جنسی انجام شود. به دلیل اختلال و نقص ابزار، اشتباه کردن در به دار آویختن خود یا شریان‌بندی یا سایر اشتباه‌ها، گاهی مرگ نیز روی می‌دهد.

داده‌های به دست آمده در ایالات متحده، انگلستان، استرالیا و کانادا حاکی از رخداد سالیانه‌ی یک تا دو مورد مرگ ناشی از هایپوکسی‌فیلیا در هر یک میلیون نفر است. برخی از مردان مبتلا به مازوخیسم

1- infantilism

2- hypoxiphilia

جنسی، دچار یادگارخواهی، یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی جنسی، یا آزارگری جنسی (سادیسزم) نیز هستند. خیال‌پردازی‌های مازوخیستی جنسی ممکن است در دوران کودکی نیز وجود داشته باشند. سنی که در آن فعالیت‌های مازوخیستی برای نخستین بار با شرکای جنسی صورت می‌گیرد متغیر است، اما معمولاً در اوایل بزرگسالی روی می‌دهند. مازوخیسم جنسی معمولاً مزمن است و شخص به تکرار نوع ثابتی از عمل مازوخیستی تمایل دارد. برخی از مبتلایان به مازوخیسم جنسی احتمال دارد سال‌ها دست به اعمال مازوخیستی بزنند بدون اینکه آسیب‌رسانی بالقوه‌ی اعمالشان افزایش یابد. با این وجود، پاره‌ای شدت اعمال مازوخیستی‌شان در طول زمان یا در جریان دوره‌های رخداد فشار روانی افزایش می‌یابد، که احتمال دارد سرانجام به آسیب یا حتی مرگ منجر شود.

فروید بر این اعتقاد بود که در مازوخیسم جنسی دفاع در مقابل احساس گناه مربوط به ارتباط جنسی، مجازات و تنبیه را به خود برمی‌گرداند. در برخی موارد، فرد مبتلا زمانی احساس جنسی را تجربه می‌کند که به دنبال آن تنبیهی در کار باشد. مبتلایان به مازوخیسم جنسی، احتمال دارد در دوران کودکی تجربی داشته‌اند که آنها را به این نتیجه رسانده است که درد کشیدن پیش‌شرط لذت جنسی است. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد حدود ۳۰ درصد مبتلایان به این انحراف جنسی، خیال‌پردازی‌های سادیستی نیز دارند. مازوخیسم اخلاقی به مواردی اشاره می‌کند که احساس نیاز به درد و رنج کشیدن همراه با خیال‌پردازی‌های جنسی نمی‌باشد.

VI- سادیسم (آزارگری)^۱

این اصطلاح پس از مارکی دوساد^۲ (۱۸۱۴-۱۷۴۰)، نویسنده‌ی فرانسوی که در داستانهایش افرادی را توصیف نموده که برای کسب لذت جنسی خشونت بی‌رحمانه‌ای نشان می‌داده‌اند، معمول گردید. خود این فرد بارها به دلیل اعمال خشن جنسی بر علیه زنان به زندان افتاد. سادیسم به کسب لذت جنسی از طریق شکنجه دادن و ایجاد درد جسمی و روانی برای دیگران اطلاق می‌شود. ریچارد ون کرافت ایبنگ^۳ سادیسم را هیجانانگ جنسی مربوط به میل به ایجاد درد و اعمال خشونت تعریف کرده است. مول^۴ آن را

1- sexual sadism

2- ^Magquis de sade

3- Richard krafft-Ebing

4- Moll

حالتی که در آن تکانه‌ی جنسی به صورت میل به زدن، بدرفتاری، یا تحقیر شیء محبوب تظاهر می‌کند تعریف نموده است.

کتک زدن، بستن دست و پا و شلاق زدن انواع شایع رفتارهای سادیستی است. تکرار رفتار معمولاً با یک شریک جنسی مازوخیست انجام می‌گیرد یا با فاحشه‌ای که برای همکاری مزد می‌گیرد. سادیسم ممکن است جزیی از رفتارهای همجنس‌گرایی یا غیرهمجنس‌گرایی باشد. موارد نادری از رفتارهای سادیستی با حیوانات گزارش شده است. عمل ممکن است سمبولیک بوده و آسیب جدی نرساند و بعضی از موارد بیشتر به قصد تحقیر است تا مجروح ساختن. برعکس، گاهی نیز جراحات جدی و دائمی به وجود می‌آید. شدیدترین شکل سادیسم «قتل شهوانی»^۱ است، که در آن قاتل زخم‌های جدی و غالباً تکراری – مثل ضربات متعدد چاقو یا قطع عضو – روی اعضاء تناسلی قربانی خود به‌وجود می‌آورد. در این موارد نادر، ممکن است در جریان عمل سادیستی انزال روی داده یا شخص پس از قتل اقدام به نزدیکی با جسد^۲ بنماید (پورافکاری، ۱۳۸۰). جان مانی^۳ بر این اعتقاد است که قاتلین شهوانی، اختلال هویت تجزیه‌ای^۴ دارند و شاید سابقه‌ای از ضربه به سر نیز داشته باشند.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در سادیسم

الف) وجود خیال‌پردازی‌های برانگیزنده‌ی جنسی، امیال جنسی، یا رفتارهای برگشت‌کننده و شدید، مربوط به اعمالی (واقعی، نه شبیه‌سازی) که شخص با انجام آنها از رنج روانی یا جسمی (از جمله تحقیر) قربانی خود، برانگیختگی جنسی به دست می‌آورد، به مدت دست‌کم یک دوره‌ی ۶ ماهه.

ب) خیال‌پردازی‌ها، امیال جنسی، یا رفتارها موجب پریشانی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم می‌شوند.

مطابق دیدگاه DSM-IV، در همه‌ی موارد، رنج بردن قربانی است که فرد را از لحاظ جنسی بر می‌انگیزد. خیال‌پردازی‌ها یا اعمال جنسی ممکن است شامل فعالیت‌هایی باشد که تسلط شخص روی

1- Lust murder

2- necrophilia

3- John Money

4 - dissociative identity disorder

قربانی را نشان می‌دهد (مانند مجبور کردن قربانی به چهار دست و پا رفتن یا حبس کردن قربانی در یک قفس). خیال‌پردازی‌های سادیستی ممکن است در دوران کودکی نیز وجود داشته باشند. سن شروع فعالیت‌های سادیستی متغیر است، اما معمولاً در اوایل بزرگسالی روی می‌دهند.

سادیسم جنسی معمولاً مزمن است. وقتی سادیسم جنسی روی شرکای جنسی ناراضی اعمال شود، این عمل ممکن است تا زمانی که شخص مبتلا به آزارگری جنسی دستگیر می‌شود، ادامه یابد. برخی از مبتلایان به سادیسم جنسی احتمال دارد سال‌ها دست به اعمال سادیستی بزنند بدون اینکه نیازی به افزایش توان برای تحمیل آسیب جسمی جدی داشته باشند. با این حال، معمولاً شدت اعمال سادیستی در طول زمان افزایش می‌یابد.

علت سادیسم دقیقاً مشخص نیست. رویکرد روانکاوی به رابطه‌ی عشق و احساسات پرخاشگرانه اشاره می‌کند، که فرض می‌شود کودک خردسال در روابط اولیه‌ی خود با والدینش دارد. و یا آن را دفاعی بر علیه ترس از اختگی می‌داند. افراد مبتلا به سادیسم جنسی با دیگران، همان کاری را می‌کنند، که می‌ترسند بر سرشان بیاید و از ابراز غرایز پرخاشگرانه‌ی خود، لذت جنسی می‌برند. نظریه‌های رفتاری بر یادگیری از طریق تداوی تکیه می‌کنند. می‌توان گفت که هر دو گروه این نظریه‌ها به یک اندازه نارسا هستند.

جان مانی هم پنج عامل را در سبب‌شناسی سادیسم جنسی مؤثر می‌داند: داشتن زمینه‌ی ارثی، اختلال هورمونی، روابط بیمارگونه، سابقه سوء استفاده جنسی و وجود سایر اختلالات روانی.

VII- یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی^۱

از مشخصه‌های اصلی انحراف جنسی یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی، پوشیدن لباس‌های زنانه توسط یک مرد است که به عنوان وسیله‌ای برای انگیختگی که همراه خودارضایی یا آمیزش انجام می‌گیرد. در اغلب موارد، انگیختگی جنسی به وسیله‌ی افکار یا تصاویر ذهنی شخصی به عنوان یک زن ایجاد می‌شود.^۲ این تصاویر ذهنی ممکن است از زن بودن همراه با داشتن اندام‌های تناسلی زنانه تا تصور پوشیدن لباس کامل زنانه بدون توجه به اندام‌های تناسلی، گستردگی داشته باشد. لباس‌های زنانه عمدتاً به عنوان نمادهای زن بودن فرد برانگیختگی ایجاد می‌کنند، نه به عنوان اشیاء یادگار که ویژگی‌های عینی خاصی دارند (مانند اشیایی که از لاستیک ساخته شده‌اند). معمولاً یک مرد مبتلا به یادگارخواهی

1- transvestic fetishism

2- autogynephilia

همراه با مبدل پوشی مجموعه‌ای از لباس‌های زنانه تهیه می‌کند که به‌طور متناوب آنها را برای مبدل پوشی مورد استفاده قرار می‌دهد. این اختلال تنها در مردان دگرجنس‌خواه^۱ گزارش شده است.

وقتی مبدل پوش فقط در جریان سیر اختلال هویت جنسی روی دهد، یادگار خواهی همراه با مبدل پوشی تشخیص داده نمی‌شود. پدیده‌ی مبدل پوشی در دامنه‌ای از پوشیدن گاهگاهی لباس‌های زنانه در تنهایی، تا درگیری گسترده در یک خرده فرهنگ مبدل پوشی قرار دارد. برخی مردان تنها یک تکه از لباس زنانه (مانند، زیرپوش یا جوراب) را زیر لباس‌های مردانه‌شان می‌پوشند. بعضی دیگر از مردان مبتلا به یادگار خواهی همراه با مبدل پوشی به طور کامل مانند زنان لباس پوشیده و آرایش می‌کنند. اینکه تا چه اندازه فرد مبدل پوش به طور موفقیت آمیز به شکل یک زن ظاهر شود، بسته به اطوارگری‌ها، ریخت بدنی، و مهارت مبدل پوشی فرق می‌کند. در حالت‌های معمولی، مرد مبتلا به یادگار خواهی همراه با مبدل پوشی معمولاً مردانه عمل می‌کند. اگرچه رجحان اساسی وی دگرجنس خواهی است، ولی تمایل به شرکای جنسی محدود دارد و ممکن است در اعمال همجنس‌گرایانه‌ی گاهگاهی درگیر شود. یکی از ویژگی‌های همراه ممکن است وجود مازوخیسم جنسی باشد (DSM-IV، ۱۳۸۱).

انتظار نمی‌رود یادگار خواهی همراه با مبدل پوشی در جنس زن دیده شود. نشانه‌هایی از پوشیدن لباس جنسی مخالف در طول تاریخ دیده شده است. هنری سوم، پادشاه فرانسه، به‌طور آشکار لباس زنانه می‌پوشید و آرزو داشت زن به شمار می‌آمد. چون^۲ از اهالی ارس موهایش را کوتاه کرده و ترجیح می‌داد لباس مردانه بپوشد (ساراسون و همکاران، ۱۳۸۳).

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در یادگار خواهی همراه با مبدل پوشی

الف) وجود خیال‌پردازی‌های برانگیزاننده‌ی جنسی، امیال جنسی، یا رفتارهای برگشت‌کننده و شدید مربوط به مبدل پوشی در یک مرد دگرجنس خواه، به مدت یک دوره‌ی دست کم ۶ ماهه.

ب) خیال‌پردازی‌ها، امیال جنسی، یا رفتارها موجب پریشانی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم می‌شوند.

مشخص شود اگر: با ملال جنسی همراه است: اگر شخص درباره‌ی نقش یا هویت جنسی خود ناراحتی مستمر دارد.

1- heterosexual

2- Jhon

اختلال یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی، به‌طور مشخص در دوران کودکی یا اوایل نوجوانی شروع می‌شود. مبدل‌پوش‌ها در طیفی قرار دارند که در یک قطب آن فرد در خلوت و با احساس گناه و افسردگی، مبدل‌پوشی می‌کند و قطب دیگر رفتار مزبور برای ایگو مطلوب و فرد عضوی از جامعه‌ی مبدل‌پوش‌ها است. اگر مبتلایان در گروه افرادی قرار گیرند که تغییر جنسیت داده باشند، پوشیدن لباس‌های زنانه ظاهراً مطابق با واقعیت خارجی است و در این حالت رفتاری مطلوب شمرده می‌شود.

سندرم بالینی آشکار یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی احتمال دارد در دوره‌ی نهفتگی^۱ رشد آغاز شود، معه‌ذا بیشتر در مرحله‌ی قبل از بلوغ و بلوغ مشاهده می‌شود. پوشیدن آشکار لباس زنانه قبل از گسستن کامل از والدین و کسب استقلال نسبی شروع نمی‌شود. به عبارت دیگر این عمل تا زمانی که والدین احساس کنند می‌توانند فرزند خود را تنها بگذارند، شروع نمی‌شود (کاپلان و همکاران، ۱۳۷۱).

اگرچه برخی از پژوهش‌گران بر این عقیده‌اند که یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی و نارضایتی جنسیتی با یکدیگر مشابهند، اما بین این دو حالت تفاوت‌هایی وجود دارد. نارضایتی جنسیتی به تغییر اندام‌های تناسلی و زندگی به عنوان عضوی از جنس مخالف تمایل دارند. آنها به هنگام پوشیدن لباس جنس مخالف برانگیختگی جنسی تجربه نمی‌کنند. از طرف دیگر مبتلایان به یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی در هنگامی که لباس جنس مخالف را بر تن دارند از لحاظ جنسی برانگیخته می‌شوند اما تغییری در هویت آنها – به عنوان عضوی از همجنسان خود – دیده نمی‌شود.

برخی پژوهش‌های انجام یافته در مورد مبتلایان به یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی نشان می‌دهد که اینگونه افراد در مقایسه با افراد غیرمبدل‌پوش در روابط بین‌فردی خود بازداری‌های بیشتری داشتند، کمتر با دیگر افراد تعامل داشتند و مستقل‌تر بودند. در کل، آنها شواهدی از توانای محدود برای جستجوی همدردی، عشق و کمک گرفتن از دیگران به دست دادند و به نظر می‌رسید وقتی خود را فارغ از تعهد نسبت به دیگران احساس می‌کنند شادتر هستند. البته در بسیاری از زمینه‌های شخصیت تفاوت معناداری با افراد غیرمبدل‌پوش ندارند. برخی مطالعات دیگر نشان می‌دهند که مادران افراد مبدل‌پوش و نارضا از جنسیت پیش از تولد پسرشان غالباً در انتظار دختر بوده‌اند (باهریج^۲ و مک‌کوناچی^۳، ۱۹۷۸، به نقل از ساراسون و همکاران، ۱۳۸۳). اما شواهد کمتری وجود داشت مبنی بر اینکه مردان این گروه‌ها روابط آسیب‌شناختی با مادرانشان داشته باشند.

1- latency

2- Buhrich

3- Mc Conaghy

متخصصین در ارتباط با یادگارخواهی همراه با مبدل پوشی رویکردهای متعدد فرایندهای روان پوشی، استعداد زیست شناختی و شرطی شدن را مورد تأکید قرار می دهند. برخی از پژوهشگران بر این اعتقادند که یادگارخواهی همراه با مبدل پوشی در متن روابط آشفته والد- فرزند بر روز می کند. دیگران آن را نتیجه ی انحراف رشد روانی- جنسی می دانند. رفتارگرایان آن را پاسخی شرطی شده می پنداشتند که درمان اجتنابی برای آن مناسب است که در آن پوشیدن لباس زنانه با محرک بیزار کننده همراه می شود. علاوه بر حساس سازی ذهنی^۱، آموزش رفتاری معطوب بر تشویق اعتماد و کفایت در نقش جنسی مرسوم نیز پیشنهاد شده است. بسیاری از اینگونه افراد به اکراه حاضرند از عادت خود دست بردارند و انگیزه ی تمایل به تغییر در آنها معمولاً فشار اطرافیان است و برخی از آنها بیشتر زمانی در پی درمان بر می آیند که ملال جنسی ظاهر می شود.

در برخی از مبتلایان به یادگارخواهی همراه با مبدل پوشی، انگیزه ی مبدل پوشی ممکن است در طول زمان، به طور موقت یا دائم، همراه با انگیزتگی جنسی در واکنش به کاهش یا از بین رفتن مبدل پوشی تغییر کند. در این قبیل موارد، مبدل پوشی در حکم پادزهری برای اضطراب یا افسردگی است یا احساس آرامش و آسایش به وجود می آورد.

VIII- چشم چرانی^۲

از مشخصه های بارز انحراف جنسی چشم چرانی که اسکوپوفیلیا^۳ هم نامیده می شود، عمل مشاهده کردن افراد بی خبر و معمولاً غریبه هایی است که برهنه بوده، در حال برهنه شدن و یا انجام فعالیت جنسی هستند. عمل تماشا کردن (دیدزدن دزدانه) به منظور کسب برانگیزتگی جنسی است و به طور کلی پرداختن به عمل جنسی با شخص مورد مشاهده وجود ندارد. اوج لذت جنسی، معمولاً ممکن است در جریان عمل چشم چرانی یا سپس در واکنش به خاطره ی آنچه که شخص شاهد بوده است، از طریق خودارضایی روی دهد. اغلب این افراد رابطه ی جنسی با شخص مشاهده شده را در ذهن خود مجسم می کنند، اما این عمل به ندرت در واقعیت روی می دهد. در حالت شدید آن، دید زدن تنها شکل فعالیت جنسی است.

