

زندگی جنسی مردان

آشنایی با رفتارهای جنسی

روش های شناخت و درمان اختلالهای جنسی مردان

دکتر محمدرضا نیکخو



زندگی جنسی مردان

آشنایی با رفتارهای جنسی

و

روشهای شناخت و درمان اختلالهای جنسی مردان

دکتر محمدرضا نیکخو

(روان شناس - استادیار دانشگاه)

آيسنگ، هانس يورگن، ۱۹۱۵ - Eysenk, Hans Yurgon.

نقد و بررسی علمی روان‌کاوی / نویسنده هانس. جی. آيسنگ؛ ترجمه
محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. - تهران: سخن، ۱۳۷۹.

ISBN 964 - 5983 - 80 - 0 ۲۷۹ ص.

Decline and full of the Freudian Empire. عنوان اصلی:

۱. روان‌کاوی. ۲. روان‌درمانی. ۳. فروید، زیگموند، ۱۸۵۶ - ۱۹۳۹، Freud, Sigmund الف. نیکخو، محمدرضا، مترجم. ب. آوادیس یانس، هامایاک، مترجم.

ج. عنوان.

۱۵۰ / ۱۹۵۲

BF ۱۷۳

ن ۹۷۹ آ

ن ۹۷ / آ

۱۳۷۹

۱۳۷۹



انتشارات سخن

زندگی جنسی مردان

تألیف: دکتر محمدرضا نیکخو

چاپ اول: ۱۳۷۹

تیراژ: ۵۰۰۰ نسخه

امور فنی: سینا (قانعی)

لیتوگرافی: صدف

چاپ: مهارت

خیابان انقلاب - مقابل دانشگاه تهران، شماره ۱۳۹۲ تلفن: ۶۴۶۸۹۳۸

حق چاپ برای ناشر محفوظ است.

شابک ۱ - ۲۳ - ۶۹۶۱ - ۹۶۴ ISBN 964 - 6961 - 23 - 1

تقديم به دوست گرانقدرم، هامایاک آوادیس یانس
به پاس محبت‌های بی دریغش

فهرست مطالب

۳۹	دستگاه عصبی مرکزی	۷	مقدمه
۴۱	طناب نخاعی		فصل ۱ - آشنایی با دستگاه جنسی
۴۵	مغز	۱۱	مرد
۵۳	فصل ۴ - چرخه پاسخ جنسی	۱۱	الف - بیضه‌ها
۵۵	چرخه پاسخ جنسی در مرد	۱۴	ب - مجراهای تناسلی
۵۵	الف - مرحله انگیزندگی	۱۶	ج - غده‌های تولیدکننده مایع منی
۵۶	ب - مرحله فلات	۱۹	د - احلیل یا آلت تناسلی مردانه
۵۷	ج - مرحله اوج لذت جنسی		فصل ۲ - نقش هورمونها و دستگاه عدد
۵۹	د - مرحله فرونشینی	۲۳	درون ریز در فعالیتهای جنسی
۶۰	ه - مرحله تحریک ناپذیری	۲۳	غده‌های درون ریز و هورمونها
	تغییرات بهنجار (عادی) وابسته به سن در	۲۶	کارکرد هورمونها
۶۳	چرخه پاسخ جنسی مردان	۲۸	نقش هورمونها در تعیین جنسیت
	فصل ۵ - آشنایی با مفاهیم و طبقه‌بندی	۳۰	هورمون‌سازی در بیضه‌ها
۶۹	اختلالات جنسی	۳۲	اثر هورمونهای جنسی بر رفتار جنسی
۷۲	ویژگیهای فعالیت جنسی بهنجار یا عادی	۳۳	اثرات اختنگی
۷۳	تعریف و طبقه‌بندی اختلالات جنسی		فصل ۳ - نقش دستگاه عصبی در
۷۴	الف - کژکاریهای جنسی	۳۵	فعالیت‌های جنسی
۷۵	ب - انحرافهای جنسی		بخشهای سمپاتیک و پاراسمپاتیک دستگاه
۷۶	ج - اختلال هویت جنسی	۳۶	عصبی خودمختار

فصل ۶ - کژکاریهای جنسی مردان	۷۹	ب - هیپنوتیزم یا خواب مصنوعی	۱۳۳
اختلالهای میل جنسی	۸۳	ج - پسخوراند زیستی	۱۳۴
الف - اختلال میل جنسی اندک یا کم کار	۸۳	د - درمان با هورمون	۱۳۵
ب - اختلال بیزاری جنسی	۸۸	ه - روشهای جراحی	۱۳۶
اختلال انگیزتگی جنسی	۹۳	و - ابزارهای مکانیکی	۱۴۲
اختلال نعوظی در مرد یا ناتوانی جنسی	۹۳	ز - تزریق دارو برای ایجاد نعوظ	۱۴۴
ناتوانی جنسی در مردان سالمند	۹۹	ح - داروی خوراکی برای ایجاد نعوظ	۱۴۵
یکنواختی در رابطه جنسی و اثر آن بر		۲ - روشهای رفتاری در درمان کژکاریهای	
ناتوانی جنسی	۱۰۲	جنسی	۱۴۷
اختلالهای اوج لذت جنسی	۱۰۷	الف - حساسیت زردایی منظم	۱۴۷
الف - اختلال اوج لذت جنسی در مرد		ب - درمان زوجی مسترز و جانسون	۱۴۹
(اوج لذت جنسی بازداری شده)	۱۰۷	ج - فنون اختصاصی در درمان کژکاریهای	
ب - انزال زودرس	۱۱۱	جنسی	۱۵۳
اختلال درد جنسی	۱۲۲	فصل ۸ - انحرافهای جنسی مردان	۱۵۹
مقاربت دردناک	۱۲۲	ویژگیهای اصلی انحرافهای جنسی	۱۶۰
برخی از مهمترین عوامل مؤثر در پدید آیی		الف - انحرافهای جنسی غیر تعرضی	۱۶۵
کژکاریهای جنسی	۱۲۵	۱ - یادگارپرستی یا فیشیسم	۱۶۵
الف - بی اطلاعی	۱۲۵	۲ - یادگارپرستی همراه با مبدل پوشی	
ب - نگرشها	۱۲۶	جنسی	۱۶۸
ج - اضطراب	۱۲۶	۳ - آزارگری جنسی یا سادیسم	۱۷۱
د - مشاهده گری	۱۲۷	۴ - آزارخواهی جنسی یا مازوخیسم	۱۷۵
ه - مشکلات ارتباطی	۱۲۸	ب - انحرافهای جنسی تعرضی	۱۷۹
و - مشکلات جسمانی	۱۲۸	۱ - تماشاگری جنسی یا نظربازی	۱۷۹
فصل ۷ - درمان کژکاریهای جنسی		۲ - عورت نمایی	۱۸۳
مردان	۱۳۱	۳ - مالش دوستی	۱۸۷
۱ - روشهای غیر رفتاری در درمان کژکاریهای		۴ - بچه بازی	۱۹۰
جنسی	۱۳۲	۵ - حیوان خواهی	۱۹۴
الف - روان کاوی	۱۳۲	۶ - مرده خواهی	۱۹۷

۲۲۱	درمان نارضایتی جنسیتی در مرد	۱۹۸	۷- هرزه گویی تلفنی
۲۲۵	فصل ۱۱- همجنس گرایی در مردان	۲۰۰	انحرافهای جنسی بسیار نادر
۲۳۱	درمان همجنس گرایی در مردان		فصل ۹- درمان انحرافهای جنسی
۲۳۳	فصل ۱۲- تجاوز به عنف	۲۰۳	مردان
	درمان متجاوزان جنسی و قربانیان تجاوز	۲۰۴	۱- روان درمانی
۲۳۸	جنسی	۲۰۶	۲- درمانهای رفتاری- شناختی
۲۴۱	فصل ۱۳- زنا با محارم	۲۰۸	۳- درمانهای شیمیایی
۲۴۵	منابع فارسی	۲۰۹	۴- جراحی روانی
۲۴۸	منابع انگلیسی	۲۱۰	۵- سایر درمانها
			فصل ۱۰- اختلال هویت جنسی در
		۲۱۳	مردان

مقدمه

انگیزه جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادین (گرسنگی، تشنگی و...)، بخش جدایی‌ناپذیر ماهیت زیستی - روانی - اجتماعی آدمی را تشکیل می‌دهد و روشن است که کیفیت ارضای این انگیزه نقش بسیار مهمی در سلامت فرد و اجتماع ایفا می‌کند.