1- covert sensitization

2-voryeunism

3-scopophilia

مردان تمایل زیادی به چشم‌چرانی دارند. تحریک در اثر دیدن شیء محبوب امری طبیعی است. اما اکثراً اینگونه افراد آرام و بی‌خطر هستند و کمتر برایشان مشکلی ایجاد می‌شود. اگرچه چشم‌چرانی معمولاً یک انحراف بی‌خطر است، اما مواردی وجود دارد که ممکن است از نگاه کردن آغاز شود، به لمس برسد و به تجاوز منتهی شود و در مواردی هم، مخصوصاً بعد از احساس تحریک یا برانگیختگی شدید، چشم‌چران حضور خود را نشان می‌دهد. مثلاً ممکن است اعضای تناسلی خود را نشان بدهد و از قربانی بخواهد آنرا لمس کرده یا حتی برایش خودارضایی انجام دهد.

چشم‌چرانی معمولاً پیش از سن ۱۵ سالگی شروع می‌شود و سیر آن گرایش به مزمن شدن دارد. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حدود یک چهارم مردان دستگیر شده به خاطر نگاه دزدانه متاهل هستند. پنجاه درصد این قبیل دستگیر شدگان بازهم به خاطر اعمال مشابه دستگیر می‌شوند. وقتی چشم‌چرانی وابسته به فشار روانی زندگی باشد، به هنگامی که فشار روانی از بین می‌رود الزام آنها به این کار کاهش پیدا می‌کند.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در چشم‌چرانی

الف) وجود خیال‌پردازی‌های برانگیزنده جنسی، امیال جنسی، یا رفتارهای برگشت‌کننده و شدید مربوط به عمل مشاهده کردن یک شخص بی‌خبر که برهنه بوده، در حال برهنه شدن، یا انجام فعالیت جنسی است، به مدت یک دوره دست کم ۶ ماهه.

ب) خیال‌پردازی‌ها، امیال جنسی، یا رفتارها موجب پریشانی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم می‌شوند.

در انحراف جنسی چشم‌چرانی، لذت بصری ناشی از صحنه‌های تحریک‌آمیز، جایگزین لذت جنسی می‌شود. به عبارت دیگر، پدید آمدن خصوصیت شهوانی در نگاه است. از لحاظ بالینی، دامنه‌ی شهوت بصری، تماشای سالم معصومانه‌ترین مناظر و مجازترین عربانی‌های استحمامی و ورزشی تا پیچیده‌ترین صحنه‌سازی‌های همراه با استفاده از عینک مخصوص و آیین‌های بدون قلع را... - نظیر آنچه می‌توان در خانه‌های مختص این اعمال مشاهده کرد- دربر می‌گیرد.

سه مکانیسم اصلی، اساس چشم‌چرانی را تشکیل می‌دهند. در درجه‌ی اول، شهوت بصری، به‌طور ضمنی اعترافی است به ناتوانی که با دادن نقش جنسی به نگاه، فرد مبتلا را به جای آن که عمل‌کننده باشد به تماشاگر تبدیل می‌کند. به بیان دیگر، جنسیت در جایی که باید باشد قرار ندارد. در درجه‌ی دوم،

شهوت بصری به معنای جستجوی مشوق یا نمونه و سرمشقی از نوع زایل کننده‌ی احساس گناه است: «این کارها را می‌توان انجام داد، چون دیگران دارند جلو چشم من انجامشان می‌دهند.» بالاخره در سومین مکانیسم بعضی از چشم‌چرانان، خود را به طور ناخودآگاه به جای یکی از دو طرف اعمال جنسی قرار می‌دهند، هویتشان را با او یکی می‌کنند و در عالم خیال همان لذتی را که او می‌برد احساس می‌نمایند.

یکی از معروف‌ترین شکل‌های چشم‌چرانی و شهوترانی بصری که چندی است به صورت «نمایش» شیوع پیدا کرده «استریپ‌تیز» یا عریان شدن در روی صحنه است.

زن تنهایی که روی صحنه آرام آرام لباس‌های خود را بیرون می‌آورد، طرف مقابلش در عمل جنسی را، تمام مردان حاضر در سالن «به طور یک‌جا» (به نوعی اشتراک خیالی در تصاحب یک زن واحد) تشکیل می‌دهند. مشارکت در هیجان همگانی، هم محرک است و هم احساس گناه را زایل می‌کند: «این عمل مشروع است، چون همه‌ی افراد دارند انجامش می‌دهند» (دانیلو، ۱۳۸۳).

چشم‌چران‌ها اگرچه نشانه‌های کمی از اختلالات روانی جدی نشان می‌دهند، معمولاً روابط دگرجنس‌خواهانه‌ی رضایت بخشی ندارند.

در رویکرد روانکاوی اعتقاد بر این است که فرد چشم‌چران، جنس مخالف را دید می‌زند تا ماهیت واقعی تناسلی^۱ زن را دیده و با او همانندسازی ایجاد کند، در عین حال ضمن خودارضایی خود را مطمئن می‌سازد که آلت او بی‌نقص و برتر از جنس مخالف است.

IX- انحرافات جنسی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است (NOS)

این طبقه انحرافات جنسی در DSM-IV، شامل انحرافات است که با ملاک‌های تشخیصی هیچکدام از طبقات مشخص مطابقت ندارند. برخی از این انحرافات جنسی که البته محدود به این موارد نیستند عبارتند از:

1-genita

هرزه‌گویی تلفنی^۱، مرده‌دوستی^۲، عضوخواهی^۳، حیوان‌خواهی^۴، مدفوع‌خواهی^۵، تنقیه‌خواهی^۶، ادرار‌خواهی^۷ و هایپوکسی‌فیلیا^۸.

در زیر به مشخصه‌های بارز هر یک از انحرافات فوق به‌طور مختصر اشاره می‌شود.

هرزه‌گویی تلفنی

هرزه‌گویی تلفنی که به مکالمه‌ی وقیحانه‌ی تلفنی نیز معروف است؛ عبارت است از ابراز کلمات وقیحانه پشت تلفن. زمانی که طرف مکالمه گوش می‌دهد، بیمار که معمولاً یک مرد است، اشتغال ذهنی خود را بیان می‌کند و مخاطب را وادار می‌دارد در مورد فعالیت جنسی خود صحبت کند. اینگونه مکالمات با خودارضایی همراه است که اغلب پس از قطع مکالمه کامل می‌شود. این حالت با نظربازی ارتباط دارد، زیرا شخص می‌خواهد مردانگی خود را به رخ دیگری بکشد. فرد مبتلا به این انحراف تقریباً همیشه می‌کوشد از قربانی، به‌وسیله و انمود به انجام پرس‌وجو راجع به قاعدگی، جلوگیری از بارداری، یا اعمال جنسی، اطلاعاتی خصوصی و اغلب با ماهیت جنسی کسب کند.

گاهی مبتلایان به این انحراف جنسی از کامپیوتر و اینترنت جهت فرستادن پیام‌های وقیحانه‌ی خود از طریق پست الکترونیک استفاده می‌کنند. این‌گونه اعمال گاهی اوقات به شکل وسواس‌گونه انجام می‌گیرد. از آنجا که استفاده کنندگان از این شبکه‌ها ناشناس می‌مانند و از اسامی مستعار استفاده می‌کنند، این خطوط جنسی کامپیوتری به برخی افراد امکان می‌دهد که نقش جنس مخالف را بازی کنند^۹ که نمایانگر روشی جایگزین برای ابراز تخیلات مبدل‌پوشی یا نارضایتی جنسیتی است. خطر این روابط جنسی کامپیوتری داخل خط^{۱۰} این است که مبتلایان به بچه‌بازی اغلب از این طریق، کودکان و

1- telephone scatologia

2- necrophilia

3- parhilia

4- zoophilia

5- Coprophilia

6- klismaphilia

7- urophilia

8- hypoxiphilia

9- gender bending

10- on-line cybersex

نوجوانانی را به دام انداخته و آنها را ملاقات و مورد سوءاستفاده‌ی جنسی قرار می‌دهند. بسیاری از این تماس‌های داخل خط، بعداً به روابط جنسی خارج از خط^۱ منجر می‌شود. با این که برخی افراد گزارش کرده‌اند که برخوردهای خارج از خط به روابط معناداری تبدیل شده‌اند، ولی اکثراً این ملاقات‌ها مملو از یأس و سرخوردگی است، زیرا دو طرف در مورد یکدیگر خیالپردازی‌هایی دارند و وقتی با هم ملاقات می‌کنند، قادر نیستند توقعات ناخودآگاه طرف مقابل را برآورده سازند. در برخی موارد نیز که افراد بالغ با هم ملاقات می‌کنند، احتمال دارد تجاوز یا قتل روی دهد.

مرده دوستی

مرده‌دوستی به کسب لذت جنسی از جسد مرده اطلاق می‌شود و نوعی وسواس فکری در ارتباط با ارضاء جنسی از طریق جسد می‌باشد. اکثر مرده‌دوست‌ها جسد مورد استفاده‌ی خود را از قبرستان‌ها یا جاهای دیگر به دست می‌آورند. بعضی از آنها سابقه‌ی نبش قبر و دزدی جسد دارند. در مواردی، بیمار برای اقناع انحراف خود اقدام به قتل می‌کند. در یکی از موارد معدودی که مورد مطالعه قرار گرفته است، مرده دوست معتقد بود که بزرگترین تحقیر را برای قربانی بی‌جان خود روا می‌داشته است. به عقیده‌ی ریچارد ودن کرافت ایبینگ، در تمام موارد مرده دوستی تشخیص پسیکوز^۲ قابل تأیید است.

عضو خواهی

نوعی انحراف جنسی که در آن شخص اقناع جنسی را در قسمتی از اندام یار جنسی، مثل ران، سرین، سینه، پاشنه و اعضاء دیگر او می‌جوید و فعالیت جنسی‌اش را بر یک قسمت از بدن متمرکز می‌کند و از سایر قسمت‌ها چشم‌پوشی می‌کند. عضوخواهی را باید از یادگارخواهی که در آن شیء به طور سمبولیک جانشین یار جنسی می‌گردد تفکیک نمود. تماس‌های دهانی- تناسلی نظیر فرج لیسی^۳ (تماس دهانی با آلت تناسلی زن)، آلت لیسی^۴ (تماس دهانی با آلت مرد) و مقعد لیسی^۵ (تماس دهانی با مقعد)،

1- off- line liaisons

2- psychosis

3- cunnilingus

4- fellatio

5- anilingus

فعالیت‌هایی است که به‌طور طبیعی با پیش‌نوازی^۱ در ارتباطند. فروید متوجه شده بود که سطوح مخاطی بدن، شهوت‌زا هستند و قادرند احساسات لذت بخش به‌وجود آورند. ولی هرگاه که فرد از این روش‌ها به عنوان تنها روش ارضاء نیاز جنسی خود استفاده کند و قادر به برقراری رابطه‌ی جنسی نباشد و یا از آن دوری کند، انحراف جنسی عضوخواهی تشخیص داده می‌شود. به این اختلال، دهان‌گرایی^۲ هم گفته می‌شود.

حیوان خواهی

در انحراف جنسی حیوان‌خواهی، حیوانات – که ممکن است برای این منظور تربیت شده باشند – در خیالات و فعالیت‌های جنسی، از جمله مقاربت، خودارضایی و تماس‌های دهانی – تناسلی، ترجیح داده می‌شوند. میل جنسی نسبت به حیوانات به عنوان یک انحراف متشکل نادر است، هرچند روابط شهوانی با حیوانات نسبتاً زیاد دیده می‌شود. برای عده‌ای از مردم، حیوانات منابع عمده‌ای در روابط هستند و جای تعجب نیست اگر انواع زیادی از حیوانات اهلی مورد استفاده جنسی و شهوانی این افراد باشند. رابطه با حیوانات به ندرت ممکن است به وجود امکانات و فراهم بودن موضوع جنسی مربوط باشد، بخصوص در نقاطی از دنیا که رابطه‌ی جنسی پیش از ازدواج متفی است، یا در موقعیت‌های جداسازی اجباری. معه‌ذا، خودارضایی نیز در چنین موقعیت‌هایی امکان‌پذیر است، بنابراین معقول به نظر می‌رسد اگر تصور شود که مسأله ترجیح دادن تماس با حیوانات در شکل فرصت‌طلبانه انحراف مطرح است (کاپلان و همکاران، ۱۳۷۱).

مدفوع‌خواهی و تنقیه‌خواهی

این دو انحراف جزء پارافیلیای دفعی محسوب می‌شوند. در مدفوع‌خواهی، فرد از مدفوع کردن روی شریک جنسی یا بالعکس و یا خوردن مدفوع (مدفوع‌خواری)، لذت جنسی می‌برد. یک نوع از این اختلال، بددهنی^۳ نام دارد که در آن شخص به صورت وسواسی، کلمات زشت و وقیحانه‌ای بر زبان می‌آورد. رویکرد روانکاوی این انحرافات جنسی را ناشی از تثبیت در مرحله‌ی مقعدی رشد روانی – جنسی

1- foreplay

2-Oralism

3- coprolalia

می‌داند. در تنقیه خواهی (اماله کردن)، تنقیه به عنوان بخشی از تحریک جنسی محسوب می‌شود و این اختلال نیز ناشی از تثبیت در مرحله‌ی مقعدی می‌باشد.

ادرار خواهی

ادرار خواهی به لذت جنسی مربوط به میل شدید برای ادرار کردن روی بدن شریک جنسی یا بالعکس اطلاق می‌شود. در این اختلال ممکن است روش‌هایی به منظور تحریک جنسی مانند وارد کردن اجسام خارجی در پیشاب‌راه مرد یا زن انجام شود که همراه با خودارضایی است.

هایپوکسی فیلیا

این اختلال به میل و کسب حالت تغییر هشیاری حاصل از کمبود اکسیژن (هایپوکسی) در حین دستیابی به ارگاسم اطلاق می‌شود. در این اختلال شخص ممکن است برای ایجاد هایپوکسی از دارو استفاده کند (مثلاً از نیتريت فرار یا اکسید ازت). خودارضایی همراه با ایجاد خفگی نیز با حالات هایپوکسیک رابطه دارد، معه‌ذا آن‌ها را باید نوعی مازوخیسم جنسی تلقی کرد.

درمان انحرافات جنسی

مبتلایان به انحرافات جنسی به‌طور مکرر در رفتار انحرافی خود گرفتار هستند و قادر به کنترل تکانه‌ی خود نمی‌باشند. ممکن است بیمار چندین بار عزم کند که این رفتار را کنار بگذارد، ولی معمولاً قادر به ترک آن برای مدت طولانی نیست و کنش‌نمایی و متعاقب آن احساس گناه شدید رخ می‌دهد. در درمان انحرافات جنسی هم روش‌های روان‌شناختی و هم زیست‌شناختی مورد استفاده قرار گرفته‌اند که در زیر به آنها اشاره می‌شود.

یکی از معمول‌ترین روش‌هایی که در درمان انحرافات جنسی به کار گرفته می‌شود، «روان درمانی بینش‌مدار»^۱ می‌باشد. در این روش درمانی بیمار فرصت این را پیدا می‌کند که پویایی‌های^۲ خود را دریافته و اتفاقاتی را که به بروز انحرافات جنسی منجر شده است، بشناسد. به‌خصوص از اتفاقات روزانه‌ای که به اقدام او روی تکانه‌های خود منجر می‌شود، آگاه شود (مانند طرد شدن واقعی یا خیالی^۳).

1- insight-oriented psychotherapy

2- dynamics

3-red or fantazed rrjection

روان‌درمانی همچنین به بازگشت عزت نفس و بهبود برای ارضاء جنسی کمک می‌کند و باعث می‌شود تا مهارت‌های بین فردی‌اش را بهبود بخشد. گروه‌درمانی نیز مفید است. درمان جنسی، درمان جانبی خوبی برای آن دسته از بیمارانی است که مبتلا به اختلالات عملکرد جنسی اختصاصی هستند و تلاش دارند با شریک جنسی خود، رابطه‌ی جنسی غیر انحرافی برقرار کنند.

از روش‌های درمانی دیگر رفتاردرمانی^۱ می‌باشد که برای الگوی آموخته شده‌ی در انحرافات جنسی مورد استفاده قرار می‌گیرد. محرک‌های مضر^۲ (مانند شوک الکتریکی یا بوهای نامطبوع^۳) همزمان با تکانه‌ها، به کار رفته و موجب خاموشی آن می‌شود. محرک‌ها ممکن است به وسیله‌ی خود شخص نیز قابل استفاده بوده و هر زمان که بیمار احساس کند روی تکانه‌ی خود عمل خواهد کرد، به کار رود. رفتاردرمانی از نوع شرطی‌سازی انزجاری در دهه‌ی ۱۹۶۰ برای درمان انحرافات جنسی، مخصوصاً یادگارخواهی مورد استفاده قرار گرفت. از فنون دیگر که در این دسته قرار می‌گیرد حساس‌سازی ذهنی^۴ است؛ روشی در درمان با ایجاد بی‌زاری که در آن به جای ارائه‌ی محرک بیزار کننده، به بیمار یاد می‌دهند که موقعیت ناخوشایند را در ذهن مجسم نماید. ظاهراً این روش مزیت خاصی نداشته است.