بسیاری از مراجعانِ روان‌درمانگران و پزشکان را مردان متأهلی تشکیل می‌دهند که به دلیل ابتلا به انواع اختلال‌های جنسی، ناتوان از برقراری رابطه جنسی رضایت‌بخش با همسرانشان و بالطبع فاقد احساس نشاط و سرزندگی هستند. چنین مردانی به لحاظ عدم ارضای صحیح میل جنسی در محیط امن خانواده، آنچنان دچار ناکامی می‌شوند که برای درمان یا جبران این ناتوانی ممکن است به راه‌های نادرست و اغلب تباه‌کننده روی آورند. برای مثال، برخی از افراد معتاد به تریاک عنوان می‌کنند که علت اصلی روی‌آوری آنان به مصرف این ماده خانمان‌سوز، رنج بردن از انزال زودرس بوده است. این بیماران برای آنکه بتوانند هنگام آمیزش جنسی کنترل انزال را به دست گیرند و دیرتر به انزال برسند، به توصیه افراد عامی و ناآگاه مصرف مواد افیونی همچون تریاک را انتخاب کرده و اکنون به دردی مضاعف گرفتار شده‌اند.

مصرف موادمخدر با هدف درمان مشکلات و ناتوانیهای جنسی، مثل بیماری است که برای درمان سردردهای ناشی از تومور مغزی، به مصرف قرصهای مسکن روی می‌آورد. اگرچه مصرف این‌گونه قرصها در آغاز ممکن است موجب تسکین درد شود اما در طولانی مدت اثر خود را از دست می‌دهند و بیمار را به مشکلاتی فراتر از آنچه در ابتدا وجود داشت مبتلا می‌سازند.

برخی دیگر از مردان مبتلا به اختلال یا ناتوانی جنسی، ضعف و ناتوانی خود را به کلی انکار می‌کنند و با به فراموشی سپردن این مشکل، سعی می‌کنند تا احساس حقارت و ناتوانی خود را به شیوه‌ای دیگر که اغلب بیمارگون و ناسالم است جبران کنند. برای مثال، یک جوان ۲۵ ساله با سابقه چهار بار ازدواج ناموفق در عرض ۳ سال، هنوز در پی یافتن یک همسر ایده‌آل بود. این مرد جوان به بهانه‌های واهی، همسران قبلی خود را متهم به بی‌وفایی و با توسل به آزار و اذیت، آنان را مجبور به جدایی و طلاق می‌کرد. با بررسی شرح حال این جوان معلوم شد که علت این ناسازگاریها و بدبینی‌ها، ابتلای وی به ناتوانی نعوظ (یعنی عدم راست شدگی احلیل قبل از آمیزش) بوده است. این مرد جوان با انکار ناتوانی جنسی خود و فرافکنی مشکلات و ترسهای خویش به همسرانش سعی در جبران احساس حقارت و ضعف خود داشت. حال آنکه پس از فهم ریشه اصلی این مشکلات و تن دادن به درمانهای پزشکی و روانشناختی، توانست یک زندگی رضایت‌بخش و به دور از بدبینی‌های بیمارگون را در پیش گیرد.

موارد فوق تنها نمونه‌ای از تأثیرات مخرب اختلالهای جنسی بر کارکردهای سازگارانه روانی - اجتماعی مردان است. شناخت علت‌های زیربنایی این اختلالها (چه در مردان و چه در زنان) نقش انکارناپذیری در سلامت فرد و

جامعه ایفا می‌کند. همان‌گونه که انحراف و اختلال در انگیزه خوردن ممکن است تندرستی فرد را به خطر بیاندازد، ناآگاهی نسبت به کارکرد انگیزه جنسی و شیوه‌های درست و اخلاقی ارضای آن می‌تواند موجب بسیاری از کجرویهای فردی و متعاقب آن موجب نابسامانیهای اجتماعی شود. انگیزه جنسی بمثابه آتشی است که مهار صحیح و هدایت درست آن می‌تواند گرمابخش زندگی موجودات انسانی باشد، ولی ناآگاهی به ماهیت و هدف فعالیت آن نتیجه‌ای جز از هم پاشیدگی کانونهای گرم خانواده و تباهی و انحطاط اخلاقیات انسانی نخواهد داشت.

در نگارش این کتاب سعی بر آن بوده است تا علاوه بر حفظ چهارچوبهای علمی و بهره‌گیری از جدیدترین یافته‌های علوم پزشکی و روان‌شناسی، توضیح علت‌های زیربنایی اختلال‌های جنسی مردان و معرفی متداولترین درمان‌های این اختلال‌ها، به شیوه‌ای ساده و روان و به دور از پیچیدگیهای تخصصی صورت گیرد. اگر در برخی از مباحث کتاب بناچار اصطلاحی تخصصی به کار رفته باشد، توضیح روشن آن اصطلاح به بیانی ساده و رسا در زیرنویس یا پرانتز آورده شده است. هدف اصلی نویسنده آن بوده که با بیان هرچه ساده‌تر و ذکر نمونه‌های عینی انواع اختلال‌ها و انحراف‌های جنسی، یک راهنمای سودمند و قابل استفاده برای علاقمندان به شناخت صحیح اختلال‌ها و انحراف‌های جنسی مردان و روش‌های درمان این مشکلات فراهم آورد.

در پایان لازم به یادآوری است که اگرچه خوانندگان می‌توانند با مطالعه این کتاب گام‌های مؤثری در شناخت و درمان مشکلات جنسی خود بردارند اما توصیه مطالعه آن به بیماران، به معنی بی‌نیازی از مراجعه به متخصصان

پزشکی و روان‌شناسی نیست. به‌علاوه، خوانندگان می‌توانند پرسشها و نظرات خود را دربارهٔ موضوعهای این کتاب از طریق مکاتبه با نویسنده درمیان بگذارند.

نشانی برای مکاتبه: تهران - خیابان انقلاب - مقابل درب بزرگ دانشگاه تهران - شمارهٔ ۱۳۵۸ - انتشارات علمی.

محمد رضا نیکخو

پاییز ۱۳۷۸

فصل ۱

آشنایی با دستگاه جنسی مرد

دستگاه جنسی مرد شامل قسمتهای زیر است:

۱- یک جفت بیضه که عمل تولید اسپرم^۱ و هورمونهای جنسی را به عهده دارد.

۲- شبکه‌ای از مجاری که اسپرمها را از بیضه‌ها به بیرون هدایت می‌کنند.

۳- تعدادی غده که تولید مایع منی را به عهده دارند.

۴- احلیل یا آلت مردانه که نقش اصلی آن انتقال مایع منی و ادرار است. اکنون به شرح هریک از بخشهای فوق می‌پردازیم.

الف - بیضه‌ها

واژه بیضه یا تخم اشاره به شباهت این عضو با تخم مرغ دارد. بیضه‌ها در کیسه‌ای به نام اسکروتوم^۲ یا کیسه محتوی بیضه قرار

1- sperm 2- scrotum

دارند. وظیفه اصلی این کیسه برقراری دمای مناسب برای تولید اسپرمهای کارآمد و سالم است. در حالت عادی دمای کیسه محتوی بیضه ۵/۵ درجه پایین تر از دمای بخشهای مرکزی بدن است. وضعیت بیضه‌ها در کیسه محتوی بیضه به صورت معلق و در انتهای طناب یا مجرای منوی است. این طناب شامل رگهای خونی، اعصاب، مجرای اسپرم (یا مجرای دفران^۱) و ماهیچه باریک کرماستر^۲ است. ماهیچه کرماستر بیضه‌ها را هنگام سرما، ترس، خشم یا برانگیختگی جنسی به سمت بالا و نزدیک بدن می‌برد.

هریک از بیضه‌ها شامل لوله‌های کوچک منی‌ساز یا منی‌بر^۳ و سلولهای بینابینی یا لیدیگ^۴ است. اسپرم در داخل لوله‌های کوچک منی‌ساز ساخته می‌شود. این لوله‌ها به صورت کلافهایی مرکب از صدها لوله در داخل هر یک از بیضه‌ها قرار گرفته‌اند و طول هر لوله بین ۳۰ سانتیمتر تا ۱ متر است.

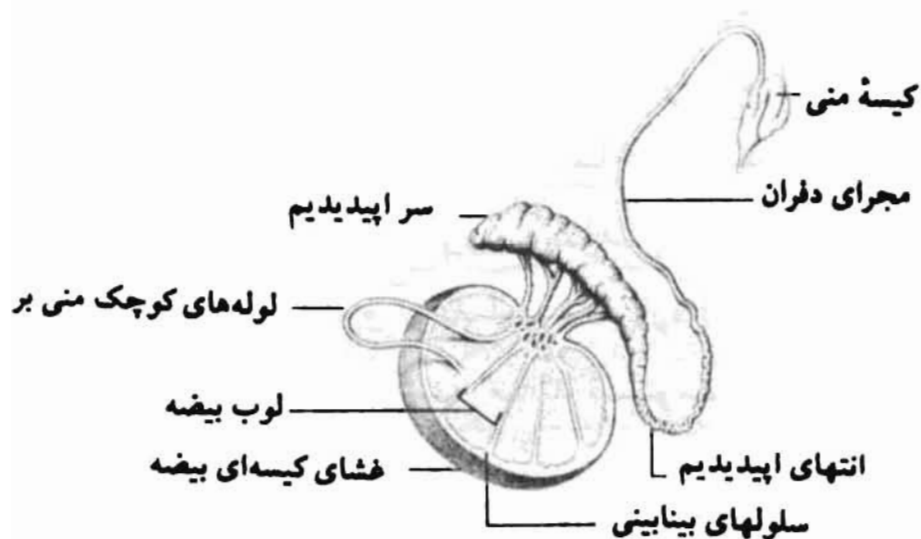
سلولهای بینابینی که جایگاه آنها در بافت پیوندی میان لوله‌های کوچک منی‌ساز است، وظیفه ساخت و ترشح هورمونهای جنسی را به عهده دارند. تقریباً ۹۵ درصد از هورمون مردانه تستوسترون^۵ توسط سلولهای بینابینی و باقی آن به وسیله غدد فوق کلیه ساخته می‌شود. همچنین سلولهای بینابینی، ساخت میزان اندکی از استروژن^۶ را که یک هورمون زنانه است، به عهده

1- vas deferens 2- cremaster 3- seminiferous tubules

4- leydig cells 5- testosterone 6- estrogen

دارند. به علاوه در هریک از بیضه‌ها هورمونی به نام اینهیبین^۱ ساخته می‌شود که تولید اسپرم را منظم می‌سازد. هنگامی که تعداد اسپرمهای ساخته شده در بیضه افزایش می‌یابد، این هورمون با فرستادن پیام به مغز موجب توقف ساخت بیشتر اسپرم می‌شود و هنگامی که تعداد اسپرمها رو به کاهش می‌گذارد، ترشح این هورمون کاهش یافته و تولید اسپرم دوباره آغاز می‌شود (برای آشنایی با هورمونهای جنسی مانند تستوسترون و استروژن به فصل ۲ نگاه کنید).

مسیر اسپرمها از لوله‌های کوچک منی‌ساز به سوی قسمتی از مجرای منوی به نام اپیدیدیم^۲ است که در پشت بیضه قرار دارد (شکل ۱-۱ را ببینید). محل انبار شدن اسپرمها یا نطفه‌ها، لوله‌های کلافی شکل اپیدیدیم است. اسپرمها تا هنگامی که بتوانند قدرت باروری به دست آورند در اپیدیدیم باقی می‌مانند و پس از کامل شدن، در اثر انزال به محیط بیرون دفع می‌شوند. عاملی که اسپرمها را به هنگام انزال به سوی مجرای دفران سوق می‌دهد، انقباض ماهیچه‌های صاف و ظریف دیواره لوله‌های کوچک اپیدیدیم است. اسپرمها پس از گذر از مجرای دفران به سوی پیشابراه^۳ یا مجرای ادرار که در طول احلیل قرار دارد روان می‌شوند و به بیرون می‌ریزند.