در درمان‌های زیست‌شناختی هم، قدیمی‌ترین درمانی که به کار گرفته شده است، اخته کردن است. البته گذشته از اینکه اخته کردن درمانی افراطی و منجر کننده است، ممکن نیست در تغییر رفتار خیلی مؤثر باشد. پژوهش‌گران، رفتار جنسی برخی از مبتلایان به انحرافات جنسی آزاد شده را در آلمان غربی که پذیرفته بودند اخته شوند مورد مطالعه قرار دادند (حیم^۵، ۱۹۸۱، نقل از ساراسون و همکاران، ۱۳۸۳). اگرچه اکثر مردان کاهش تمایل و قابلیت برانگیختگی جنسی را گزارش کردند، اما یک سوم آنها بر این عقیده بودند که هنوز می‌توانند ارتباط جنسی برقرار کنند.

درمان دارویی، از جمله استفاده از نورولپتیک‌ها^۶ (ضد جنون) و ضد افسردگی‌ها در درمان اسکیزوفرنی، افسردگی، در صورتی که انحراف جنسی جزیی از این اختلال‌ها باشد، ضروری است.

1- behavior therapy

2- noxious stimuli

3- bad odors

4- covert sensitization

5- Heim

6- neuroleptic

داروهای آنتی آندروژن نظیر سیپروترون استات^۱ در اروپا و مدروکسی پروژسترون استات^۲ (دپرو پروور) در آمریکا به طور تجربی، در انحرافات فزون خواهی جنسی^۳ مورد استفاده قرار گرفته است که سطح تستوسترون خون را به طور موقت کاهش می دهد. برخی از بیماران گزارش کرده اند که با مصرف این داروها رفتار فزون خواهی شان کاهش یافته است. مدروکسی پروژسترون استات به نظر می رسد در مورد بیمارانی مفید باشد که فزون خواهی جنسی انحرافی آنها، خارج از کنترل یا خطرناک است (مانند خودارضایی مداوم و افراطی، تماس جنسی در هر فرصت و در هر مکان، رفتار جنسی خشن و سواس گونه). به نظر می رسد وقتی این دارو با درمان فشرده در زندان و بعد از بازگشت مبتلایان به انحراف جنسی به جامعه تلفیق شود مؤثر باشد. در برخی از موارد انحراف جنسی هم، عوامل سروتونرژیک مانند فلوئوکستین^۴ (پروزاک)، به طور محدود می تواند تأثیرگذار باشد.

به نظر می رسد برخی از مبتلایان به انحرافات جنسی در بیشتر حوزه های زندگی خود غیرعادی نباشند، در حالی که به نظر می رسد سایرین دارای مشکلات شخصی و بی کفایتی اجتماعی باشند. در مورد بعضی دیگر به نظر می رسد نگرانی و اضطراب شدیدی، نیاز خلاصی یافتن از طریق فعالیت جنسی انحرافی را افزایش دهد. در بررسی اختلالات روانی- فیزیولوژیکی، شاهد نقش پر قدرت الگوها در تغییرات بدنی خاص بودیم. هرچند به نظر می رسد الگوهای فکری نیز در انحرافات جنسی نقش خاصی داشته باشند، اشتغالات ذهنی می توانند به تغییرات بدنی وسیع در رابطه با برانگیختگی جنسی منجر شوند (ساراسون و همکاران ۱۳۸۳).

در جدول ۲-۵ عناوین درمان اختصاصی هر یک از انحرافات جنسی ذکر شده است که تنها به میزان متوسطی موفقیت آمیز بوده اند.

1- cyproterone actate

2- Medroxyprogesterione acetate (depro – provera)

3- hypersexuality

4- fluoxetine (prozac)

جدول ۲-۵: درمان اختصاصی انحرافات جنسی

اختلال	درمان
عورت نمایی	روان‌درمانی بنیش‌مدار، شرطی‌سازی انزجاری. زنان در مواجهه با مردان مبتلا به این اختلال، سعی کنند به آنها توجه نکنند، چرا که آنها خطرناک نیستند، اگرچه نفرت انگیز هستند، و یا به پلیس خبر دهند.
یادگارخواهی	روان‌درمانی بنیش‌مدار، شرطی‌سازی انزجاری، غرقه‌سازی تجسمی ^۱ (یعنی بیمار با یادگار، آن قدر خودارضایی می‌کند که اثر انگیزش را از دست بدهد. چیزی که از آن به عنوان اشباع‌سازی خودارضایی یاد می‌شود)
مالش دوستی	روان‌درمانی بنیش‌مدار، شرطی‌سازی انزجاری، گروه‌درمانی، داروهای آنتی‌آندروژن
بچه‌بازی	قرار دادن بیمار در واحد درمانی، گروه‌درمانی، روان‌درمانی بنیش‌مدار، داروهای آنتی‌آندروژن برای کاهش میل جنسی مانند مدروکسی پروژسترون استات.
مازوخیسم (آزارخواهی)	روان‌درمانی بنیش‌مدار، گروه‌درمانی
سادیسیم (آزارگری)	روان‌درمانی بنیش‌مدار، شرطی‌سازی انزجاری
یادگارخواهی همراه با مبدل‌پوشی	روان‌درمانی بنیش‌مدار
چشم‌چرانی	روان‌درمانی بنیش‌مدار، شرطی‌سازی انزجاری
(NOS) پارافیلیای دفعی مانند مدفوع‌خواهی و تنقیه‌خواهی	روان‌درمانی بنیش‌مدار
حیوان‌خواهی	تغییر رفتار، روان‌درمانی بنیش‌مدار

1- flooding

اختلالات جنسی نامتمایز

فصل ششم

اختلالات جنسی نامتمایز^۱

این طبقه از اختلالات جنسی آنهایی هستند که با ملاک‌های تشخیصی هیچکدام از اختلالات عملکرد جنسی یا انحرافات جنسی مطابقت ندارد و در DSM-IV به‌طور اختصاصی توصیف نشده‌اند.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV در اختلال جنسی که به‌گونه‌ای دیگر مشخص نشده است. این طبقه برای ثبت انواع اختلالات جنسی است که واجد ملاک‌های هیچکدام از اختلالات جنسی خاصی نیستند و اختلال عملکرد جنسی و انحراف جنسی محسوب نمی‌شوند. مواردی از آن عبارتند از:

احساس‌های آشکار بی‌کفایتی مربوط به عملکرد جنسی یا سایر صفات مرتبط با معیارهای خودتحمیلی مردانگی و زنانگی.

ناراحتی در باره‌ی الگویی از روابط جنسی مکرر با تعدادی از عشاق که از سوی فرد فقط به عنوان اشیاء مورد استفاده تجربه شده‌اند.

پیشانی مداوم و بارز در باره‌ی جهت‌گیری جنسی.

I- ملال پس از مقاربت^۲

این اختلال در DSM-IV به‌طور اختصاصی توصیف نشده است. در بعضی از افراد پس از نزدیکی حالت ملال و دلتنگی پیدا می‌شود. چنین افرادی پس از رابطه‌ی جنسی رضایت بخش (از سایر لحاظ) دچار افسردگی، تنش، اضطراب، تحریک‌پذیر شده و تحریک روانی - حرکتی نشان می‌دهند. غالباً سعی

1- Sexual disorder not other wise specified (NOS)

2-. postcoital dysphoria

می‌کنند از شریک جنسی خود دور شوند و حتی گاهی او را به باد فحش و کتک می‌گیرند. میزان بروز این اختلال معلوم نیست، ولی بیشتر در مردها دیده می‌شود. علل آن گوناگون است و به نظر شخصی نسبت به رابطه‌ی جنسی به طور کلی، و شریک جنسی به طور خاص، مربوط می‌شود. چنین حالتی ممکن است در روابط ممنوع یا در مقابل روسپی‌ها ظاهر گردد. اخیراً ترس از ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی) ظاهراً به تجربه‌ی این حالت پس از نزدیکی در بعضی از افراد مشاهده می‌گردد. این اختلال در خلال مرحله‌ی فرو نشینی^۱ رابطه‌ی جنسی روی می‌دهد، وقتی که شخص به طور طبیعی احساس راحتی کلی و انبساط عضلانی و آرامش روانی می‌کند. درمان مستلزم روان‌درمانی بینش‌مدار است که در آن به بیمار کمک می‌شود. زمینه‌های ناخودآگاه رفتار و نگرش‌های خود را درک کند.

II- مشکلات مربوط به زوج^۲

در بعضی از موارد، شکایت را باید بر حسب یک مسأله مربوط به واحد زناشویی یا زوج تلقی نمود تا اختلال کنشی فرد. به عنوان مثال، یک شریک جنسی احتمال دارد برقراری رابطه‌ی جنسی صبحگاهی را ترجیح دهد، ولی طرف مقابل در رابطه‌ی شبانه، کارکرد بهتری داشته باشد. نمونه‌ی دیگر زوجی است که میل طرفین برای تعداد دفعات جنسی متفاوت است. برخی از موارد نسبتاً شایع هم در مورد عدم تفاهم در مورد روش‌ها و وضعیت‌های مختلف رابطه‌ی جنسی می‌باشد. مانند: تماس‌های دهانی - تناسلی نظیر فرج‌لیسی^۳ و آلت‌لیسی^۴ و رابطه‌ی جنسی مقعدی^۵.

III- ازدواج به وصال نرسیده^۶

پژوهش‌هایی که توسط متخصصان بیماری‌های زنان، پزشکان عمومی و کلینیک‌های درمان جنسی صورت گرفته است حاکی از آن است که ازدواج به وصال نرسیده چندان شکایت نادری نیست. بعضی از زوج‌ها ماه‌ها و سال‌ها پس از ازدواج با این مشکل مراجعه می‌کنند و اظهار می‌دارند که هرگز رابطه‌ی

1- tesolution

2- couple problems

3- cunnilingus

4- Fellatio

5- anorectal conitus

6- unconsummated marriage

جنسی نداشته‌اند و معمولاً در مورد تمایلات جنسی، کم اطلاع و تحت مهارند. ماسترز و جانسون یک مورد ازدواج بدون رابطه‌ی جنسی کامل را که ۱۷ سال طول کشیده بود گزارش نموده‌اند.

زوجی که این مشکل را دارند معمولاً در مورد مطالب جنسی بی‌اطلاع هستند و رفتار مهارشده‌ای از این نظر دارند. احساس گناه، شرم یا بی‌کفایتی آنها تحت تأثیر مشکلاتشان افزایش می‌یابد و احتیاج به جستن کمک و در عین حال نیاز به پنهان داشتن موضوع آنها را در موقعیت ناراحت‌کننده‌ای قرار می‌دهد. در ازدواج به وصال نرسیده، معمولاً زوج با هم و مستقیماً به جستجوی کمک حرفه‌ای نمی‌آیند، اما زن ممکن است مسأله را در ملاقات با پزشک متخصص زنان به ظاهر با شکایت‌های مبهم از ناحیه تناسلی مطرح کند. متخصص زنان ممکن است در معاینه متوجه سالم بودن پرده‌ی بکارت بیمار شود. در بعضی موارد ممکن است زن تحت عمل برداشتن پرده‌ی بکارت قرار گرفته باشد. عمل جراحی معمولاً به صورت یک استرس ثانوی سبب افزایش احساس بی‌کفایتی در زوج می‌گردد. زن ممکن است احساس کند که با او بدرفتاری شده و نقص در وی به وجود آورده‌اند و نگرانی شوهر نیز در مورد مردانگی خود بیشتر می‌گردد. برداشتن پرده‌ی بکارت معمولاً بدون اینکه کمکی به حل مسأله بکند سبب وخامت آن می‌گردد. سؤالات پزشک، اگر در مدارا با مسائل جنسی احساس راحتی می‌کند، ممکن است نخستین در به سوی بحث صادقانه مشکل زن و شوهر باشد. معمولاً بهانه مراجعه به پزشک بحث در مورد طرق جلوگیری از بارداری، یا حتی درخواست تحقیق در مورد مسأله‌ی ناباروری است.

با این حال وقتی مسأله روشن شد اغلب با موفقیت قابل درمان است. طول مدت مسأله اهمیت چندانی در پیش‌آگهی ندارد.

عوامل مختلفی در سبب‌شناسی ازدواج به وصال نرسیده مطرح هستند: فقدان آموزش جنسی^۱، مهارهای جنسی^۲ که به‌وسیله‌ی والدین و اجتماع تحمیل می‌شود، تعارض‌های نوروپیک با ماهیت اودیپال، وابستگی شدید به خانواده‌ی اولیه، ناپختگی^۳ در هردو والد، مشکلاتی در همانندسازی جنسی^۴،

1- lack of sex education

2-. sexual prohibitions overly stressed by parents or society

3-. immaturity

4- problems in sexual identification

تعصب مذهبی همراه با کنترل شدید رشد جنسی و اجتماعی^۱ و گناه و ناپاک^۲ دانستن میل جنسی، همگی در حصول عدم موفقیت در رابطه‌ی جنسی پس از ازدواج مؤثر هستند.

در ازدواج به وصال نرسیده، معمولاً شوهر به ناتوانی جنسی و خیلی از زن‌ها به واژینیسم مبتلا هستند. اغلب تعیین اینکه کدام مشکل نخست شروع شده است آسان نیست چون در اکثر موارد روابط قبل از ازدواج نیز وجود نداشته است. واژینیسم ممکن است پس از آنکه زن به‌طور مکرر با کوشش‌های بی‌حاصل شوهر ناتوان در رابطه‌ی جنسی به ستوه آمده و احساس طرد و ناکامی نمود شروع شود، مرد نیز به همان ترتیب در سعی بی‌حاصل خود برای نزدیکی با زنی که دچار واژینیسم است دچار ناتوانی شود. به ندرت یکی از طرفین در خارج از موقعیت زناشویی از نظر عملی تواناتر است، و معمولاً یکی از آنها با همسری که اختلال کنشی کمتری داشته باشد وضع بهتری می‌تواند پیدا کند.

مرد در این موارد معمولاً بار گناه مسأله را به دوش می‌کشد، اما زن نیز به همان اندازه رنج برده و احساس می‌کند که از جذابیت کافی برای تحریک شوهرش برخوردار نیست.

از عوامل روان‌پویشی شایع در ازدواج به وصال نرسیده مربوط به شوهری است که به او یاد داده‌اند دو نوع زن وجود دارد، یکی برای عشق و دیگری برای رابطه‌ی جنسی. زن نیز طوری تربیت شده است که انتظار دارد همیشه مرد باید پیشقدم باشد. زندگی جنسی آنها فلج می‌شود چون مرد قادر به رفتار جنسی با «بانوی خوب» خود نیست، زن نیز از این می‌ترسد که با حالت تهاجمی جنسی عزت‌نفس خود و عشق شوهرش را از دست بدهد. فقدان بازی و شوخی‌های جنسی بین آنها سبب گرایش بیشترشان به خانواده‌های اولیه‌ی خود شده و مشکل جنسی آنها را بیشتر می‌کند.

از الگوهای دیگر در ازدواج به وصال نرسیده، مربوط به زوجی است که ازدواج برای آنها یک مبارزه محسوب می‌شود و رابطه جنسی میدان جنگ عمده‌ی آن است. ممکن است زن پرخاشگر و کنترل‌کننده، و شوهر منفعل و منعطف باشد. اما در روابط جنسی شوهر با ناتوانی یا انزال زودرس سبب می‌شود که زن احساس طرد کرده و ناکام بماند. زن معمولاً مسائل جنسی خود را دارد، در مورد خودارضایی تردید داشته و برای کسب ارگاسم دچار اشکال است. نهایت امر احساس بی‌کفایتی و ناکامی در هر دو طرف می‌باشد. بسیاری از زن‌های دیگری که دچار این مشکل شده‌اند مفاهیم مسخ شده‌ای در مورد واژن خود دارند. ممکن است ترس از بسیار کوچک یا نرم بودن مهبل یا اشتباه گرفته شدن با مقعد که با

1- religious orthodoxy, with sever control of sexual and social development

2- equation of sexuality with sin or uncleanness

احساس ناپاک بودن آن منجر می‌گردد، وجود داشته باشد. مرد نیز ممکن است در این برداشت‌های نادرست سهیم بوده و آلت تناسلی زن را برای خود خطرناک بداند. همچنین ممکن است هر دو طرف نگرش‌های نادرستی^۱ نسبت به آلت تناسلی مرد داشته و آن را به مفهوم اسلحه، بسیار بزرگ یا بسیار کوچک تصور کنند. پزشک می‌تواند بسیاری از این بیماران را با آموزش ساده در مورد فیزیولوژی و آناتومی دستگاه تناسلی با پیشنهاد برای کاوش بدن خود و دادن اطلاعات صحیح کمک کند.

بهترین راه درمان در ازدواج به وصال نرسیده، ملاقات زوج با هم است. درمان دو جنسیتی^۲، که در آن دو درمانگر مرد و زن بسیار مؤثر بوده است. با این حال سایر روش‌های درمانی توأم، مشاوره‌ی زناشویی^۳، روان‌درمانی سنتی فردی، و مشاوره با یک پزشک خانواده، متخصص زنان^۴ و متخصص مجاری ادرار و تناسلی^۵ نیز می‌تواند کمک کننده باشد.

در ازدواج به وصال نرسیده زوج‌هایی که نیازمند درمان هستند، احتیاج دارند که اطلاعات جنسی درست را از یک منبع دلسوز، پذیرا و در عین حال با صلاحیت و قدرت بشنوند، احتیاج دارند که در اعمال جنسی تشویق و ترغیب شده و اعتماد به نفس و غرور در مورد جنسیت خود پیدا کنند. زوجی که خود برای درمان مراجعه می‌کنند، معمولاً انگیزه‌ای قوی‌تر داشته و سریع‌تر و مثبت‌تر واکنش نشان می‌دهند. در درمان جنسی زوج، درمانگرها هدایت زندگی جنسی زوج را با تجویز تمرینات و بازی‌های جنسی مشخص بر عهده می‌گیرند. به این روش آنها سوپرایگوی مهارتی و مانع‌شونده را خنثی کرده و معیارهای انعطاف‌پذیرتری در رفتار متناسب جنسی ارائه می‌کنند (کاپلان و همکاران، ۱۳۷۱).

IV- مسایل مربوط به تصویر ذهنی بدن^۶

افرادی که از اندام خود احساس شرمندگی کرده و با توجه به معیارهای خودگزیده نسبت به مردانگی و زنانگی خود احساس بی‌کفایتی می‌کنند ممکن است دچار اختلال جنسی شوند. این افراد احتمال دارد

1- distortions

2-. dual sex therapy

3- marital counseling

4-. gynecologist

5- urologist

6-. body image problems

فقط در تاریکی مطلق^۱ قادر به برقراری رابطه‌ی جنسی باشند، اجازه‌ی لمس یا رؤیت قسمت‌های خاصی از بدن را ندهند، برای بی‌کفایتی‌های خیالی خود دنبال عمل‌های جراحی بگردند. این گونه موارد را باید از اختلال بدریختی بدن^۲ تشخیص افتراقی داد. اختلالی که فرد مبتلا معتقد است که از نظر جسمی دچار نوعی عیب و بی‌قوارگی است، اگرچه ظاهر آنها به‌طور عینی چیز قابل توجهی ندارد.

۷- دون ژوانیسم^۳

بعضی از مردان با تظاهر به نیاز به ماجراها و روابط جنسی، خود را از لحاظ جنسی پرکار نشان می‌دهند، با این حال، اینگونه فعالیت جنسی برای پوشاندن احساسات عمیق حقارت مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخی از آنها تکانه‌های ناخودآگاه همجنس‌گرایی دارند، که با تماس و سواست‌گونه خود با زن‌ها آن را انکار می‌کنند. اکثر دون ژوان‌ها پس از رسیدن به کام، علاقه‌ی بیشتری به همان زن نشان نمی‌دهند. این حالت را گاهی ساتیریازیس^۴ یا اعتیاد جنسی هم می‌خوانند.

VI- نیمفومانیا^۵ (حشری بودن زنان)

نیمفومانیا یا حشری بودن یک اصطلاح توصیفی است که روی میل مفرط و بیمارگونه زن برای نزدیکی تأکید می‌کند و نوعی از اعتیاد جنسی است. مطالعات علمی در مورد این اختلال محدود بوده است. در موارد مطالعه شده معمولاً بیمار به یک یا چند اختلال جنسی (به ویژه اختلال ارگاسم در زن) مبتلا بوده است. معمولاً ترس شدیدی در مورد از دست دادن عشق و محبت با این اختلال همراه است. چنین زنی بیشتر سعی می‌کند که نیازهای وابستگی خود را اقناع کند تا تکانه‌های جنسی خویش را.

1-Total darchness

2- body dysmorphic disorder

3-don juanism

4-Satynasis

5-nymphomania

VII- احساس ناراحتی مداوم و بارز مربوط به گرایش جنسی^۱

احساس ناراحتی بارز و مداوم در ارتباط با گرایش جنسی در DSM-IV به عنوان نمونه‌ای از اختلالات جنسی ذکر شده است. احساس ناراحتی مربوط به گرایش جنسی، عبارت است از نارضایتی در مورد الگوهای انگیزشی جنسی (که معمولاً شامل الگوهای انگیزش همجنس گرایی است)، تمایل به افزایش انگیزش دگرجنس‌خواهی و احساس منفی قوی در مورد همجنس‌گرا بودن. اظهارات گاه به گاه مبنی بر این که اگر شخص همجنس‌گرا نبوده، زندگی‌اش راحت‌تر بود، معادل احساس ناراحتی بارز و مداوم در مورد گرایش جنسی نیست.

در ارتباط با درمان این اختلال، توافق نظر وجود ندارد. در یک مطالعه با حداقل ۳۵۰ ساعت روانکاوی، حدود یک سوم از صد نفر مرد دو جنس‌گرا و همجنس‌گرا، گرایش دگرجنس‌خواهی پیدا کردند و در طول پنج سال پیگیری این گرایش را حفظ کردند. اما مطالعه‌ی حاضر مورد سؤال قرار گرفته است. رفتاردرمانی و فنون مرتبط به آن هم مورد استفاده قرار گرفته است، اما با این فنون، احتمال دارد رفتار مورد نظر در چهار چوب آزمایشگاه تغییر کند، ولی در بیرون از آن چنین نباشد. از روش‌های دیگری که در این اختلال به کار گرفته می‌شود و از طرف مکاتب روان‌پزشکی حامی بهنجاری همجنس‌گرایی پیشنهاد شده است، این است که بیمار را قادر سازیم بدون احساس شرم و گناه، اضطراب یا افسردگی، همجنس‌گرایی‌اش را ادامه دهد و از این لحاظ زندگی راحتی را داشته باشد. مراکز مشاوره‌ی مردان همجنس‌گرا نیز در این برنامه‌های درمانی با بیماران سهیم می‌شوند. در حال حاضر مطالعات مربوط به نتایج چنین مراکزی به تفصیل گزارش نشده است.

1- Persistent and marked distress about sexual orientation

مباحث ویژه

فصل هفتم

I- همجنس‌گرایی^۱

همجنس‌گرایی به احساسات و افکار شهوانی معطوف به فردی همجنس اطلاق می‌شود. خواه با رفتار جنسی آشکار مربوط باشد، خواه نباشد. یعنی اینکه کسی در عمل یا خیال گرایش به رابطه با همجنس خود داشته باشد. واژه‌ی همجنس‌بازی در باره‌ی مرد و زن هر دو به کار می‌رود، اما همجنس‌گرایی زنان لزبینیسم^۲ نیز نامیده می‌شود.

افراد همجنس‌گرا، مانند دگرجنس‌خواهان ممکن است روش‌های خاصی را از بوسیدن و نوازش کردن گرفته تا رابطه‌ی دهانی- تناسلی، تحریک تناسلی با دست، و لواط ترجیح دهند. رفتارهای همجنس‌گرایی در زنان مشتمل است بر خودارضایی متقابل، تماس‌های دهانی- تناسلی، نوازش و تحریک پستان‌ها. نقش فاعل و مفعول معمولاً عوض می‌شود، ولی ممکن است یکی از طرفین از روی عادت نقش فعال‌تری داشته باشد. الگوهای تجارب جنسی بین همجنس‌گرایان از زوجی به زوج دیگر متفاوت است.

همجنس‌گرایی و تمایل نشان دادن به آن در فرهنگ‌های گوناگون وجود داشته، ولی با توجه به اینکه همجنس‌گرایی برخلاف طبیعت و فطرت آدمی است، بسیاری از جوامع این عمل را در هر سنی نکوهش می‌کنند. اما متأسفانه برخی از جوامع برخلاف سنت طبیعی به سوی همجنس‌گرایی تمایل دارند. به عنوان مثال، در آفریقا مردان پسران خود را به یکدیگر قرض می‌دهند و مرتکب همجنس‌گرایی می‌شوند. در مورد همجنس‌گرایی دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد. از سال ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۳ کمیته‌ی بهداشت روانی، همجنس‌گرایی را یک اختلال روانی شمرد، ولی پس از آن چنین اعتقادی میان

^۱. homosexuality

^۲. lesbianism

روان‌پزشکان نقض شد و در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی در DSM-IV در مورد همجنس‌گرایی چنین آمده است: «تنها همجنس‌گرایی که شخصاً از رفتار خودشان مورد آزار قرار گرفته‌اند و آنهایی که به تغییر جهت‌گیری جنسی خود آرزومندند، به درمان احتیاج دارند (لیندزی و تامپسون^۱، ۱۹۸۸، به نقل از کجیاف، ۱۳۷۸).

بدین ترتیب انجمن روان‌پزشکی آمریکا، همجنس‌گرایی را به عنوان یک طبقه‌ی تشخیصی، کنار گذاشت و در سال ۱۹۸۰ آن را از DSM حذف نمود. و بالاخره در سال ۱۹۹۴ همجنس‌گرایی ناراحتی مربوط به گرایش جنسی^۲ نامیده شد، به‌طوری که این ناراحتی مستمر و قابل ملاحظه باشد. این ناراحتی در طبقه‌بندی جدید از اختلال‌های جنسی محسوب می‌شود.

در ICD-10 هم آمده است: «گرایش جنسی به تنهایی، یک اختلال محسوب نمی‌شود.» این تغییر، بازتاب تغییراتی است که در درک همجنس‌گرایی رخ داده است، چرا که آن را سبک دیگری از زندگی به حساب می‌آورند و کم و بیش به طور مرتب به عنوان نوعی تمایل جنسی انسان روی می‌دهد و نمی‌توان آن را یک اختلال بیمارگونه تشخیص داد.

برخی دانشمندان حوزه‌ی علوم رفتاری، مانند آلفرد کینزی^۳، گرایش جنسی در افراد را پیوستاری از همجنس‌گرایی محض تا دگرجنس‌خواهی محض می‌بینند. به عنوان مثال در مقیاس ۷ درجه‌ی کینزی، آنهایی که فقط گرایش به افراد جنس مخالف پیدا می‌کنند و از لحاظ جنسی فقط با چنین افرادی آمیزش دارند در انتهای دگرجنس‌خواهی این پیوستار، یعنی طبقه‌ی صفر قرار می‌گیرند، و کسانی هم که منحصرأً گرایش به افراد همجنس پیدا می‌کنند و فقط مایل به رابطه‌ی جنسی با این افراد هستند، در انتهای همجنس‌گرایی (طبقه ۶) این پیوستار قرار دارند. آنهایی که در طبقه‌ی ۲ تا ۴ جای دارند اصولاً به عنوان دوجنس‌خواه به حساب می‌آیند.

به نظر می‌رسد این روش مسأله را بیش از حد ساده جلوه می‌دهد، چون گرایش جنسی در افراد شامل مؤلفه‌های متمایز مختلفی است مانند کشش شهوانی یا میل جنسی، رفتار جنسی، جاذبه‌ی عاشقانه، و ارزیابی خود به عنوان دگرجنس‌خواه، همجنس‌گرا، یا دوجنس‌خواه، چندان هم غیرعادی نیست که فردی از لحاظ مؤلفه‌های گوناگون در نقاط مختلف این مقیاس قرار گیرد. به عنوان مثال، بسیاری از کسانی که از نظر جنسی مجذوب همجنسان خود می‌شوند ممکن است هرگز درگیر رفتارهای همجنس‌گرایانه

1- Lindesy and Thomposon

2- Sexual orientation distress

3- Alfred Charles Kinsey

نشوند و بسیاری دیگر که تجارب همجنس‌گرا داشته‌اند خود را همجنس‌گرا یا دو جنس‌گرا ندانند. مسأله زمانی پیچیده‌تر می‌شود که با گذشت زمان از لحاظ مؤلفه‌های گرایش جنسی تغییر وضعیت دهند.

رویکرد روانکاوی فروید هم معتقد بود که همه‌ی مردم ذاتاً دوجنس‌گرا هستند. اگرچه رشد روانی-جنسی معمولاً در مسیر رابطه‌ی دگرجنس‌خواهانه پیش می‌رود، برخی از شرایط از جمله ناتوانی در حل عقده‌ی اودیپ، ممکن است در دوران بزرگسالی به رفتار همجنس‌گرایانه منجر گردد.

در بررسی‌هایی که از بهداشت روانی همجنس‌گرایان انجام گرفت معلوم گردید که اینان در زمینه‌های معینی از زندگی همچون ثبات شغلی و رضایت از کار همانند افراد دگرجنس‌خواه به خوبی فعالیت می‌کنند و موفقیت به دست می‌آورند. اما در زمینه‌های دیگر زندگی همجنس‌گرایان در وضع بسیار بدی قرار می‌گیرند. ناراحتی‌ها و افسردگی‌هایشان از دگرجنس‌خواهان بیشتر و شدیدتر است. زیرا علاوه بر غیر طبیعی بودن رفتار آنان در نظر دیگران بدبختی بزرگتر آن است که گروه اقلیتی را تشکیل می‌دهند که مورد تحقیر و استهزای گروه‌های اکثریت قرار می‌گیرند. مردان همجنس‌گرا در معرض تبعیض‌های اجتماعی بوده و محروم از نظام حمایت اجتماعی خاص افراد متأهل هستند. نداشتن ظرفیت بیولوژیک تولیدمثل نیز که در زوج‌های غیر همجنس اما ناهم‌ساز از سایر لحاظ، اساس رابطه‌ای محکم را به وجود می‌آورد، برای زوج‌های همجنس‌گرا وجود ندارد. زنان همجنس‌گرا، برعکس، کمتر در معرض برچسب خوردن و بی‌آبرویی بوده و ظاهراً روابط تک‌یاری^۱ پایاتری دارند.

کینزی و همکاران (۱۹۴۸) با استفاده از یک مقیاس شش مرحله‌ای تخمین زدند که ۱۰ درصد مردان حداقل به مدت سه سال منحصراً همجنس‌گرا بوده‌اند، و ۴ درصد مردها در طول عمر خود منحصراً همجنس‌گرا هستند. به گزارش این پژوهش‌گران ۴ درصد زن‌های مجرد بین ۲۰ تا ۳۵ سالگی به طور مستمر همجنس‌گرا بوده‌اند، در حالی که به عقیده‌ی کینون از هر ۴۵ زن بالغ فقط یک نفر به طور عمده همجنس‌گرا است. کینزی همچنین مشاهده کرد که ۳۷ درصد کل مصاحبه‌شوندگان، در دوره‌ای از زندگی خود، به‌ویژه در نوجوانی، تجربه‌ی همجنس‌گرایی داشته‌اند. هاید^۲ نیز بر این اعتقاد است که:

میزان شیوع همجنس‌گرایی در مردان بیشتر از زنان می‌باشد.

رفتار همجنس‌گرایی هیچگاه بر رفتار جنسی بزرگسالان حاکم نبوده است.

همجنس‌گرایی در فرهنگ‌های مختلف وجود داشته ولی بیشتر از ۵ درصد جمعیت جهان را شامل

نمی‌شود.

1- monogamous

2- Hyde

در سال ۱۹۹۳، مؤسسه‌ی آلت گات مچر^۱ به این نتیجه دست یافت که ۱ درصد مردان در سال قبل، منحصرأ فعالیت همجنس‌گرایی داشته‌اند و ۲ درصد آنها، تجربه‌ی همجنس‌گرایی را در طول عمر خود گزارش کرده‌اند. در سال ۱۹۸۹، پژوهش دانشگاه شیکاگو نشان داد که کمتر از ۱ درصد از هر دو جنس، همجنس‌گرا هستند. آمارهای موجود در این زمینه متفاوت می‌باشد و اطلاعات دقیقی در دست نیست. بعضی از همجنس‌گرایان، به‌ویژه مردان، وجود کشش‌های احساسی نسبت به همجنس را قبل از دوره‌ی بلوغ گزارش می‌دهند. طبق یافته‌های کینزی حدود نیمی از مردها در مرحله‌ی قبل از بلوغ، نوعی تجربه‌ی جنسی تناسلی با همجنس را داشته‌اند. با این حال، چنین تجربه‌ای معمولاً ماهیت کنجکاوانه داشته و فاقد اجزاء عاطفی قوی بوده است. اکثر همجنس‌گرایان مرد شروع کشش‌های احساسی و لذت‌بخش را در دوران پس از بلوغ به خاطر می‌آورند. برای زن‌ها نیز، معمولاً نخستین گرایش احساسی نسبت به همجنس در سن پیش از بلوغ است. با وجود این، شناخت واضح احساس مقدم داشتن شریک جنس همجنس معمولاً در اواسط یا اواخر بلوغ یا کمی پس از آن روی می‌دهد. نوجوانانی که به تازگی بلوغ را گذرانده‌اند ممکن است از وجود کشش‌های جنسی نسبت به هر دو جنس در وجود خود آگاه باشند. به نظر می‌رسد تعداد زنان همجنس‌گرایی که علیرغم ترجیح روابط با همجنس، با جنس مخالف نیز تجاربی داشته‌اند، نسبت به مردها بیشتر است. شافر^۲ از مطالعه‌ی خود چنین نتیجه‌گیری نمود که ۵۶ درصد زنان همجنس‌گرا قبل از نخستین تجربه‌ی جنسی خود با زن دیگر، رابطه‌ی جنسی با مردها را داشته‌اند. در مقایسه با مردها که در ۱۹ درصد موارد، اول رابطه با جنس مخالف را شروع کرده‌اند.