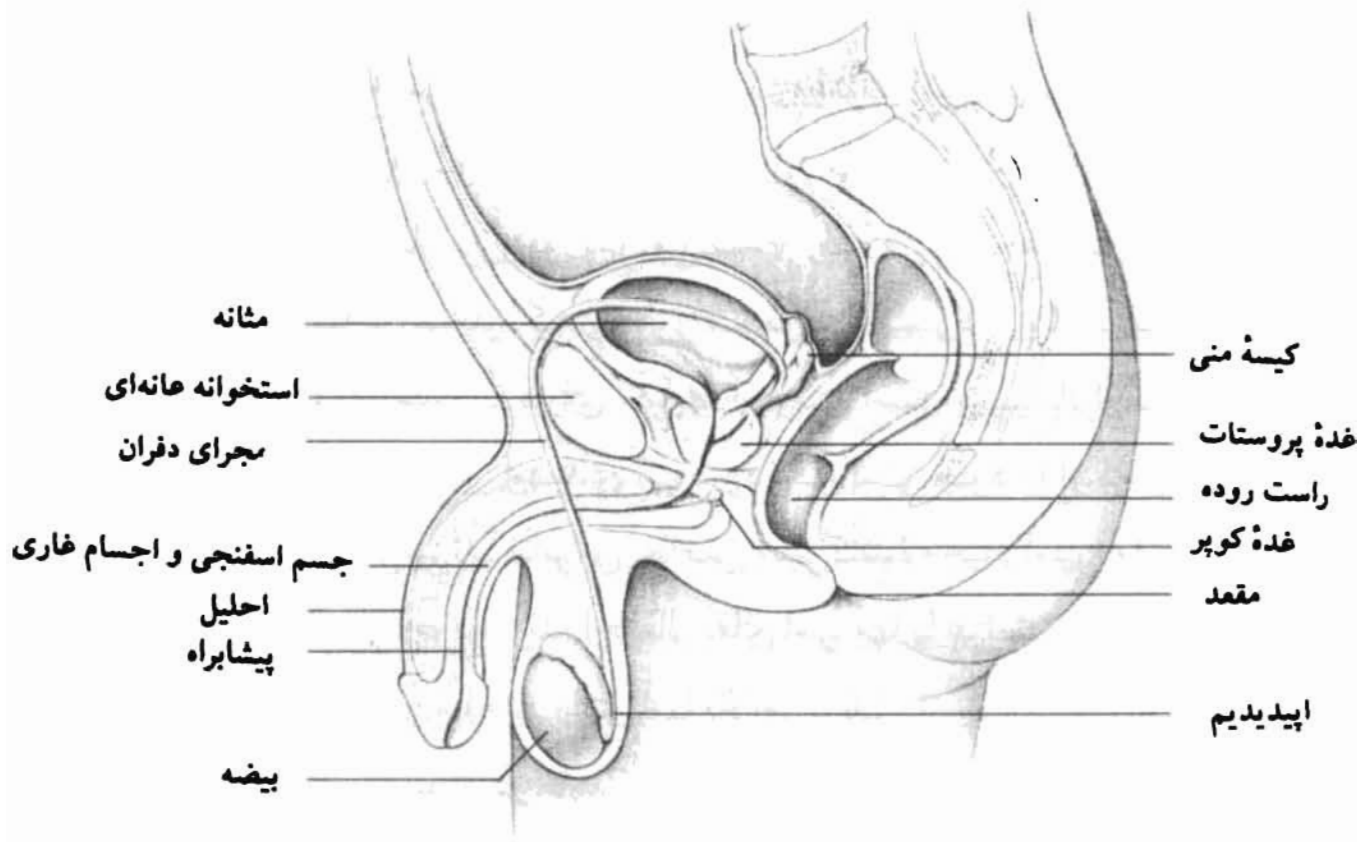
شکل ۱ - ۱: برش مقطعی ساختار درونی بیضه

ب - مجراهای تناسلی

مجاری اندامهای تناسلی مردانه عبارتند از مجرای دفران یا همان مجرای اسپرم، مجرای انزال و پیشابراه. مجرای دفران به دو لوله باریک گفته می‌شود که هریک از آنها به اپیدیدیم هریک از بیضه‌ها مرتبط می‌شود. این مجاری از بیضه‌ها به طرف بالا می‌روند و در پشت مثانه به ته کیسه‌های منی^۱ که یکی از آنها مربوط به بیضه راست و دیگری مربوط به بیضه چپ است، وارد می‌شوند. کیسه‌های منی دو کیسه کوچک هستند که مایع چسبناکی ترشح می‌کنند که بخشی از مایع منی را تشکیل می‌دهد. لوله‌های انزال یا

1- seminal vesicles

پرش دهنده منی، از کیسه منی و از میان غده پروستات^۱ به سوی پیشابراه می‌روند. در طول این مسیر، اسپرمها در مایع لزجی که بخشی از آن به وسیله کیسه‌های منی و بخشی دیگر در غده پروستات ساخته شده است شناور می‌شوند و به سوی پیشابراه می‌روند. پیشابراه دو وظیفه دارد: یکی هدایت ادرار و دیگری هدایت منی به خارج از بدن (شکل ۲ - ۱ را ببینید).



شکل ۲ - ۱: دستگاه تناسلی مردانه

ج - غده‌های تولیدکننده مایع منی

در هر بار انزال تقریباً به اندازه یک قاشق چایخوری مایع منی دفع می‌شود که حدود ۱ درصد آن را اسپرمهای شناور در مایع تشکیل می‌دهند. تعداد این اسپرمها تقریباً ۲۰۰ تا ۴۰۰ میلیون در هر بار انزال است. بخش عمده مایع منی انزال شده، توسط کیسه‌های منی، غده پروستات و غده‌های کوپر^۱ ترشح می‌شود. کیسه‌های منی دو کیسه کوچک هستند که در پشت مثانه قرار گرفته‌اند و در قسمت پایه به وسیله دو مجرای باریک به مجرای انزال مرتبط می‌شوند (شکل ۲ - ۱ را ببینید). این کیسه‌ها مایعی را تولید و ترشح می‌کنند که هم نقش انرژی‌زا برای اسپرمها دارد و هم محیط اسیدی پیشابراه و مهبل زن را خنثی می‌سازد. چرا که اسپرمها در محیطهای قلیایی بهتر عمل می‌کنند و زنده می‌مانند اما اگر وارد محیط اسیدی شوند (که به طور معمول رحم زنان به منظور جلوگیری از عفونت دارای شرایط اسیدی است و پیشابراه نیز به واسطه عبور ادرار اسیدی می‌شود) فعالیت خود را از دست می‌دهند و می‌میرند. بنابراین عناصر خنثی‌کننده محیط اسپرمها که در مایع منی وجود دارند، احتمال بقای اسپرمها را افزایش می‌دهند و توانایی بارور ساختن را در آنها بالا می‌برند.

غده پروستات در قاعده مثانه جای دارد و اندازه و شکل آن شبیه یک گردو است. وضعیت قرار گرفتن این غده به گونه‌ای است که پیشابراه از مرکز آن می‌گذرد (شکل ۲ - ۱ را ببینید). کار این غده

1- cowper's glands

آن است که به هنگام انزال، یک مایع قلیایی شیری رنگ را درست از پایین‌ترین بخش مثانه و ابتدای پیشابراه وارد مجرای ادراری می‌کند. نحوه این عملکرد بدین صورت است که هنگام انزال، دستگاه عصبی فرمان انقباض ماهیچه‌های حلقوی بخش آغازین پیشابراه (که به پایین‌ترین قسمت مثانه مرتبط است) را صادر می‌کند و بدین وسیله از ورود ادرار به پیشابراه جلوگیری می‌شود. آنگاه مایع منی که بخشی از آن را همین مایع قلیایی شیری رنگ تشکیل می‌دهد، بدون آنکه با ادرار مخلوط شود وارد پیشابراه می‌شود و به بیرون می‌ریزد.

غده‌های کوپر که در دو طرف پیشابراه قرار دارند، توسط مجاری باریک به داخل پیشابراه و درست به بخش آغازین آن مرتبط می‌شوند و به اندازه یک نخود هستند. به هنگام تحریک جنسی و برانگیختگی ناشی از آن، ترشحات لزج شفاف و بی‌رنگی از پیشابراه جاری می‌شود که حاصل فعالیت این غده‌ها است. این ترشحات که معمولاً قبل از انزال از آلت تناسلی یا احلیل خارج می‌شوند، مسیر عبور اسپرم‌ها را که در مایع منی شناورند قلیایی می‌کند. این کار موجب خنثی شدن اثر اسیدی ادرار در پیشابراه می‌شود و احتمال آسیب‌دیدگی اسپرم‌های شناور در مایع منی را کاهش می‌دهد. مایع ترشح شده از غده‌های کوپر ممکن است حتی قبل از انزال نیز حاوی اسپرم باشد، بویژه هنگامی که فرد پس از یک‌بار انزال و قبل از ادرار کردن برای بار دوم مشغول مقاربت شده باشد. در چنین وضعیتی اسپرم‌های به‌جا مانده در مجرای ادراری

ممکن است در مایع ترشح شده از غده‌های کوپر شناور شوند و هنگام برانگیختگی جنسی از آلت خارج گردند. روشن است که تحت این شرایط و به فرض مهیا بودن سایر عوامل مؤثر بر بارداری زن، صرف ورود مایع مذکور به داخل رحم نیز ممکن است موجب بارداری شود. از این‌رو برای پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته، به مردان توصیه می‌شود که در صورت به‌کار بُردن هیچ‌یک از روش‌های پیشگیری از بارداری توسط زن، از مقاربت بدون کاندوم^۱ یا کاپوت خودداری کنند. چرا که ترشحات قبل از انزال نیز ممکن است موجب بارداری شود.

لازم به ذکر است که مایع منی از نظر شیمیایی حالت قلیایی دارد و محتوی املاح معدنی، قند فروکتوز، ویتامین C و سایر مواد مغذی برای فعالیت و بقای اسپرم‌ها است. این مایع در صورت تندرست بودن فرد، هیچ نوع ویژگی منفی یا بیماری‌زایی ندارد. اما در صورت ابتلای فرد به بیماری‌های مقاربتی همچون سوزاک یا AIDS^۲ (ایدز)، عامل مهمی در سرایت بیماری به‌شمار می‌رود. بنابراین در مورد افراد کاملاً سالم و تندرست، تماس با مایع منی آنها به هنگام معاشقه از هیچ نظر سلامتی را تهدید نمی‌کند.