سبب شناسی

علی‌رغم مطالعات جالب توجهی که در ارتباط با همجنس‌گرایی صورت گرفته است هنوز اطلاعات اندکی در مورد حقایق مربوط به آن در دست است. در سبب‌شناسی همجنس‌گرایی می‌توان به دو دسته از عوامل روان‌شناختی^۳ و زیست‌شناختی^۴ اشاره نمود.

1- Alan Gutt Macher

2- Schafer

3- psychological

4- biological

عوامل روان‌شناختی

فروید همجنس‌گرایی را وقفه‌ی رشد روانی-جنسی معرفی نمود و بر این عقیده بود که در صورت مشهود نبودن عدم رشد، آثاری از مرحله‌ی پیشین رشد وجود دارد (همجنس‌گرایی پنهان). این همجنس‌گرایی پنهان با مکانیسم دفاعی-روانی والايش^۱ به رفتار محبت‌آمیز نسبت به همجنس، و یا در مردان تمایلات انفعالی و در زنان به گرایش‌های پرخاشگرانه تبدیل می‌گردد. بیه‌بر^۲ فرضیه‌ی دوجنس‌گرایی روانی را رد کرده و دگرجنس‌خواهی را حالت بیولوژیک طبیعی انسان معرفی نمود. برای او، علت بروز همجنس‌گرایی، تجربیات بیماری‌زای^۳ اوایل کودکی بوده که در مرد این تجربیات در درجه‌ی اول نتیجه‌ی داشتن مادری بسیار صمیمی، پدری منفعل، پرخاشگر و مستبد، و در مواردی غیبت پدر از منزل بود.

فروید و روانکاوان بعد از او ترس از اختگی^۴ را مطرح کردند. سوکاریدز^۵ ترس از تسلط مادری را مطرح ساخت. هاترر^۶ لیست بلندی از موقعیت‌های مختلف دوران کودکی را که می‌تواند به همجنس‌گرایی در مرد منجر شود ارائه داد که از آن جمله است وابستگی عاطفی شدید به مادر^۷، فقدان روابط پدر-پسری محبت‌آمیز، مهار شدن رشد مردانگی به وسیله مادر، تثبیت یا برگشت به مرحله‌ی خودشیفتگی رشد روانی-جنسی، و باخت در رقابت با خواهران و برادران^۸.

نظر فروید در مورد همجنس‌گرایی در زن، عدم انحلال رشک آلت^۹ در ارتباط با تعارضات اودیپال حل‌نشده را شامل می‌شود. برای بیه‌بر، همجنس‌گرایی زن هیچکدام ربطی با هیچگونه الگوی روشن و مشخص خانوادگی نداشت.

1- Sublimation

2- Bieber

3- Pathorenic

4- castration fear

5- Socarides

6- Hatterer

7- strong fixation on the mothe

8- losses when competing with brothers and sisters

9- penis envy

از دیدگاه فروید همجنس‌گرایی یک بیماری روانی محسوب نمی‌شود. فروید در کتاب «سه رساله در زمینه‌ی نظریه‌ی تمایلات جنسی»^۱ می‌نویسد: «همجنس‌گرایی در افرادی مشاهده می‌شود که انحراف جدی دیگری از بهنجاری ندارند.... کارآیی آنها مختل نشده است و در واقع رشد هوشی و فرهنگی اخلاقی بالایی دارند». فروید همچنین در «نامه‌ای به یک مادر آمریکایی» نوشت: «مطمئناً همجنس‌گرایی مزیتی ندارد، اما چیزی نیست که مایه‌ی شرم باشد، نه فساد است و نه انحطاط و نمی‌توان آن را بیماری شمرد، ما آن را نوعی اعمال جنسی تلقی می‌کنیم که در اثر وقفه‌ی خاصی در رشد جنسی ایجاد می‌شود».

رویکرد رفتاری همجنس‌گرایی را اساساً پدیده‌ای آموخته شده می‌داند و تجارب لذت بخش جنسی اولیه با افراد همجنس یا تجارب ناخوشایند با افراد جنس مخالف را در همجنس‌گرایی دخیل می‌داند که می‌تواند افکار و خیال‌پردازی‌های جنسی را شرطی کند. این رویکرد همچنین می‌تواند در توجیه اینکه چرا بعضی افراد رجحان جنسی خود را در دوران بزرگسالی تغییر می‌دهند به کار می‌رود. بعضی پژوهش‌گران دریافته‌اند افرادی که رجحان جنسی خود را تغییر داده‌اند ممکن است تجارب ناخوشایند دگرجنس‌خواهانه که در پی آن تجارب پاداش دهنده‌ی همجنس‌گرایی می‌آید داشته‌اند (ماسترز و جانسون، ۱۹۷۹، به نقل از ساراسون و همکاران، ۱۳۸۳).

بل و وینبرگ و هامر اسمیت^۲ (۱۹۸۱) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که شواهد موجود هیچ یک از رویکردهای رفتاری و روانکاوی را تأیید نمی‌کند. آنها به نتایج زیر دست یافتند: شواهدی مبنی بر اینکه روابط کودک-والد در تعیین رجحان جنسی تأثیر گذار است در دست نیست. شواهدی مبنی بر اینکه همجنس‌گرایی از تجارب غیرمعمول با اعضای جنس مخالف طی دوران کودکی ناشی شود در دست نیست؛ نظیر تجاربی از قبیل تجاوز به عنف، تنبیه والدین به خاطر بازی‌های جنسی با اعضای جنس مخالف، رفتار اغوا کننده از طرف والدین جنس مخالف، یا اغوای واقعی از سوی مردان یا زنان مسن‌تر.

همچنین این مطالعات شواهدی به دست داد مبنی بر اینکه رجحان جنسی در دوران اولیه زندگی به وجود می‌آید.

1- Theree Essays on the Theory of Sexuality

2- Bell & Weinberg & Hammer Smith

۱- این احتمال وجود دارد رجحان جنسی در دوره‌ی نوجوانی، حتی پیش از اینکه فعالیت جنسی زیاد باشد، شکل بگیرد.

۲- در تعیین رجحان جنسی، احساسات جنبی جذابیت، خیلی مهم‌تر از فعالیت جنسی اولیه به نظر می‌رسد.

۳- بزرگسالان همجنس‌گرا، فاقد تجارب با جنس مخالف در دوران کودکی نبودند؛ البته این تجارب را ارضاکننده نیافته بودند.

۴- کودکانی که با نقش‌های جنسی خود در دوران کودکی هم‌نواپی نداشتند احتمال نسبتاً افزایش یافته‌ای داشت که در دوران نوجوانی احساسات و رفتار همجنس‌گرایانه را دارا باشند.

منظور از عدم ناهم‌نواپی^۱ هویت جنسی در دوران کودکی این است که فرد بیشتر به بازی‌ها و فعالیت‌های مربوط به جنس مخالف می‌پردازد. مانند، بازی بیسبال برای دختران و مادربازی برای پسران. البته این موضوع الزاماً نشان دهنده‌ی همجنس‌گرایی در آینده نمی‌باشد. (ساراسون و همکاران، ۱۳۸۳). علاوه بر نتایج به دست آمده در رابطه با ناهم‌نواپی جنسیتی، یافته‌های حاصل از مصاحبه با حدود ۱۰۰۰ مرد و زن همجنس‌گرا و ۵۰۰ مرد و زن دگرجنس‌خواه که در ناحیه‌ی خلیج سانفرانسیسکو زندگی می‌کردند، بر نظریه‌های رایج در مورد پیشایندهای گرایش به همجنس‌گرایی سایه‌ی تردید می‌افکند. به عنوان مثال:

۱- همانندسازی فرد با والد غیرهمجنس خود در جریان رشد، تأثیر قابل توجهی در همجنس‌گرایی یا دگرجنس‌خواه بودن وی ندارد. این نتایج مابین با نظریه‌ی روانکاوی فروید و دیگر نظریه‌های مبتنی بر نظام روان‌پویشی خانواده در دوره‌ی کودکی است. درست است که طبق پیش‌بینی مکتب روانکاوی، مردان همجنس‌گرا در مقایسه با مردان دگرجنس‌خواه، رابطه‌ی ضعیف‌تری با پدر خود گزارش می‌کنند، اما این مطلب در مورد زنان همجنس‌گرا در مقایسه با زنان دگرجنس‌خواه نیز صادق بود. به علاوه، یافته‌ها حاکی از آن است که رابطه‌ی ضعیف پدر- فرزند تعیین‌کننده‌ی همجنس‌گرایی فرزند نیست، بلکه خود ناشی از این است که پدر، کودکی را که ناهم‌نواپی جنسیتی نشان دهد، دوست ندارد، به ویژه پسری را که رفتار زنانه داشته باشد.

1-. nonconformity

۲- در ارتباط با اینکه اولین تجربه‌ی جنسی فرد با همجنس خود بوده باشد یا نه تفاوتی بین مردان و زنان همجنس‌گرا دیده نشد. به علاوه، همجنس‌گرایان از تجربه‌های دگرجنس‌خواهانه در سال‌های کودکی و نوجوانی نه بی‌بهره بودند و نه چنین تجاربی را نامطبوع یافته است.

۳- گرایش جنسی معمولاً در نوجوانی شکل می‌گیرد، هرچند نوجوانان هنوز از نظر جنسی فعال نشده باشند. مردان و زنان همجنس‌گرا نوعاً سه سال پیش از اولین فعالیت همجنس‌گرایی «پیشرفته‌ی» خود، معمولاً مجذوب فردی از همجنسان خود می‌شوند.

یکی از نظریه‌های موجود در توصیف تحول همجنس‌گرایی، نظریه‌ی استورمز^۱ می‌باشد. با توجه به این نظریه، رشد همجنس‌گرایی و جهت‌گیری جنسی نتیجه‌ی کنش متقابل میان رشد انگیزه‌ی جنسی و رشد اجتماعی اوایل نوجوانی است. این نظریه‌پرداز رؤیاهای جنسی را در پی‌ریزی گرایش جنسی مهم تلقی می‌کند. اینکه در خودتحریکی، چه تخیلاتی فرد را به برانگیختن فعالیت جنسی توانا می‌سازد، در رشد سابق جنسی اهمیت دارد. تخیلات و خیال‌پردازی‌های جنسی اولیه‌ی انسان به‌طور طبیعی نسبت به افرادی بیشتر گرایش دارند که هیجان بیشتری از آنها دریافت داشته‌اند. دوستی با همجنس تا حدود ۱۲ سالگی با ستیزه‌جویی همراه است، بعد از این نوع آمیختگی اجتماعی دختر و پسر بین سن ۱۲ و ۱۳ سالگی به وجود می‌آید و تقریباً حدود ۱۵ سالگی (سن بلوغ) آغاز این رفتارها به حساب می‌آید. نیرومندترین روابط هیجانی با همجنس، قبل از ۱۳ سالگی معمولاً برقرار می‌شود و بعد از این، دوستی‌ها با جنس مخالف شروع می‌شود.

استورمز جهت‌گیری به سوی همجنس را در نوجوانانی یافت که تحول جنسی زودرسی داشته‌اند، نوجوانانی که بلوغ زودرس دارند، تخیلات جنسی آنها در زمان رشد اجتماعی در زمینه‌ی خودتحریکی است و در این مرحله‌ی رشد، نیرومندترین جاذبه‌های هیجانی همجنس، نوجوان است. وجه افتراق نظریه‌ی استورمز و بیه‌بر در این است که به اعتقاد بیه‌بر منش کودکی در تجربه با والدین گرایش جنسی را معین می‌کند، در حالی که استورمز دوره‌ی سازنده‌ی گرایش جنسی را دوره‌ی کودکی ندانسته و در مقابل به دوره‌ی نوجوانی اهمیت فراوانی داده است؛ یعنی زمانی که تغییرات زیست‌شناختی انگیزش جنسی را آشکار می‌سازد.

1- Stormz

با توجه به نظریه‌ی استورمز زمانی که منحصرأ گروه‌های همسن، همجنس هستند، تمایل جنسی به سرعت آشکار شده و نوجوان راهنمای خود را در مسایل جنسی از گروه خود انتخاب خواهد کرد و پس از آن، او را به عنوان شریک جنسی خواهد پذیرفت (لیندزی و تامپسون، ۱۹۸۸، به نقل از کجباغ، ۱۳۷۸). از نظریه‌ی استورمز می‌توان چنین استنباط کرد که رجحان جنسی در بزرگسالی به محیط اجتماعی سال‌هایی از نوجوانی بستگی دارد که در آن، سائق جنسی به حداکثر نیرومندی خود می‌رسد. اگر در طی این سال‌ها، محیط اصولاً از یک گروه همجنس تشکیل شده باشد، رجحان در بزرگسالی در جهت همجنس‌گرایی، و اگر از یک گروه غیرهمجنس تشکیل شده باشد، گرایش فرد به سوی دگرجنس‌خواهی، خواهد بود. این نظریه مبتنی بر فرض وجود کنش متقابل بین عوامل زیست‌شناختی مربوط به بروز سائق جنسی از یک سو، و عوامل اجتماعی و روانی مؤثر بر رشد اجتماعی از سوی دیگر است.

با توجه به مباحثی که قبلاً نیز در مورد آنها اشاره شد، می‌توان گفت که همجنس‌گرایی در فرهنگ‌های گوناگون، متفاوت است. عده‌ای بر این اعتقادند که میزان شیوع همجنس‌گرایی در جوامعی با گرایش‌های مذهبی و یا در جوامع روستایی کمتر از جوامع دیگر است. اگرچه نمی‌توان بررسی‌های آنان را به طور قطعی پذیرفت. در فرهنگ‌هایی که در موارد ابراز علاقه به جنس مخالف محدودیت وجود دارد، رفتار همجنس‌گرایانه بیشتر شیوع می‌یابد. همجنس‌گرایی ممکن است پدیده‌ای موقت باشد (مانند سنین بلوغ) یا به عنوان تظاهری از کنجکاوی یا تمایل به تجربه یا در شرایطی که امکان تماس با جنس مخالف وجود ندارد مانند زندان یا سربازخانه پیش بیاید.

عوامل زیست‌شناختی

یکی از فرضیات مطرح در نخستین پژوهش‌های انجام گرفته در مورد همجنس‌گرایی، این بود که ممکن است سطح آندروژن یا تستوسترون در مردان همجنس‌گرا پایین‌تر از مردان دگرجنس‌خواه باشد. ولی این فرضیه مورد تأیید قرار نگرفت زیرا در بیشتر پژوهش‌ها در این زمینه تفاوتی بین دو گروه نبود و در مواردی هم که به تفاوتی برخوردند معلوم شد نتوانسته‌اند اثر برخی عوامل کاهنده‌ی سطح آندروژن؛ نظیر فشار روانی یا مصرف تفریحی دارو را کنترل کنند. همچنین زمانی که به مردان همجنس‌گرا تستوسترون داده شد، انگیزش جنسی آنها بیشتر شد اما تغییری در گرایش جنسی آنان به وجود نیامد. با در نظر گرفتن نقش هورمون‌ها در رشد دوره‌ی جنینی، فرضیه‌ی هورمونی متفاوتی درباره‌ی گرایش جنسی مطرح شد. بر پایه‌ی پژوهشی با موش‌ها که نشان داده بود تستوسترون دوره جنینی مغز را

«نرینه» می‌سازد و بعدها بر پاسخ‌های جفت‌گیری شبه نرینه‌ی آنان اثر می‌گذارد، بعضی از پژوهش‌گران این فرضیه را عنوان کردند که مردانی که در مرحله‌ی حساس از رشد جنین، سطح تستوسترون در آنها بسیار کم بوده در بزرگسالی بیشتر مستعد گرایش‌های همجنس‌گرایانه خواهند بود. همین طور جنین‌های مادینه‌یی که بیش از حد متعارف تستوسترون دریافت دارند احتمالاً در بزرگسالی اندکی گرایش همجنس‌گرایانه خواهند داشت. بررسی فرضیات مختلفی که به تأثیر هورمون‌های پیش از تولد در آدمیان می‌پردازند دشوار است، چرا که با وجود خطاهای روش‌شناختی نمی‌توان بر اساس این قبیل بررسی‌ها به نتیجه‌گیری‌های قاطع دست زد (ادکینز - ریگان^۱، ۱۹۸۸؛ ارهارد و می‌یر - بالبورگ^۲، ۱۹۸۱، به نقل از اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۲).

وجود برخی مشکلات روش‌شناختی مشابه، تفسیر دیگر یافته‌های مرتبط با فرضیه‌های هورمونی پیش از تولد را مشکل می‌سازد. به عنوان مثال، گزارش شده بود که هیپوتالاموس^۳ مردان همجنس‌گرا در مقایسه با مردان دگرجنس‌خواه، از نظر ساختاری تفاوت مختصری دارد. هیپوتالاموس بخشی از مغز است که ارتباط نزدیکی با هورمون‌های جنسی و رفتاری جنسی دارد. اما یافته‌ی فوق از بررسی مغز مردانی که مبتلا به ایدز بودند و مرده بودند به دست آمده بود، در حالی که درمورد بیشتر افراد گروه گواه - مردان دگرجنس‌خواه - چنین نبود. اگرچه اطلاعات دقیقی در مورد تأثیر فرایند بیماری ایدز بر کالبدشناسی وجود ندارد اما برخی از مطالعات نشان می‌دهد که احتمالاً این بیماری باعث ایجاد تفاوت‌های ساختاری نمی‌شود.

پژوهش‌های انجام گرفته در ارتباط با پیوند بین عوامل ژنتیکی و گرایش همجنس‌گرایی، نشان داده است که میزان بروز همزمان همجنس‌گرایی در دوقلوهای همسان بیشتر از دوقلوهای ناهمسان است که حاکی از یک استعداد ارثی زمینه‌ای است، هرچند که در تفسیر آن اختلاف نظر وجود دارد. همجنس‌گراهای مرد، توزیع خانوادگی نیز نشان می‌دهند و بیشتر از دگرجنس‌خواهان، برادرهای مبتلا به همجنس‌گرایی دارند.

در پژوهشی با برادر همسان مرد همجنس‌گرا، مشخص شد ۵۲ درصد آنان در مقایسه با ۲۲ درصد برادران دوقلوهای ناهمسان، گرایش همجنس‌گرایی دارند (بیلی و پیلارد^۴، ۱۹۹۱). در پژوهش مشابهی با

1- Adkins - Regan

2- Meyer - Bahlburg

3- hypothalamus

4- pillard

زنان همجنس‌گرا، ۴۸ درصد خواهران همسان در مقایسه با ۱۶ درصد خواهران دوقلوهای ناهمسان، همجنس‌گرا بودند. با وجود این، فقط ۶ درصد خواهرخوانده‌های این زنان همجنس‌گرا بودند، و این دلیل دیگری در تأیید اثر عامل ژنتیکی است (بیلی و پیلارد، نیل^۱ و آگی^۲، ۱۹۹۳). نکته‌ی آخر اینکه مقایسه‌ی ۱۱۴ خانواده‌ی مردان همجنس‌گرا همراه با نتایج تحلیل کروموزومی ژنتیکی همجنس‌گرایی در کروموزوم X به دست آمد، کروموزومی که مرد از مادرش دریافت می‌کند. با توجه به این، مردان همجنس‌گرا از تبار مادر بیش از تبار پدری بستگان همجنس‌گرا داشتند (هامر و کوپلند، ۱۹۹۴؛ هامر^۳ و همکاران، ۱۹۹۳، به نقل از اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۲).

برخی مطالعات انجام گرفته، میزان بالایی از خودکشی را در بین همجنس‌گرایان گزارش کرده‌اند. اگر ناراحتی ناشی از همجنس‌گرایی به حدی باشد که باید تشخیص روی آن گذاشته شود، اختلال انطباق^۴ یا افسردگی مطرح می‌شود. باید این مسأله را در نظر داشت که همجنس‌گرایی هنوز در تمامی جوامع دنیا، نرمال و غیربیمارگونه شناخته نشده است و از نظر اجتماعی، آزاد اعلام نشده است و با وجود تصویب قوانین جدید و به ظاهر متمدنانه در جهت آزادی و امنیت اجتماعی همجنس‌گرایان، این افراد هنوز به‌گونه‌ای آشکار و جدی از سوی جامعه طرد می‌شوند.

اکثر افراد همجنس‌گرا در پی درمان خود بر نمی‌آیند، به غیر از آنهایی که در پی عمل جراحی به منظور تغییر جنسیت هستند یا دارای علائم روان‌شناختی یا مشکلات شخصیتی هستند.

مردان همجنس‌گرا اصولاً به خاطر موارد زیر به پزشک مراجعه می‌کنند:

مردان جوانی که تجربه‌ی جنسی زیادی ندارند و دارای افکار و احساسات همجنس‌گرایانه هستند، به پزشک مراجعه می‌کنند و می‌خواهند بدانند که آیا تمایلات همجنس‌گرایانه دارند یا نه؟ پزشک باید کشف کند که آیا فرد دارای تمایلات و افکار دگرجنس‌خواهانه نیز می‌باشد؟ و کدام مورد را ترجیح می‌دهد. در صورتی که فرد دارای احساسات دگرجنس‌خواهانه باشد و تمایل به پرورش این احساسات داشته باشد، باید به وی توصیه کرد که از شرایطی که احساسات همجنس‌گرایانه‌ی وی را تشدید می‌کنند، پرهیز کرده و سعی کند مهارت‌های اجتماعی خود را با زنان بهبود ببخشد.

1- Neal

2- Agyei

3- Hamer

4- adjustment disorder

احتمال دارد مردی جوان که به درستی فهمیده است که عمدتاً همجنس‌گرا می‌باشد، جهت مشاوره از نظر وضعیت جنسی خود در آینده مراجعه کنند. در چنین شرایطی باید به بیمار کمک شود تا خود تصمیم گیرد.

احتمال دارد همجنس‌گرا به سبب افسردگی و یا اضطراب ناشی از روابط جنسی مراجعه کند. در این زمینه نیز مشاوره کمک کننده خواهد بود.

ممکن است فرد همجنس‌گرا به دلیل نگرانی از ابتلا به بیماری ایدز مراجعه کند (گیلدر و همکاران، ۱۳۸۱).

از روش‌های مختلفی در درمان همجنس‌گرایی استفاده می‌شود. یکی از پژوهش‌گران گزارش می‌دهد که با حداقل ۳۵۰ ساعت روانکاوی، حدود ثلث قریب یکصد بیمار دوجنس‌گرا و همجنس‌گرا تمایل به جنس مخالف پیدا کرده‌اند که تا ۵ سال پس از درمان دوام داشته است.

در مطالعات رفتاردرمانی نیز ارقام مشابهی گزارش شده است. مک‌کالوش^۱ و فلدمن^۲ در طرح خود از شرطی‌سازی اجتنابی پیش‌بینی‌کننده^۳ استفاده کرده‌اند. الکترودی را به مچ دست مرد همجنس‌گرا متصل نمودند در حالی که اسلایدهای محرک جنسی از زن‌ها و مردها را به او نشان می‌دادند. وقتی اسلاید محرک مربوط به جنس مخالف روی پرده بود شوکی وارد نمی‌شد. اما با ارائه اسلاید محرک مربوط به همجنس احتمال وارد شدن شوک وجود داشت. مرد همجنس‌گرا می‌توانست با فشار دادن دکمه‌ای که سبب حذف اسلاید می‌شد از وارد شدن شوک جلوگیری نماید. بنابراین، این عمل فقط در بعضی موارد مؤثر بود. در موارد دیگر قبل از اینکه کوشش در حذف اسلاید بتواند مؤثر واقع شود، وقفه‌ای وجود داشت. از روش‌های مختلف تعدیل رفتار، از روش ایجاد حساسیت ذهنی هم در درمان همجنس‌گرایی استفاده شده است.

از نظر دارویی ترکیبات ضد اضطراب و ضدافسردگی گاهی به کار می‌روند، مخصوصاً در مواردی که علائم آنها وجود داشته باشند. تجویز هورمون‌های جنسی بی‌فایده است.

1- Mac Culloch

2- Feldman

3- anticipatory avoidance conditioning

II- خودارضایی^۱

خودارضایی (استمناء) به کسب لذت جنسی شخصی – که معمولاً به ارگاسم منجر می‌شود- به دست خود شخص اطلاق می‌شود. به عبارت دیگر به هرگونه دستکاری عمدی، مالش و فشار بر اندام‌های تناسلی و پستان‌ها که به منظور تحریک، کسب لذت بخشی و اطفای شهوت انجام شود، خودارضایی می‌گویند.

خودارضایی، یک پیشرو معمول رفتار جنسی مربوط به ابژه^۲ است. با توجه به نظر دیربورن^۳ هیچ نوع فعالیت جنسی دیگر بیشتر از خودارضایی مورد بحث قرار نگرفته، صریح‌تر و آشکارتر محکوم نشده و جهانگیرتر از آن صورت نگرفته است. یافته‌های آلفرد کینزی در آمریکا، در مورد شیوع خودارضایی حاکی است که تقریباً تمام مردها و سه چهارم زن‌ها زمانی در عمر خود، خودارضایی نموده‌اند، یافته‌های گلن رمزی هم نشان می‌دهد که حدود سه چهارم پسران تا سن ۱۲ سالگی و ۹۸ درصد آنها تا سن ۱۵ سالگی در آمریکا عمل خودارضایی را انجام داده‌اند. مطالعات طولی رشد^۴ نشان می‌دهد که خودانگیزی جنسی^۵ دوران شیرخواری و کودکی بسیار شایع است. بچه همانطور که در عمل انگشتان و دهان خود کاوش می‌کند، کنجکاوی در مورد آلت تناسلی خود را نیز طبیعتاً ظاهر می‌سازد. در حدود ۱۵ تا ۱۹ ماهگی هر دو جنس خودانگیزی تناسلی را شروع می‌کنند. احساس‌های لذت بخش از هرگونه لمس سبک ناحیه تناسلی حاصل می‌گردد. این احساس‌ها همراه با کنجکاوی معمول اندام خود، علاقه‌ای طبیعی به لذت خودارضایی در این دوره به وجود می‌آورد. با نزدیک شدن دوره‌ی بلوغ و صعود ناگهانی هورمون‌های جنسی، و رشد خصوصیات جنسی ثانوی کنجکاوی جنسی بیشتر شده و خودارضایی افزایش می‌یابد. تصور این که زن و مرد در رابطه‌ی جنسی مشترک خود، خودارضایی را به کلی کنار می‌گذارند نادرست است. وقتی رابطه جنسی رضایت‌بخش نیست یا به علت بیماری یا فقدان شریک جنسی امکان پذیر نیست، خودانگیزی غالباً در خدمت یک هدف انطباقی با ترکیب لذت حسی و رفع تنش به کار گرفته می‌شود.

1- masturbation

2- object- related

3- Dearborn

4- longitudinal studies of development

5- sexual self - stimulation

فروید معتقد بود در طی سومین مرحله رشد روانی-جنسی، مرحله‌ی فالیک یا آلتی، کودکان لیبیدوی خود را به ناحیه‌ی تناسلی منتقل می‌کنند و دختر و پسر هر دو به خودارضایی می‌پردازند و در باره‌ی پرداختن به فعالیت‌های جنسی، شروع به خیال‌پردازی می‌کنند.

در حالت کلی می‌توان گفت که مردان در مقایسه با زنان، خودارضایی را برای رسیدن به ارگاسم زودتر یاد می‌گیرند و بیشتر به این کار مبادرت می‌ورزند، هرچند که امروزه احتمالاً این تفاوت وجود ندارد یا در حال کاهش است. یک تفاوت هیجانی مهم بین نوجوان و کودک پیش از سن بلوغ، وجود خیال‌پردازی‌های مربوط به رابطه‌ی جنسی همراه با خودارضایی در نوجوانان است. این خیال‌پردازی‌ها یک جزء کمکی مهم در رشد هویت جنسی است. چون نوجوان در ایمنی نسبی تصورات خود، نقش جنسی بالغ را می‌آموزد. این فعالیت خودانگیزی جنسی، اصولاً تا سنین بزرگسالی حفظ می‌شود و در آن سنین به طور طبیعی، جای خود را به رابطه‌ی جنسی می‌دهد.

روش‌های خودارضایی در مردان و زنان و در افراد مختلف متفاوت است. شایع‌ترین نوع آن تحریک مستقیم کلیتوریس یا احلیل با دست یا انگشتان است. از روش غیرمستقیم نیز ممکن است استفاده شود، مثل مالش به بالش یا فشار دادن ران‌ها به هم. کینزی به این نتیجه دست یافت که ۲ درصد زنان می‌توانند فقط با خیال‌پردازی به ارگاسم برسند. مردان و زنانی بوده‌اند که با داخل کردن اشیاء در پیشابراه به ارگاسم رسیده‌اند، و در این اواخر، ویبراتور دستی^۱ در غرب به عنوان وسیله‌ای برای خودارضایی به وسیله‌ی هر دو جنس مورد استفاده قرار گرفته است. ماسترز و جانسون خاطر نشان کرده‌اند که زنان، تحریک تنه‌ی کلیتوریس را بیشتر از سر آن ترجیح می‌دهند، زیرا سر کلیتوریس نسبت به تحریک شدید، حساسیت زیادی دارد. بیشتر مردان با مالش شدید تنه و سر آلت، خودارضایی می‌کنند. دفعات خودارضایی در کسانی که به این کار مبادرت می‌کنند، از ۳ تا ۴ بار در نوجوانی تا ۱ الی ۲ بار در بزرگسالی در طول هفته، فرق می‌کند. خودارضایی در بین افراد متأهل نیز نادر نیست، به گزارش کینزی در افراد متأهل این عمل به‌طور متوسط هر ماه یکبار روی می‌دهد.

در نوجوانی، خیال‌پردازی‌های خودارضایی عمدتاً در مردان با نقش‌های جنسی در یک سناریوی جنسی^۲ ابتدایی ترکیب می‌شوند. مرد هنگام خیال‌پردازی‌های زمان خودارضایی، فعالیت بدنی را با سناریوی جنسی خود هماهنگ می‌کند که هنرپیشه‌ها، فیلم‌ها و احساس‌های اخلاقی یا نه‌چندان اخلاقی،

1- hand vibrator

2- sexual script

به همراه فعالیت‌های غیرجنسی مثل قدم زدن در ساحل را به نمایش می‌گذارند. مرد یاد می‌گیرد سناریوی جنسی خود را با هر یک از چهار مرحله‌ی پاسخ جنسی منطبق کند.

در زنان هماهنگی سناریوی جنسی و فعالیت بدنی بی‌ظرافت است، زیرا تعداد کمی از زنان در اوان نوجوانی خودارضایی می‌کنند. از این گذشته، سناریوی جنسی زنان مواد کمی را که جنسی باشد شامل می‌گردد (البته در مقایسه با مردها). محتوای سناریوی جنسی زنان بیشتر شامل رویدادهایی نظیر عاشق شدن است نه شرکت کردن در رابطه‌ی جنسی. با این حال، اینگونه رویدادها برانگیختگی احساس و پیشاپیش را شامل می‌شود و از این رو، اولین وسیله‌ی هماهنگ کردن رفتار میان فردی تخیلی با فعالیت جنسی را برای زن ممکن می‌سازد. بعداً در نوجوانی، سناریوی جنسی زنان از چرخه‌ی پاسخ جنسی چهار مرحله‌ای دقیقاً تبعیت می‌کند (ریو، ۱۳۸۲).

فروید بر این اعتقاد بود که ضعف اعصاب در نتیجه‌ی افراط در خودارضایی پدید می‌آید. در سال‌های اول قرن بیستم، جنون خودارضایی^۱، تشخیص شایعی در بیمارستان‌های روانی آمریکا در مورد بیماران روانی جنایتکار بود.

خودارضایی وقتی تنها نوع فعالیت جنسی مورد علاقه یا عمل بود و یا چنان به افراط صورت بگیرد که حکایت از وجود یک اختلال کنشی جنسی نماید، غیرعادی تلقی می‌شود.

خودارضایی جبری^۲ که برخی آن را معادل خودارضایی بر حسب عادت^۳ و برخی دیگر معادل خودارضایی بیمارگونه^۴ می‌دانند، چنان مکرر روی می‌دهد که در توانایی برای رابطه‌ی جنسی رضایت‌بخش اختلال ایجاد می‌کند. در این عمل، خودارضایی برای رفع تنش‌های گاه‌به‌گاه نمی‌باشد، بلکه به صورتی وسواس‌گونه و خارج از کنترل شخص درمی‌آید، یعنی فعالیت خودارضایی تکراری و بدون احساس جنسی. این نوع خودارضایی در واقع با احساس رضایت و لذت همراه نیست، بلکه عملی جبری است که اگر صورت نگیرد موجب بالا رفتن سطح اضطراب شخص می‌شود. در برخی از موارد نیز شخص ممکن است با افراط در خودارضایی موجب آسیب فیزیکی آلت تناسلی خود شده و موجب بروز درد خودارضایی^۵ تعمیدی شود. در اینگونه موارد علل عضوی باید رد شود.

1- masturbatory insanity

2- compulsive masturbation

3- habitual

4- pathological

5- musturbation pain

رویکرد روانکاوی عوامل مؤثر در خودارضایی جبری را در موارد زیر می‌داند:

- ۱- تعارض در زمینه‌ی خشونت و پرخاشگری، بخصوص در کسی که از ابراز تمرد آشکار می‌ترسد،
- ۲- تعارض در زمینه‌ی انتظار تنبیه شدن،
- ۳- تعارض در زمینه‌ی تکانه‌های جنسی انحرافی،
- ۴- تلاش برای رفع افسردگی که معمولاً ناشی از نیاز برآورده نشده برای محبت است
- ۵- استفاده از خودارضایی برای کناره‌گیری از واقعیت، در بیماران روان‌نژندی^۱ که از روابط بین‌فردی می‌هراسند (کمپل، ۱۹۵۷، به نقل از پورافکاری، ۱۳۸۰).

نوشته‌های نادرست باعث شده است که در طول سالیان متمادی، خودارضایی به عنوان یکی از رفتارهای نابهنجار آدمی شناخته شود و انواع اختلالات و گرفتاری از این بی‌اطلاعی حاصل شود و نیز تحریم‌های اخلاقی^۲ که در زمینه‌ی خودارضایی وجود داشته است باعث پدید آمدن سفسطه‌ها و افسانه‌هایی مثل پیدایش و ایجاد بیماری‌های روانی و جسمانی یا کاهش توانایی جنسی در نتیجه‌ی این عمل شده است. از جمله‌ی این سفسطه‌ها، می‌توان به پیدایش کوری، ضعف و اختلالات بینایی، لرزش و رعشه‌ی بدن و اندام‌ها، ریزش مو، کمر درد و ضعف و انحنای ستون فقرات، بیماری‌های عصبی و روانی و حتی جنون و دیوانگی و... اشاره کرد. واقعیت این است که شواهد اختصاصی و پشتوانه‌ی محکم علمی به نفع این ادعاها وجود ندارد. البته لازم به توضیح است که گاهی اضطراب، افسردگی، و بدین ترتیب لرزش بدن و دست‌ها، ریزش مو، وضعیت بینایی (غیرارگانیک) در افراد خودارضا مشاهده می‌شود که ثانوی و متأثر از احساس گناه و عذاب وجدان خودآگاه یا ناخودآگاه می‌باشد.