1- condom

2- aquired immunodeficiency syndrome نشانگان نارسایی ایمنی اکتسابی

د - اَحلیل یا آلت تناسلی مردانه

آلت تناسلی اغلب پستانداران نر دارای استخوان است اما در انسان و نهنگها این آلت فاقد استخوان است. در انسان، آلت تناسلی مردانه شامل ۳ جسم استوانه‌ای شکل با بافت اسفنجی قابل اتساع است (شکل ۳ - ۱ را ببینید). از این ۳ جسم استوانه‌ای، دو استوانه آن به موازات هم و شبیه لوله‌های تفنگ دولول کنار یکدیگر قرار گرفته‌اند که به اجسام غاری^۱ مشهورند و در زیر آنها مجرای ادرار (یعنی سومین جسم استوانه‌ای) قرار گرفته است. بافت اسفنجی آلت در انتها اندکی به عقب برگشته و مانند یک کلاهک، نوک آلت را می‌سازد که به نوک آلت یا حشفه^۲ موسوم است. پیشابراه در رأس حشفه باز می‌شود و پوستی مانند حلقه آستین دورتادور حشفه را می‌پوشاند که پوست حشفه^۳ نام دارد. مسلمانان و بسیاری از مردمان آمریکای شمالی، پوست حشفه کودکان را به وسیله جراحی (ختنه) برمی‌دارند.

ساختار اجسام غاری آلت به گونه‌ای است که هنگام تحریک جنسی پر خون می‌شوند و این پرخونی موجب سخت شدن و راست شدن آلت می‌گردد. مقدار خون درون اجسام غاری به وسیله شریانهای داخل این اجسام تأمین می‌شود و فرمان اتساع یا انقباض این شریانها نیز به وسیله اعصاب خودمختار ناحیه خاجی (در پایین کمر) صادر می‌شود.

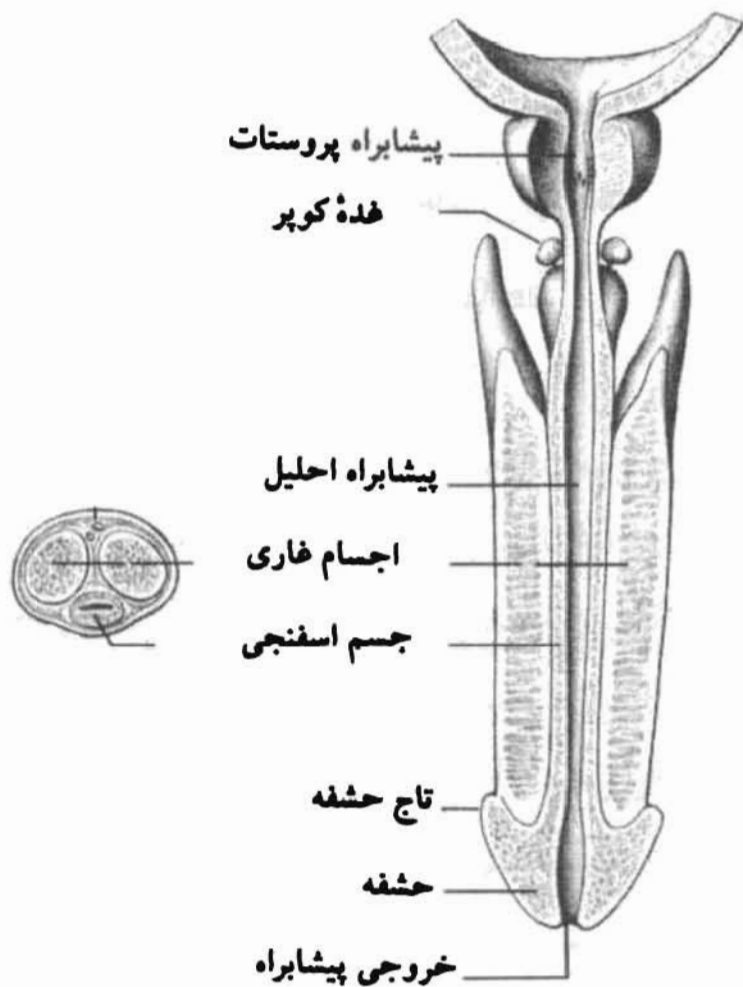
آلت یک مرد بالغ در حالت عادی، به طور متوسط ۹ سانتی متر

طول و تقریباً ۹/۵ سانتی متر قطر دارد. در حالت نعوظ یا راست شدگی این اندازه‌ها به ترتیب به ۱۶ و ۱۲ سانتی متر می‌رسد. پژوهشها نشان داده‌اند که اندازه آلت مردان با یکدیگر تفاوت دارد. برخی از پژوهشها بزرگترین آلت مردانه را هنگام نعوظ ۲۵ سانتی متر و کوچک‌ترین آن را ۱ سانتی متر گزارش کرده‌اند که مورد اخیر به خُرد احلیلی^۱ معروف است و معمولاً در اثر کمبود هورمونهای مردانه در طول رشد رخ می‌دهد.

بسیاری از مردان نگرانی قابل توجهی درباره اندازه آلت خود دارند چرا که اندازه آلت تناسلی مردانه را به معنی توانایی و قدرت جنسی می‌دانند. برخی از افراد معتقدند که اندازه آلت مردان با قد، طول پاها، اندازه بینی یا شست آنان رابطه دارد. اما پژوهشهای علمی نشانگر آنند که هیچ ارتباطی میان اندازه آلت مردان و بخشهای مختلف بدن آنان وجود ندارد. به علاوه هرچه احلیل در حالت عادی و شل کوچکتر باشد، افزایش طول آن به هنگام نعوظ بیشتر از میزان افزایش طول یک آلت بلندتر است. همچنین دسته‌ای از افراد معتقدند که آلهای تناسلی مردانه بزرگتر، از نظر تحریک جنسی، برای زنان محرک‌ترند. اما پژوهشهای علمی نشان داده‌اند که برخورداری از آلت تناسلی بزرگتر هیچ مزیتی محسوب نمی‌شود و از نظر فیزیولوژیایی، تحریک مضاعف یا بیشتری برای زن سبب نمی‌شود. گفته‌های بالا بدان معنی است که برخورداری از یک آلت مردانه معمولی با اندازه‌ای عادی و بهنجار برای داشتن

1- micropenis

یک رابطه جنسی بهنجار و سالم کفایت می‌کند. البته به شرط آنکه سایر الزامهای روانی و فیزیولوژیایی این رابطه فراهم باشد که در فصلهای بعدی آنها را مورد بحث قرار خواهیم داد.



شکل ۱-۳: ساختار درونی یک احلیل ختنه شده.

فصل ۲

نقش هورمونها و دستگاه غدد درون ریز در فعالتهای جنسی

غده‌های درون ریز و هورمونها

کار اندامهای مختلف بدن انسان به وسیله دو عامل یا نظام فیزیولوژیایی* کنترل و تنظیم می‌شود که یکی عصبی و دیگری شیمیایی است. کنترل شیمیایی فعالیت اندامها به وسیله هورمونها یا ترشحات غدد درون ریز^۱ انجام می‌شود. غدد درون ریز به آن دسته از غده‌های بدن گفته می‌شود که مجرای ترشحي ندارند و ترشحات خود را به طور مستقیم به درون خون می‌ریزند، از این رو به آنها غده‌های بسته یا داخلی نیز گفته می‌شود. در بدن غده‌های دیگری وجود دارند که غدد باز یا برون ریز^۲ خوانده می‌شوند. این

* physiological

(فیزیولوژی علم بررسی وظایف و کارکرد اندامها و دستگاههای بدن جانداران و ارتباط این نظامها با یکدیگر است)

1- endocrine 2- exocrine

غده‌ها ترشحات خود را از راه مجراهای ترشحي به حفره‌ها و لوله‌های درون بدن (مانند غدد گوارشی؛ از جمله غده‌های ترشح‌کننده بزاق) و یا سطح خارجی بدن (مانند غدد ترشح عرق) می‌ریزند. لازم به یادآوری است که برخی از غده‌ها دارای هر دو نوع ترشح درون‌ریز و برون‌ریز هستند؛ برای مثال غدهٔ لوزالمعده از یک سو شیرهٔ گوارشی با آنزیم‌های (آنزیم ماده‌ای است که به فعل و انفعالات شیمیایی سرعت می‌بخشد) متعدد به روده می‌فرستد و از سوی دیگر هورمون‌هایی به خون وارد می‌سازد.