خیلی از جوانان و نوجوانان، به علت کشمکش‌های روانی و تعارض‌های روان‌شناختی ناشی از تحریم‌های اخلاقی و بی‌اطلاعی در مورد خودارضایی، دچار استرس، اضطراب و تنش‌های روحی- روانی و افسردگی می‌شوند. برخی از این افراد به دنبال شکست و عدم موفقیت در ترک دائمی این عمل و تشدید اضطراب و افسردگی‌شان، روی به مصرف مواد مخدر، سیگار، الکل و یا قرص‌های آرام‌بخش می‌آورند. مواردی از افسردگی و خودکشی به دنبال احساس گناه و عذاب وجدان افراطی ناشی از انجام خودارضایی مشاهده شده است و می‌توان گفت که خودارضایی با برخی مسائل فرهنگی، دینی، اجتماعی و فردی گره خورده است و به همین خاطر دچار نابسامانی‌هایی در این زمینه گردیده است. به‌طور کلی

1- 'neutotic

2- moral taboos

کودک از ابتدا شدیداً تحت تأثیر فشار مستقیم والدین خود قرار می‌گیرد، چه در زمانی که به‌طور ساده و از روی حس کنجکاوی، برای شناسایی اندام‌های بدن خود به آنها دست می‌زند و چه در زمانی که بزرگ‌تر شده و در ضمیر شخصی خود به دنبال حل معمای آفرینش و جنسیت است، و چه در وقتی که بالغ شده و تحت تحریکات جنسی به سر می‌برد.

شایان ذکر است با نفوذ تربیت‌ها و تحریم‌های اخلاقی موجود در این زمینه، هیولایی از مشکل برای فرد ترسیم می‌شود که حذف آن از ذهن با دشواری روبرو است. افراد همواره هرچیزی که صورت مشخصی ندارد را با درستی و نادرستی مقایسه می‌کنند و طبیعتاً این مسأله با خوب و بد، عذاب و پاداش و قضاوت‌های ارزشی جوش می‌خورد و نتیجه‌ی آن هم مشخص است! احساس گناه، اینکه من با دیگران فرق دارم، حس اینکه فرد از خودش بدش بیاید، اینکه خود را ضعیف احساس کند و همه جور احساس نامربوط دیگری به وی هجوم خواهد آورد و... که هر کدام پیامدهای روانشناختی خاصی را به دنبال خواهد داشت.

امروزه برخی از متخصصین بر این اعتقادند که خودارضایی یک رفتار نزدیک به بهنجار محسوب می‌شود که یا از انواع طبیعی است که در این صورت نیازی به درمان ندارد و جوان پس از تماس یافتن با جنس مخالف خود آن را ترک می‌کند و یا از میزان آن کاسته می‌شود؛ و یا از انواع انحرافی و بیمارگونه است که درمان آن با درمان رفتارهای انحرافی دیگر تفاوت زیادی ندارد. در صورتی که فردی با علائم اضطراب، ترس و احساس گناه ناشی از خودارضایی و پیامدهای روان‌شناختی و جسمی به درمان مراجعه کند، وظیفه‌ی درمانگر است که با اطمینان‌دهی در زمینه‌ی خودارضایی، اطلاعات لازم و ضروری را در اختیار فرد بگذارد. در مواقع لازم درمانگر می‌تواند معاینات لازم جسمی را انجام داده تا اگر حیثاً نشانی از آماس پروستات، کیسه‌های منی، مجرای ادرار، کلاهیک آلت و غیره بیابد، به درمان آن اقدام کند. باید به مراجع فهماند که اینگونه معاینات برای کنترل و حصول اطمینان از سالم بودن اندام‌های تناسلی و نبودن عفونت و آماس است که این عوامل خود سبب خارش و تمایل به خودارضایی در افراد می‌شود.

اگر چنانچه شکایت جوان و نوجوان تنها از زیادی دفعات خودارضایی باشد و درمانگر با بررسی‌های خود علت این حالت را زیادی نیروی جنسی بیابد، می‌تواند از داروهای کاهنده تنش و میل جنسی استفاده کند.

III- زنا با محارم^۱

زنا با محارم به رابطه‌ی جنسی بین افرادی گفته می‌شود که رابطه‌ی خونی نزدیکی با یکدیگر دارند. تعریف گسترده‌تر آن، شامل رابطه‌ی جنسی بین دو نفر خویشاوند رسمی یا غیررسمی است که پیوند خویشاوندی آنها از لحاظ فرهنگی، مانعی برای روابط جنسی تلقی می‌شود. به عنوان مثال، رابطه‌ی جنسی بین ناپدری و نامادری با فرزندان همسر، یا بین خواهران و برادران ناتنی، حتی اگر هیچگونه رابطه‌ی خونی بین آنها وجود نداشته باشد.

بیشترین و جهانگیرترین محرومیت در این مورد به مادر و پسر متعلق است، این نوع رابطه نادرتر از تمام انواع رابطه‌ی جنسی بین محارم بوده و حاکی از آسیب‌شناسی روانی^۲ عمیق‌تر طرفین در مقایسه با سایر انواع این پدیده است.

پژوهش‌گران علوم اجتماعی روی نقش تحریک رابطه‌ی جنسی با محارم به عنوان عامل اجتماعی شدن تأکید کرده‌اند. عوامل زیست‌شناختی نیز تقویت‌کننده‌ی تابو^۳ است. در گروه‌هایی که جفت‌گیری افراد منسوب به یکدیگر صورت می‌گیرد، احتمال پیدایش زن‌های مهلک و مخرب بیشتر است و اولاد چنین گروه‌هایی نیز از اخلاف سایر گروه‌ها «نامناسب‌تر» هستند. مردم‌شناسان دریافته‌اند که نوع خاص تحریم رابطه‌ی جنسی با محارم را فرهنگ تعیین می‌کند. فروید در کتاب توتم و تابو^۴ مفهوم گروه اولین را که در آن مردان جوان‌تر باهم، رئیس قبیله را -که تمام زن‌های قبیله را برای خود نگه داشته بود- به قتل رساندند، معرفی نمود. تحریم رابطه‌ی جنسی با محارم از احساس گناه پس از قتل، و پیشگیری از تکرار عمل و رقابت بیشتر پس از قتل و تجربه بیشتر گروه، به وجود آمد.

بیشتر پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه‌ی زنا با محارم روی روابط جنسی پدر- دختر متمرکز است که منجر به دستگیری پدر شده است. اکثر اوقات محقق بین موارد تجاوز پدر به دختر خود و پدر به دخترخوانده تمیز قائل نمی‌شود. در یک مطالعه، حدود نیمی از موارد شامل تجاوز به دخترخوانده بود. مردانی که مرتکب تجاوز به دختر خود می‌شوند، عموماً ضعیف، بی‌کار و کم‌سواد تشخیص داده شده‌اند.

1- incest

2- psychopatology

3- taboo

4- totem and taboo

البته این نگرش‌های قالبی احتمال دارد نتیجه‌ی این نکته باشد که ممکن است چنین افرادی زود شناسایی شده و دستگیر شوند (ساراسون و همکاران، ۱۳۸۳).

بیشتر مواردی که منجر به سوء استفاده از کودک می‌شود به دست پدران، ناپدری‌ها^۱، دایی‌ها، عموها و برادران بزرگتر انجام می‌گیرد. وجود مادری با شخصیت منفعل^۲، بیمار یا غایب، دختری که نقش مادر را در خانواده انجام می‌دهد، پدری که به سوء مصرف الکل می‌پردازد و ازدحام خانواده از ویژگی‌های خانواده‌هایی است که در آن‌ها زنای پدر با دختر انجام می‌شود و این خصوصیات در بسیاری خانواده‌ها دیده می‌شود.

پژوهش‌هایی گسترده، تفاوت‌های بارز میان مردان متهم به تجاوز به دختران کوچک و بزرگ را نشان می‌دهد. بیشتر افرادی که با دختری زیر ۱۲ سال رابطه داشتند دارای ویژگی‌های شخصیتی مانند منفعل و کمرو بودند و اختلافات زناشویی داشتند. اکثر این مردان با دادن رشوه، دختر خود را اغوا کرده بودند. از سوی دیگر، مردانی که با دختر بالای ۱۲ سال خود رابطه داشتند معمولاً از لحاظ جنسی و اجتماعی محافظه‌کار بودند، اما همزمان پیشینه‌هایی از رفتار تکانشی و مصرف افراطی الکل داشتند. اغلب اوقات وجود چنین روابطی با دختران بزرگتر منجر به نزدیکی جنسی می‌شود. پدران غالباً ابتدا با بزرگترین دخترشان رابطه‌ی جنسی برقرار می‌کردند، سپس به موازات بالغ شدن دخترهای بعدی اقدام به رابطه‌ی جنسی با آنها می‌کردند.

در رابطه جنسی بین محارم همجنس^۳ و در رأس آن رابطه‌ی پدر و پسر، دو عمل خلاف فرهنگ و عرف جامعه می‌تواند صورت بگیرد:

۱- تحریم رفتار زنا با محارم،

۲- تحریم رفتار همجنس‌گرایانه خانواده‌هایی که در آن چنین رفتارهایی مشاهده می‌شود معمولاً خیلی آشفته است: پدری وحشی، الکلیک و مادری وابسته که قادر به محافظت از فرزندانش نیست، و فقدان نقش‌های معمول خانوادگی و هویت‌های فردی در آن دیده می‌شود. زنای با محارم مربوط به دختر- مادر به ندرت گزارش شده است.

ارائه‌ی آمار دقیق در ارتباط با میزان بروز زنای با محارم به علت شرم و خجالت خانواده‌ی درگیر مسئله بسیار مشکل است. در ایالات متحده شیوع این نوع رابطه در طبقات اقتصادی- اجتماعی پایین

1- stepfathers

2- passive

3- homosexual incest

بیشتر گزارش می‌شود. این بالا بودن ممکن است به علت تماس بیشتر این طبقه با سازمان‌های خبر دهنده - نظیر مددکاران اجتماعی، پرسنل بهداشتی، مأمورین انتظامی و قانونی - باشد تا انعکاسی از عیار واقعی مسأله در این طبقات. خانواده‌های مرفه این‌گونه روابط را آسان‌تر از فقرا می‌توانند پرده‌پوشی کنند. اگرچه تخمین‌های مربوط به رخداد رابطه‌ی جنسی پدر و دختر دامن‌های از ۱ تا ۱۵ مورد در هر یک میلیون نفر دارد، بی‌شک به نظر می‌رسد تجاوز به محارم خیلی بیشتر از آن است که گزارش می‌شود. هرچقدر تدابیر درمانی بیشتر قابل دسترس می‌گردد، احتمالاً مورد‌های گزارش شده نیز افزایش می‌یابد. برخی یافته‌های دیگر در این زمینه نشان می‌دهد که دختران در مقایسه با پسران بیشتر قربانی می‌شوند؛ در ایالات متحده‌ی آمریکا حدود ۱۵ میلیون زن در معرض روابط جنسی ممنوع قرار داشته‌اند و یک سوم افرادی که مورد سوء استفاده‌ی جنسی قرار گرفته‌اند، قبل از رسیدن به سن ۹ سالگی، این رخداد را تجربه کرده‌اند. در زنا با محارم حدود ۷۵ درصد موارد گزارش شده، مربوط به رابطه‌ی جنسی پدر با دختر بوده است. با این وجود، بسیاری از رابطه‌ی جنسی همشیره‌ها از طرف والدین انکار می‌شود. نمونه‌های دیگر زنا با همشیره‌ها شامل تعامل نزدیک به طبیعی بازی جنسی و کنجکاو‌ی پیش از بلوغ است.

عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی، روان‌شناختی و فیزیولوژیک همگی در شکست تحریم زنا با محارم نقش دارند. زنا با محارم را با سوءمصرف الکل، ازدحام بیش از حد در محل سکونت، افزایش مجاورت فیزیکی، انزوای مناطق روستایی که در آنها امکان روابط کافی در خارج خانواده‌ها نیست، مرتبط دانسته‌اند. در برخی از بخش‌های جامعه، ممکن است تحمل بیشتری نسبت به زنا با محارم وجود داشته باشد. برخی اختلالات روانی عمده و نقایص هوشی احتمال دارد در زنا با محارم تأثیر داشته باشد. برخی از خانواده درمانگران^۱، زنا با محارم را دفاعی برای حفظ واحد خانوادگی مختل می‌دانند. در زنا با محارم، شریک قوی‌تر و مسن‌تر معمولاً مرد است. بنابراین، این رفتار را می‌توان نوعی سوء رفتار با کودک، بچه‌بازی یا نوعی تجاوز به عنف دانست.

در ارتباط با پیامدهای روان‌شناختی طولانی‌مدت تجاوز به مجارم روی بچه‌هایی که قربانی آن می‌شوند اطلاع کمی در دست است. برخی پژوهشگران بر این عقیده‌اند که قربانیان تجاوز به محارم، خواه کودک یا نوجوان، اکثراً تعارض‌های روان‌نژندی یا جنسی شدیدی بروز می‌دهند، احتمال دارد این تعارضات حاد نشود یا تا سال‌ها بعد به درمانگر مراجعه نکند. برخی یافته‌های پژوهشی حاکی از آن

1- family- therapists

هستند که کودک از واکنش خانواده بیشتر زیان می‌بیند تا از خود حادثه. به نظر می‌رسد سنی که کودک در آن مورد آزار قرار گرفته نیز مهم است: کودکانی که در سنین نزدیک‌تر به بلوغ مورد آزار قرار بگیرند به نظر می‌رسد احتمال بیشتری می‌رود که اثرات منفی نشان دهند.

در زنای با محارم و رابطه‌ی جنسی پدر و دختر، به نظر می‌رسد دختر از ابتدای کودکی روابط صمیمانه‌ای با پدر داشته است و رفتارهای جنسی پدر را با رغبت پذیرفته است. اینگونه روابط معمولاً زمانی آغاز می‌گردد که دختر به سن ده سالگی رسیده است. با ادامه‌ی وضعیت و روابط موجود، پریشانی، ترس و سردرگمی بر کودک مستولی می‌شود و با نزدیک شدن به سن بلوغ، این سردرگمی بیشتر می‌شود؛ دختر نمی‌فهمد که بالاخره پدر او، آیا شریک جنسی‌اش است یا پدرش.

مادر ممکن است به‌طور متناوب مراقبت‌کننده و رقیب دخترش باشد. او غالباً از قبول گزارش‌های دخترش سرباز می‌زند و در صورت مشکوک شدن به شوهرش، این شک و تردید را به وی بروز نمی‌دهد. پدر هم از افشاء شدن موضوع از ناحیه‌ی دختر بیمناک است، در مورد او حسودی می‌کند و می‌کوشد از پیدایش روابط طبیعی بین دختر و همسالانش ممانعت کند.

پزشک باید از احتمال سوء استفاده جنسی از دختر بچه‌هایی که انواع اختلالات هیجانی و جسمی نظیر دل درد، تحریک ناحیه تناسلی^۱، اضطراب جدایی^۲، هراس^۳، کابوس‌ها^۴ و مشکلات تحصیلی نشان می‌دهند، آگاه باشد. در چنین مواردی بهتر است با کودک به تنهایی مصاحبه به عمل آید.

IV- تجاوز به عنف^۵

تجاوز به عنف عبارت است از: «ارتکاب عمل نزدیکی با یک زن یا دختر، به غیر از همسر، برخلاف میل و توافق او؛ خواه غلبه بر میل او با اعمال زور یا تهدید صورت بگیرد و خواه به کمک دارو یا مواد مسموم کننده؛ یا وقتی که به علت نقص عقلانی قربانی تجاوز، قادر به استفاده از قضاوت منطقی نبوده و یا پایین‌تر از سن مناسب برای دادن رضایت‌دادن باشد.»

1- genital irritations

2- separation anxiety disorder

3- phobia

4- nightmares

5- rape

تجاوز به عنف رفتار خشن و تهاجمی است که اتفاقاً از طریق اعمال جنسی ابراز می‌شود. تجاوز به عنف برای ابراز خشم و قدرت است و ندرتاً در چنین مواردی رابطه‌ی جنسی مسأله‌ی اساسی است. همچنین این عمل اکثراً همراه جرائم دیگر روی می‌دهد و قربانی تجاوز ممکن است کتک بخورد، زخمی شود یا حتی به قتل برسد.

تجاوز به عنف احتمال دارد بین زوجین و نیز بین افراد همجنس نیز روی دهد. این عمل به لحاظ قانونی با دخول مختصر آلت تناسلی مرد در قسمت خارجی دستگاه تناسلی زن، انجام یافته تلقی می‌شود. نعوذ کامل و انزال برای اطلاق تجاوز به عنف لازم و ضروری نیست. اعمال زور برای دخول دهانی یا مقعدی، هرچند اغلب با تجاوز به عنف همراه است، به لحاظ قانونی، لواط^۱ محسوب می‌شوند.