هورمون^۱ یا اورمون مشتق از واژهٔ یونانی hormao و به معنی تحریک کردن است. بیشتر اندام‌های بدن به‌طور همزمان تحت‌تأثیر اعصاب و هورمون‌ها قرار دارند. به‌علاوه، میان دستگاه عصبی و غده‌های درون‌ریز ارتباط تنگاتنگ و پیچیده‌ای وجود دارد، به‌طوری که عمل بعضی از غده‌ها به‌طور مستقیم تحت‌تأثیر اعصاب مرتبط با آنهاست و تعدادی از هورمون‌ها نیز محصول فرآوردهٔ برخی از یاخته‌های عصبی هستند. برای مثال، مجموعهٔ هیپوتالاموس^۲ و هیپوفیز^۳ را می‌توان مهمترین غدد درون‌ریز بدن دانست که از نظر تشریحی و فیزیولوژی چنان با یکدیگر مربوطند که به‌صورت یک مجموعهٔ واحد در نظر گرفته می‌شوند. هیپوتالاموس دارای ماهیت عصبی و هیپوفیز بیشتر دارای ماهیت غده‌ای است. بین هیپوتالاموس و بخش خلفی غدهٔ هیپوفیز ارتباط عصبی و بین هیپوتالاموس و بخش پیشین غدهٔ هیپوفیز ارتباط

خونی وجود دارد. ترشح هورمونهای هیپوفیز به وسیله هیپوتالاموس که یک ساختار عصبی است تنظیم می شود. همچنین پدیده‌های روانی و هیجانی نیز می توانند از راه هیپوتالاموس موجب تغییر در ترشحات هیپوفیز پیشین شوند. در زیر به اختصار نام برخی از غده‌ها و هورمونهای مترشحه از آنها را آورده ایم که برای فهم بهتر مباحث بعدی، مطالعه آنها سودمند خواهد بود.

جدول ۱ - ۲: برخی از مهمترین غده‌های درون ریز و عملکرد آنها

غده	هورمون	عملکرد
هیپوفیز (پیشین)	^۱ ACTH گونا‌دوتروپین‌ها ^۲ سوماتوتروپین ^۳ پرولاکتین ^۴	ترشح هورمون از بخش قشری غده فوق کلیه را تحریک می کند. عملکرد تخمدانها و بیضه‌ها را تنظیم می کند. رشد را سبب می شود. ترشح شیر در زنان زایمان کرده را سبب می شود.
هیپوفیز (خلفی)	هورمون محرک تیروئید هورمون ضدادرار اکسی توسین ^۵	ترشح هورمون از غده تیروئید را سبب می شود. احتباس آب توسط کلیه‌ها را سبب می شود، همچنین به فرایند حافظه و تشکیل خاطرات کمک می کند. انقباضهای رحم به هنگام زایمان و ترشح شیر در دوران پس از زایمان را به عهده دارد.
تیروئید	تیروکسین ^۶	رشد و متابولیسم (سوخت و ساز) بدن را تنظیم می کند.

- 1- adreno corticotropin hormone 2- gonadotropins
3- somatotropin 4- prolactin 5- oxytocin 6- thyroxine

غده	هورمون	عملکرد
فوق کلیه	رنین ^۱	تنظیم فشارخون را به عهده دارد.
لوزالمعده	انسولین ^۲ گلوکاگون ^۳	کاهش قند خون افزایش قند خون
بیضه‌ها	تستوسترون ^۴	رشد دستگاه تولیدمثل نر، صفات ثانوی جنسی و سایق یا کشش جنسی را تنظیم می‌کند.
تخم‌دانها	استروژن ^۵ پروژسترون ^۶	رشد دستگاه تولیدمثل ماده و صفات ثانوی جنسی را تنظیم می‌کند. تنظیم تغییرات بافتی رحم برای حفظ بارداری را به عهده دارد.
آدرنال ^۷ (بخش قشری) (مدولا) ^{۱۰}	آلدوسترون ^۸ کورتیزول ^۹ اپی نفرین ^{۱۱} و نوراپی نفرین ^{۱۲}	دفع سدیم و پتاسیم را به عهده دارد. تنظیم متابولیسم (سوخت و ساز) و پاسخ به فشار روانی را به عهده دارد. برانگیختگی فیزیولوژیایی از راه فعال کردن دستگاه اعصاب سمپاتیك را به عهده دارد.

کارکرد هورمون‌ها

به‌طور کلی هورمون‌ها دارای دو نوع عمل موضعی و عمومی هستند. برخی از هورمون‌ها پس از وارد شدن به خون بر انواع مختلف یاخته‌ها (سلول‌ها) و بافتهای بدن اثر می‌کنند و برخی دیگر

1- renin 2- insulin 3- glucagon 4- testosterone

5- estrogen 6- progesterone 7- adrenal 8- aldosterone

9- cortisol 10- medulla 11- epinephrine

12- norepinephrine

فقط کار بعضی اندام‌های ویژه را تغییر می‌دهند. ترشح هورمونها از راه‌های مختلف و بویژه به وسیلهٔ چرخه‌های بازخورد^۱ کنترل می‌شود؛ به این ترتیب که وجود بیش از اندازهٔ یک هورمون در خون به عنوان یک عامل بازدارنده بر غدهٔ ترشح‌کنندهٔ آن هورمون اثر می‌گذارد و کاهش تراکم هورمون در خون موجب افزایش ترشح هورمون می‌شود.

میزان ترشح اغلب هورمونها در شبانه‌روز ثابت نیست و شدت ترشح آنها به صورت دوره‌ای و متناوب تغییر می‌کند. برای مثال، ترشح هورمون رشد (که از غدهٔ هیپوفیز مغز ترشح می‌شود) در هنگام خواب بیش از زمان بیداری است، همچنین ترشح هورمون‌های جنسی که موجب ظهور چرخه‌های قاعدگی در زنان می‌شوند، در طول یک دورهٔ ماهانه دستخوش تغییرات چشمگیری می‌شود.

مقدار هورمونها در خون، به شدت ترشح و سرعت تجزیه و دفع آنها بستگی دارد. بیشترین مقدار هورمونها در بافت‌هایی که به طور اختصاصی از آنها تأثیر پذیرفته‌اند (یعنی بافت‌های هدف^۲) و کلیه و کبد تجزیه می‌شود. در تنظیم ترشح هورمون‌های غدد درون‌ریز، هیپوتالاموس دارای نقش عمده است. در هیپوتالاموس هورمون‌های متعددی ساخته می‌شوند که پس از ورود به خون و اثر بر غدد درون‌ریز، میزان ترشح آنها را تنظیم می‌کنند.

نقش هورمونها در تعیین جنسیت

تمام رویان‌ها یا نوجنین‌های انسانی^۱؛ در آغاز یکسان هستند اما در طول رشد جنینی به‌سوی نر یا ماده بودن پیش می‌روند. هر رویان دارای یک جفت غده جنسی اولیه است که این غده‌ها می‌توانند تبدیل به تخمدانها (غده جنسی زنانه) یا بیضه‌ها (غده جنسی مردانه) شوند. پس از گذشت هفت یا هشت هفته از آغاز بارداری، اگر ساختار ژنتیکی جنین از نظر جنسیت xx باشد، این غده‌ها به‌صورت تخمدان رشد می‌کنند و اگر xy باشد، رشد در جهت بیضه‌ها است. این غده‌های جنسی هرکدام نوع خاصی از هورمون را تولید می‌کنند. برای مثال، تخمدانها هورمونهای استروژن و پروژسترون و بیضه‌ها هورمونهای موسوم به آندروژن^۲ را تولید می‌کنند که مهمترین آنها تستوسترون است. هورمونهای مترشحه به‌وسیله غده‌های جنسی رویان، ویژگیها یا صفات جنسی اولیه یعنی اندامهای تولیدمثل درونی و بیرونی را تعیین می‌کنند. اگر غده‌های جنسی، تستوسترون ترشح کنند، ویژگیهایی نرینه یا مردانه در جنین رشد می‌کند. در غیر این صورت، چه غدد جنسی استروژن ترشح کنند و چه نکنند، جنین ویژگیهای مادینه یا زنانه را کسب می‌کند. به‌طور کلی، در پستانداران، هم رویان نر و هم رویان ماده تحت‌تأثیر هورمونهای زنانه مادر قرار دارند، به‌طوری که رویان صرف‌نظر از ساختار ژنتیکی او به‌سوی مادینه شدن پیش می‌رود مگر این که در نتیجه