از دیدگاه کوهن^۲، خصوصیات عمومی متجاوزین جنسی را احساس بی‌کفایتی و بی‌لیاقتی، خشم یا تمایل جنسی غالب بر احساسات بی‌ارزش و بی‌پناهی تشکیل می‌دهد. به اعتقاد کوهن، متجاوزان در هنگام رهایی خود، از اینکه دیگری را دستخوش تجاوز قرار داده‌اند، از مکانیسم دفاعی - روانی فرافکنی استفاده می‌کنند. اینگونه افراد در مقابل نیازهای دیگران حساس نیستند و احساس همدلی و صمیمیت نمی‌کنند و مقاومت آنها در ناکامی‌ها بسیار ضعیف می‌باشد. اگرچه ادراک، قضاوت و استدلال متجاوزان سالم است، لیکن زمانی که از لحاظ هیجانی برانگیخته شوند اعمال تباهاکارانه‌ی جدی از خود بروز می‌دهند.

گروث^۳ نیز معتقد است قدرت، خشم و تمایل جنسی اجزای تشکیل دهنده‌ی تجاوز به عنف هستند و بر اساس سه عنصر اساسی در این رفتار جنسی، الگوهای تجاوز را در سه دسته طبقه‌بندی می‌کند:

تجاوز با قدرت^۴: در این مورد تمایل جنسی جهت غلبه و پیروزی به کار برده می‌شود.

تجاوز با خشم^۵: در این مورد تمایل جنسی بیانگر خشونت و عداوت است.

تجاوز با سادیسم^۶: که در آن خشم و قدرت در جهت تحریک شهوت و جلب لذت به کار می‌رود.

1- sodomy

2- cohen

3- Groth

4- power rape

5- anger rape

6- sadistic rape

در تجاوز با قدرت، مهاجم به دنبال نیرو و کنترل بر روی قربانی خویش می‌گردد و این عمل را با اسلحه یا به کار بردن زور انجام می‌دهد. آمیزش به عنوان پیروزی شخص متجاوز در نظر و مطرح است و معمولاً بدون خشونت زیاد انجام می‌گیرد.

در تجاوز با خشم، فرد مهاجم با بی‌رحمی و قساوت در جهت خفت فرد قربانی عمل می‌کند و سپس از او کام می‌جوید. چنین متجاوزانی، معمولاً به خاطر خطای بعضی از زنانی که قبلاً با آنها تماس داشته‌اند، به انتقام‌جویی مبادرت می‌ورزند و سعی می‌کنند با این عمل، قربانی را تسلیم و مطیع سازند. رابطه جنسی و تمایل به آن به عنوان اسلحه برای صدمه زدن و بی‌ارزش کردن قربانی به کار می‌رود. روابط شخص متجاوز معمولاً به کشمکش و درگیری می‌انجامد و عموماً پس از انجام اعمال خویش به تجاوز می‌پردازد.

در تجاوز با سادیسم، خشونت یک نوع ارضای تمایل جنسی است. رنج و آزار قربانی منبع لذت و آرامش متجاوز محسوب می‌شود. قربانیان را معمولاً با سیگار می‌سوزانند، کتک می‌زنند و این صدمه‌ها و آسیب‌ها احتمال دارد در نواحی جنسی قربانیان وارد شود (لایف و هوک، ۱۹۸۴، به نقل از کجفاف، ۱۳۷۸).

در تجاوز به عنف حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد به مقامات مسئول گزارش می‌شود. تخمین زده می‌شود که در ایالات متحده آمریکا هر ثانیه یک زن مورد تجاوز به عنف قرار می‌گیرد. اکثریت قریب به اتفاق متجاوزین محکوم، برای دوره‌ی محکومیت به زندان فرستاده می‌شوند، اما برخی ایالت‌ها تسهیلات درمانی خاصی برای متخلفین جنسی، به ویژه آنهایی که پرخاشگر هستند تدارک می‌بینند.

تبعات روان‌شناختی تجاوز به عنف گوناگون است. احتمال دارد زنی که قربانی تجاوز به عنف شده است مدتی طولانی بعد از وقوع تجاوز ضربه‌ی روانی آن را تجربه کند. در بیشتر نواحی کنش قربانی معمولاً بازگشت به سطحی متوسط پس از دو یا سه ماه است، اما ترس و اضطراب در سطح بالایی باقی می‌ماند و ارضای جنسی برای مدتی طولانی‌تر نسبتاً پایین باقی می‌ماند. اغلب قربانیان به‌طور معناداری نسبت به آنها که قربانی نیستند حداقل تا یک سال پس از حمله بیشتر مضطرب، هراسناک، مظنون و سر درگم هستند. معمولاً این ترس‌ها زندگی قربانی را در تنگنا قرار داده و به انقیاد درمی‌آورد. بارزترین ترس‌های این افراد از تنها ماندن، مردان غریبه، بیرون رفتن، و تاریکی است. به‌ویژه احتمال دارد زنانی که قربانی حملات ناگهانی و خشن افراد غریبه شده‌اند مدت طولانی ترسان و افسرده شوند، و احتمال بیشتری می‌رود که از روابط عاشقانه با جنس مخالف برای مدت طولانی پرهیز کنند. همچنین قربانیان

تجاوز به عنف دچار احساس شرم^۱ و تحقیر، منگی و خشم می‌شوند که احتمال دارد این علائم تا یک سال دوام پیدا کند. هراس از روابط جنسی و واژینیسم ممکن است از عوارض تجاوز به عنف باشد. خیلی از زنان علائم و نشانه‌های اختلال پس از ضربه^۲ را تجربه می‌کنند.

آمار نشان می‌دهد که ۶۱ درصد متجاوزین به عنف زیر ۲۵ سال دارند، ۵۱ درصد سفید پوست هستند که به تجاوز سفیدها اقدام می‌کنند، ۴۷ درصد سیاه‌پوست هستند و بیشتر سیاهان را مورد تجاوز قرار می‌دهند و ۲ درصد باقی از سایر نژادها ترکیب یافته‌اند. تصویر کلی که از پرونده‌های پلیس از متجاوزین به عنف می‌توان به دست آورد مرد مجرد، ۱۹ ساله، از پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین است که پرونده‌های قبلی در اداره‌ی پلیس دارد.

پیش‌آگهی برای قربانی چنین جنایتی وقتی مناسب است که حمایت فوری دریافت نموده و ترس و خشم خود را برای اعضاء خانواده با محبت خود، پزشکان و مجریان قانون که گفته‌های او را باور کرده باشند، ابراز نماید. اطمینان از اینکه از طریق مقبول اجتماعی جریان تعقیب خواهد شد، مثل دستگیری و محکوم شدن متجاوز، برای قربانی آرامش دهنده است. درمان معمولاً جنبه‌ی حمایتی^۳ داشته و به استثناء مواردی که اختلال روانی عمده‌ای در بین باشد، باید معطوف به ایجاد دوباره احساس کفایت و کنترل در زندگی، و رها کردن احساس درماندگی، وابستگی، و اشتغال ذهنی وسواس گونه با جنایت، که معمولاً متعاقب تجاوز به عنف ظاهر می‌شوند، باشد. گروه‌درمانی^۴ با گروه هماهنگی که از قربانیان تجاوز به عنف تشکیل یافته باشد، مفید واقع می‌گردد.

آموزش مأموران پلیس و استفاده از خانم‌ها در مدارا با قربانیان تجاوز به عنف به گزارش هرچه بیشتر موارد وقوع این جنایت کمک کرده است. مراکز مداخله در بحران و خدمات تلفنی برای کمک فوری به قربانیان تجاوز فراهم است. گروه‌های داوطلب با اورژانس‌های بیمارستان و مراکز آموزشی کار می‌کنند تا روش مدارا و مداوای اینگونه افراد را در برنامه‌های ویژه یاد بگیرند.

تجاوز به عنف بیشتر در حوالی محل سکونت و معمولاً داخل یا نزدیک خانه‌ی زن رخ می‌دهد. بیشتر موارد تجاوز به عنف با طرح و نقشه‌ی قبلی صورت می‌گیرد. حدود نیمی از موارد، فرد متجاوز بیگانه

1- shame

2- posttraumatic stress disorder

3- supportive

4- group therapy

است و در نیمی از موارد از سوی بستگان نزدیک زن صورت می‌گیرد و در ۱۰ درصد موارد، بیشتر از یک نفر در تهاجم و تجاوز شرکت دارند.

در پژوهش‌های انجام گرفته در مورد متجاوزان از لحاظ روان‌پویشی مواردی را می‌توان یادآوری کرد. حدود ۹۲ درصد از افرادی که مرتکب عمل تجاوز می‌شوند، در دوران کودکی خود به شدت توسط والدینشان تنبیه شده‌اند. ۵۰ درصد از اعمال تجاوز بیانگر برخی محدودیت‌های جنسی در دوره‌ی بلوغ بوده است.

الف) منابع فارسی

- آذر، ماهیار. نوحی، سیمّا. (۱۳۸۲). *درمان اختلالات عملکرد جنسی*. تهران: انتشارات معین.
- اتکینسون، ریتا ال و همکاران. (۱۳۸۲). *زمینه‌ی روانشناسی هیلگارد*، ترجمه‌ی محمد نقی براهنی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- احدی، حسن. محسنی، نیکچهر. (۱۳۷۷). *روانشناسی رشد*. تهران: چاپ و نشر بنیاد.
- اسپنس، سوزان اچ. (۱۳۸۰). *درمان اختلالات جنسی*، ترجمه‌ی حسن توزنده‌ی جانی و همکاران. تهران: انتشارات پیک فرهنگ.
- اسلامی نسب، علی. (۱۳۸۵). *درمان‌های جنسی*. تهران: نسل نو اندیش.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۱). متن تجدیدنظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR)، ترجمه‌ی محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن.
- اوحدی، بهنام. (۱۳۸۵). «*تمایلات و رفتارهای جنسی انسان*». تهران: انتشارات صادق هدایت.
- ایزدی، سیروس. نیکخو، محمدرضا. (۱۳۸۳). *بحرانهای جنسی زن*. تهران: انتشارات سخن.
- بار، ویوین. (۱۳۸۳). *جنسیت و روانشناسی اجتماعی*، ترجمه‌ی حبیب احمدی و همکاران. شیراز: انتشارات نوید شیراز.
- بارکر، فیلیپ. (۱۳۸۲). *خانواده‌درمانی پایه*، ترجمه‌ی محسن دهقانی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- برک، لورا ای. (۱۳۸۵). *روانشناسی رشد (جلد اول)*، ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ارسباران.
- پارسا، محمد. (۱۳۷۹). *انگیزش و هیجان*. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- پورافکاری، نصرت‌اله. (۱۳۸۰). *فرهنگ جامع روانشناسی - روانپزشکی*. تهران: فرهنگ معاصر.

پورمند، غلامرضا. اشراقی، برهان. (۱۳۷۳). *علل عضوی ناتوانی جنسی*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

تاج‌دینی، افشین. راد، عارف. (۱۳۸۵). *بهداشت جنسی*. مشهد: انتشارات سخن توس.
دانیلو، آندره مورالی. (۱۳۸۳). *جامعه‌شناسی روابط جنسی*، ترجمه‌ی حسن پویان. تهران: انتشارات توس.

دژکام، محمدرضا. (۱۳۸۴). *روانشناسی اختلال‌های جنسی*. تهران: انتشارات منشاء دانش.
راس، اُ، آلن. (۱۳۷۶). *اختلالات روانی کودکان*. ترجمه‌ی امیر هوشنگ مهریار. تهران: انتشارات رشد.

راو، ج، کلارنس. (۱۳۷۳). *مباحث عمده در روانپزشکی*، ترجمه‌ی جواد وهاب‌زاده. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.

رایت، پدریگ و همکاران. (۱۳۸۱). *مبانی روانپزشکی*، ترجمه‌ی نصرت‌اله پورافکاری. تبریز: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی.

ریو، جان مارشال. (۱۳۸۲). *انگیزش و هیجان*، ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ویرایش.
ساراسون، ایروین جی. ساراسون، باربارا آر. (۱۳۸۳). *روانشناسی مرضی*، ترجمه‌ی بهمن نجاریان و همکاران. تهران: انتشارات رشد.

سروری، محمدحسین. (۱۳۸۳). *ویلهم رایش، نظریه‌ی صرفه‌جویی جنسی*. تهران: نشر دانژه.
شاملو، سعید. (۱۳۸۲). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات رشد.

شعیری، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۶). *تشخیص و درمان اختلالات جنسی*. تهران: نشر البرز.
طباطبایی اردکانی، آزاده. (۱۳۷۳). *روش‌های حل مشکلات زناشویی بر مبنای اصول روانشناسی*. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.

فرانزینی، لوئیس. (۱۳۷۸). *روانشناسی انحرافات جنسی*، ترجمه‌ی بهزاد رحمتی. تهران: انتشارات ساحل.

فرانکل، ویکتور. (۱۳۶۷). *انسان در جستجوی معنی*، ترجمه‌ی اکبر معارفی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

فلزی، محمد. (۱۳۸۴). *شناخت جنسیت و مسائل جنسی در انسان*. تهران: نشر قصه.
کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین. (۱۳۷۱). *مسائل جنسی و اختلالات روان‌تنی*، ترجمه‌ی نصرت‌اله پورافکاری. تهران: انتشارات آزاده.

- کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین. (۱۳۸۲). *ترجمه‌ی کامل هندبوک کاپلان روانپزشکی*، ترجمه‌ی مجید صادقی و همکاران. تهران: انتشارات برای فردا.
- کجباف، محمدباقر. (۱۳۷۸). *روانشناسی رفتار جنسی*. تهران: نشر روان.
- کلارک، دیویدم. فربورن، کریستوفر ج. (۱۳۸۰). *دانش و روش‌های کاربردی رفتاردرمانی شناختی*، ترجمه‌ی حسین کاویانی. تهران: انتشارات سنا.
- گولومبوک، سوزان. فی‌وش، رابین. (۱۳۷۷). *رشد جنسیت*، ترجمه‌ی مهرناز شهرآرای. تهران: انتشارات ققنوس.
- گیلدر، مایکل و همکاران. (۱۳۶۸). *روانپزشکی آکسفورد*، ترجمه‌ی نصرت‌اله پورافکاری. تبریز: انتشارات نیما.
- گیلدر، مایکل و همکاران. (۱۳۸۱). *نکات برتر در روانپزشکی (خلاصه‌ی روانپزشکی آکسفورد ۱۹۹۹)*، گردآوری مهدی ایزدی، تهران: انتشارات پروانه دانش.
- لانس، لوسین. (۱۳۷۲). *دانستنی‌های پزشکی زنان*، ترجمه‌ی لطفعلی شجاعی‌مقدم و همکاران. تهران: انتشارات جانزاده.
- لیندزی، اس. جی. ئی. پاول، جی. ئی. (۱۳۷۹). *تشخیص و درمان اختلال‌های روانی بزرگسالان در روانشناسی بالینی*، ترجمه‌ی محمدرضا نیکخو و همکاران. تهران: انتشارات سخن.
- ماسترز، ویلیام. جانسون، ویرجینیا. (۱۳۷۷). *واکنش جنسی انسان*، ترجمه‌ی هدایت موتابی. تبریز: انتشارات فروزش.
- مالینوفسکی، برانیسلاو. (۱۳۵۵). *میل جنسی و فرونشانی آن در جوامع نامتمدن*، ترجمه‌ی محسن ثلاثی. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- هنری ماسن، پاول و همکاران. (۱۳۷۳). *رشد و شخصیت کودک*، ترجمه‌ی مهشید یاسایی. تهران: نشر مرکز.

ب) منابع انگلیسی

- All geier, A.R. & All geier, E.R. (1995). *sexuality interaction*. Lexington, AM: DS. Health and company.
- Bancroft, J. (1986). **Human sexuality and Its problems**, 2nd end, Edinburgh: Churchil Living Stone.
- Beck, J.G, Barlow, D.H. and sakheim, D. (1983) The effects of anentional focus and parner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men' behavior Research and Therapy 21: 1-80.
- Chalichmen. (1990). *Archives of sexual Behavior*. Vol. 19. No. 5.
- David E. Schsrff. (1988). *The sexual relationship*. Routledge & Keganpaul.
- Freud, S. Freud's (1924). *Collected papers*, Vol. 11. London. Hogarthpess.
- Hyde. J. (1986). *Understanding Human sexuality*. McGrow. New York.
- Howton, K. (1985). *Sex Therapy: A Practical Guide*. Oxford: oxford University press.
- Kaplan, H. S. (1977). *Hypoactive sexual dexire*. Journal of sex Marital Therapy 3: 3-9.
- Lindzy and Thomson. (1988). *Psychology*. 3rd Edition. Worth publishers. New Yourk.
- Lief, Harold, L. Hoch. Zwi. (1984). *International Re search in sexology*. New York.
- Rich, W. (1937) *Acte of orgasme*. International publication of Psychoanalysis, London.
- Rust, J., Bennun, I., Crowe, M. J. and Golombok. S,. (1971). *The Golombok Rust Invetnory of Marid State*, Windsor NFER- Nelson.
- Woody, J. D. (1992). **Treating Seating sexual Distress: Integrative Systims Therapy**, Mewbury Park: Sage.
- Zimmer, D. (1987). Does marial therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction: Journal of sex and Marital Therapy, 13: 193-209.