1- embryos 2- androgen

ترشح تستوسترون، جنین در جهت نر بودن رشد کند. رشد ویژگی‌ها یا صفات جنسی ثانوی که در هنگام بلوغ جنسی پدیدار می‌شوند نیز تحت کنترل هورمونها است. در افراد انسانی این ویژگی‌ها در جنس زن شامل بزرگ شدن پستانها، لگن، رحم و ذخیره چربی در برخی نواحی بدن و در جنس مرد رشد اندامهای تناسلی، تغییر شکل بدن و پهن شدن شانه، رشد قفسه سینه، رویش مو در صورت و بدن، رشد تارهای صوتی و بم شدن صدا و افزایش میل جنسی است. بلوغ جنسی براساس افزایش ترشح هورمونهای جنسی مشخص می‌شود. غده هیپوفیز که در مغز جای دارد، هورمونهای موسوم به گنادوتروپین تولید می‌کند که غده‌های جنسی را برای تولید آندروژن (هورمون مردانه) و استروژن (هورمون زنانه) تحریک می‌کنند. جالب این که هر دو نوع هورمون یاد شده، هم در مرد تولید می‌شود و هم در زن، اما بیضه‌ها مستعد تولید آندروژن بیشتر و تخمدانها مستعد تولید استروژن بیشتر هستند. به بیان دیگر، غده‌های جنسی تا هنگام بلوغ غیرفعالند اما در موقع بلوغ (که سن شروع آن در پسران معمولاً ۱۴ تا ۱۶ و در دختران ۱۳ تا ۱۵ سالگی است) تراکم هورمونهای جنسی در خون بالا می‌رود و در نتیجه ویژگیهای جنسی ثانوی و بلوغ در زن و مرد و دوره ماهانه جنسی در زن پدیدار می‌شود. در واقع در هر دو جنس از هر دو نوع هورمونهای جنسی نر و ماده ترشح می‌شود، زیرا مقدار اندکی استروژن در بیضه‌ها و مقدار اندکی آندروژن در تخمدانها ترشح می‌شود، و بخش قشری غده فوق کلیه نیز در هر

دو جنس نر و ماده مقدار اندکی آندروژن و استروژن ترشح می‌کند.

هورمون‌سازی در بیضه‌ها

هورمون اصلی بیضه تستوسترون است. این هورمون به وسیلهٔ یاخته‌های بینابینی (لیدیگ^۱) بیضه که در فواصل میان لوله‌های اسپرم‌ساز بیضه قرار دارند، ساخته می‌شود (شکل ۱ - ۲ را ببینید). و ترشح آن به وسیلهٔ هورمون لوتئینی^۲ (LH) هیپوفیز پیشین تنظیم می‌شود. هورمون لوتئینی در زنان موجب رها شدن تخمک از تخمدانها و در مردان موجب تحریک سلولهای بینابینی برای ساخت تستوسترون می‌شود. براساس یک چرخهٔ تنظیم‌کننده، افزایش تراکم تستوسترون در خون به کاهش ترشح هورمون لوتئینی می‌انجامد. وظیفهٔ تستوسترون در بدن، تشدید ویژگیهای جنسی ثانوی مردانه، کمک به هورمون محرک فولیکولی^۳ (FSH) برای تولید یاخته‌های جنسی نر و اثر بر همانندسازی و رشد است. به نظر می‌رسد که بین تستوسترون و رفتارهای پرخاشگرانه نیز رابطه‌ای وجود داشته باشد. هورمونهای جنسی نر با افزایش پروتئین‌سازی و جلوگیری از تجزیهٔ آنها موجب سرعت یافتن رشد می‌شوند.

لازم به یادآوری است که در بیضه‌ها مقدار اندکی استروژن نیز ترشح می‌شود که با بالا رفتن سن مقدار آن افزایش می‌یابد. ساخته

1- leydig 2- luteinizing hormone

3- follicle - stimulating hormone

شدن یاخته‌ها یا سلولهای جنسی در بیضه‌ها تحت تأثیر آندروژنها و هورمون محرک فولیکولی هیپوفیز قرار دارد و هورمون لوتئینی هیپوفیز نیز بر یاخته‌های بینابینی اثر کرده موجب ترشح تستوسترون می‌شود. به همین دلیل است که آسیب‌دیدگی شدید هیپوتالاموس به تحلیل رفتگی بیضه‌ها و توقف ترشح هورمونهای آن می‌انجامد. همچنین، افزایش تراکم تستوسترون و سایر ترشحات درون ریز بیضه‌ها به نوبه خود به واسطه هیپوتالاموس از ترشح بیشتر هورمون لوتئینی هیپوفیز جلوگیری می‌کند.



شکل ۱ - ۲: یاخته‌های بینابینی که در فواصل میان

لوله‌های اسپرم‌ساز قرار دارند.

اثر هورمونهای جنسی بر رفتار جنسی

پژوهشها نشان داده‌اند که برداشتن بیضه‌های موشهای نر و تخمدانهای موشهای ماده، موجب کاهش سطوح هورمون‌ها در خون و متعاقب آن افت رفتار جنسی می‌شود. از آنجایی که غدد آدرنال یا فوق‌کلیه اندکی استروژن و تستوسترون تولید می‌کنند، بنابراین با اخته کردن این حیوانات رفتار جنسی به‌طور کامل از بین نمی‌رود. همچنین رفتار جنسی نه تنها از هورمون‌ها تأثیر می‌پذیرد بلکه رفتار و محرک‌های حسی نیز تولید این هورمون‌ها را تحریک می‌کنند.

نخستینها (میمونها، میمونهای انسان‌نما و انسانها) در مقایسه با سایر گونه‌های جانداران وابستگی کمتری به سطوح هورمونهای جنسی دارند. پژوهشها نشان داده‌اند که فعالیت جنسی میمونهای نر پس از اختگی به میزان متوسطی برقرار می‌ماند و میمونهای ماده نیز پس از برداشتن تخمدانهایشان رفتار جنسی محدودی نشان می‌دهند. اما فعالیت جنسی در انسانها وابستگی کمتری به سطوح معمول هورمونهای جنسی دارد. در میان مردان، میل جنسی و آمادگی فعالیت جنسی در سنی به بالاترین سطح خود می‌رسد که سطح تستوسترون خون در بالاترین حد خود قرار دارد (تقریباً سنین ۱۵ تا ۲۵ سالگی). در مردانی که سطح تستوسترون پایین دارند، معمولاً میانگین نعوظ و فعالیت جنسی پایین‌تر است. اما پس از تزریق تستوسترون، تعداد موارد نعوظ یا راست‌شدگی آلت و همچنین فعالیت جنسی در آنها افزایش می‌یابد.

کاهش سطح تستوسترون خون موجب افت فعالیت جنسی می شود. برای مثال، اغلب مردان اخته شده گزارش می کنند که میل جنسی اندکی دارند و فعالیت جنسی شان کاهش یافته است. در برخی از موارد برای کاهش رفتارهای بیمارگونی مانند عورت نمایی و آزار جنسی کودکان (به فصل ۸ نگاه کنید)، داروهایی را برای افراد مبتلا به این رفتارها تجویز می کنند که با کاهش سطوح آندروژن خون موجب متوقف شدن این اعمال می شوند.

در زنان نیز پس از برداشتن رحم و تخمدانها، تقریباً در یک سوم موارد پاسخ جنسی کاهش می یابد. کاهش سطح هورمونی در زنان موجب دردناکی آمیزش جنسی و حتی بیزاری از آن می شود. برخی از پژوهشها نشان داده اند که نوسانهای طبیعی سطوح هورمونی در زنان رابطه ضعیفی با انگیزتگی جنسی آنها دارد و دسته ای از پژوهشها نشان داده اند که هنگام تخمک گذاری به دلیل افزایش سطح استروژن خون حساسیت زنان به محرکهای دیداری، شنیداری و بویایی به بالاترین حد خود می رسد و به طور کلی می توان گفت برداشتن تخمدانها در زنان گاهی موجب کاهش میل جنسی می شود و گاهی نیز آن را افزایش می دهد اما در اغلب موارد هیچ اثری بر میل جنسی آنان ندارد.

اثرات اختگی

اثرات اختگی (برداشتن بیضه ها بوسیله عمل جراحی) بستگی

به سنی دارد که این عمل انجام می‌شود. موجود نری که قبل از بلوغ جنسی اخته شود هرگز به بالیدگی یا پختگی جنسی^۱ نمی‌رسد و رفتار جنسی بهنجاری نشان نمی‌دهد، مگر این که هورمونهای مترشح از بیضه را به‌طور مصنوعی و از راه تزریق دریافت کند. اختگی بعد از بلوغ جنسی اثرات گوناگون و به نوع جاندار و میزان تجربه جنسی قبلی او بستگی دارد. یک سگ نر با تجربه ممکن است تا یکسال یا بیشتر بعد از اختگی بتواند به رفتار جنسی خود ادامه دهد. در افراد آدمی، اختگی یک اثر غیرقابل پیش‌بینی دارد، گاهی به از بین رفتن فوری توان جنسی می‌انجامد (که شاید به عوامل روانی مربوط باشد) و گاهی موجب کاهش تدریجی توان جنسی در طول سالها می‌شود. در تمامی جانداران و از جمله انسان، میل و توانایی جنسی با استفاده از تستوسترون به حالت اول برمی‌گردد. بعلاوه، استفاده از تستوسترون اضافی اثر ناچیزی روی فعالیت جنسی دارد.

1- sexual maturity

فصل ۳

نقش دستگاه عصبی در فعالیتهای جنسی

به احتمال زیاد اکنون که سرگرم خواندن این جمله‌ها هستید، به اعمال حیاتی دوام دهنده بقای خود از جمله تنفس، تلمبه خون توسط قلب و فعالیت دستگاه گوارش و غیره... توجه چندانی ندارید و در اصل بسیاری از این اعمال نیازی هم به توجه آگاهانه شما و یا کنترل ارادی ندارند. این اعمال بدنی توسط سلولهای عصبی کنترل می‌شوند که در سرتاسر هریک از اندامهای بدن ما پراکنده‌اند. به عبارت دیگر مسئول کارکرد نظام یافته بسیاری از عملکردهای بدن ما دستگاه عصبی است که از میلیاردها سلول عصبی تشکیل شده است. دستگاه عصبی را می‌توان به بخشهای مختلف تقسیم کرد. دو بخش عمده دستگاه عصبی عبارتند از: دستگاه عصبی مرکزی^۱ و دستگاه عصبی پیرامونی^۲.

دستگاه عصبی مرکزی شامل مغز و نخاع و دستگاه عصبی

1- central nervous system 2- peripheral nervous system

پیرامونی شامل اعصاب و عقده‌هایی (دسته‌ای از اجسام سلولی) است که ورود اطلاعات به اندامهای حسی، ماهیچه‌ها، غده‌ها و اندامهای درونی مرتبط با دستگاه عصبی مرکزی و نیز برون‌داد اطلاعات را امکان‌پذیر می‌سازد.

بسیاری از کارکردهای بدنی توسط بخش خودمختار دستگاه عصبی پیرامونی هدایت می‌شود. واژه «خودمختار»^۱ به معنی مستقل و خودکار است و نام دستگاه عصبی خودمختار نیز به کنترل مستقلانه کارکردهای غیرارادی توسط این دستگاه اشاره دارد. شبکه‌های عصبی این دستگاه در بخشهای مختلف درونی بدن گسترده شده و کنترل غده‌ها، ماهیچه‌های صاف و قلب را به عهده دارد. این دستگاه عمل دفع مدفوع و ادرار را نیز تنظیم می‌کند.

بخشهای سمپاتیک^۲ و پاراسمپاتیک^۳ دستگاه عصبی خودمختار

کارکرد و فعالیت جنسی در انسان ارتباط تنگاتنگی با بخشهای سمپاتیک و پاراسمپاتیک دستگاه عصبی خودمختار دارد. این دو بخش دارای کارکرد و ساختار متفاوتی هستند و در بسیاری از اندامها همزمان عملکردهای متضاد با یکدیگر دارند.

دستگاه عصبی سمپاتیک بدن را برای رویارویی با موقعیتهای اضطراری آماده می‌کند، به عبارت دیگر ما را برای «جنگ یا گریز»^۴ مهیا می‌سازد. فعالیت این دستگاه به افزایش ضربان قلب، تلمبه شدن

1- autonomic 2- sympathetic 3- parasympathetic

4- fight or flight

خون به ماهیچه‌ها و آزاد شدن قند از کبد برای فراهم نمودن انرژی منجر می‌شود. احساس خطر یا انگیزختگی جنسی از جمله عواملی هستند که موجب فعال شدن این بخش از دستگاه عصبی می‌شوند. برخلاف دستگاه عصبی سمپاتیک، دستگاه عصبی پاراسمپاتیک هنگامی فعال می‌شود که در حال آرامش و آسودگی قرار داشته و یا وضعیت اضطراری را از سر گذرانده باشیم. فعالیت این دستگاه با برآورده شدن بسیاری از نیازهای حیاتی ما در ارتباط است؛ از جمله گوارش، دفع مواد زائد، ترمیم بافت‌های آسیب‌دیده و به‌طور کلی جبران منابع انرژی بدن.

در انگیزختگی جنسی، فعالیت این دو دستگاه بر پاسخ جنسی اثر می‌گذارد، به‌طوری که در انگیزختگی اولیه و نعوظ احلیل، نخست اعصاب شاخه پاراسمپاتیک فعال می‌شوند و این فعالیت موجب انبساط و پر خون شدن رگ‌های احلیل و در نتیجه نعوظ می‌شود. پس از این مرحله فعالیت دستگاه سمپاتیک پیشی می‌گیرد و اعصاب آن با فرستادن پیام به دریچه‌های قرار گرفته در مسیر جریان خون احلیل، موجب بسته شدن آنها و در نتیجه کاهش خروج خون از احلیل و حفظ حالت نعوظ می‌شود.

فرایند انزال اساساً توسط دستگاه عصبی سمپاتیک و تا اندازه‌ای نیز به وسیله رشته‌های اعصاب ارادی کنترل می‌شود. انزال مایع منی دو مرحله دارد: گسیل^۱ و تخلیه^۲. در طول مرحله گسیل، مایع منی و ترشحات غده‌های پروستات توسط انقباضهای

ماهیه‌ای از مجاری منوی یا اپیدیدیم به‌سوی مجرای اسپرم یا دفران و از آنجا به قاعدهٔ احلیل می‌رسد. این حرکت تحت کنترل دستگاه عصبی سمپاتیک است. پس از گسیل، کنترل انزال و خروج منی به‌طور عمده تحت فرمان اعصاب ارادی قرار دارد که با فرستادن پیام به ماهیه‌های مجرای احلیل موجب انقباض آنها و خروج منی می‌شود. این مرحله را مرحلهٔ تخلیه می‌نامند که با حرکتهای ماهیه‌های لگنی^۱ و سایر بخشهای بدن همراه است. اندکی پس از انزال، راست شدگی احلیل کاهش یافته و به‌تدریج نرم و شُل می‌شود. در حین انزال فعالیت اعصاب سمپاتیک موجب انقباض شریانهای احلیل می‌شود و پس از انزال خون متراکم شده از راه سیاهرگهای احلیل خارج می‌شود.

هر دو فرایند گسیل و تخلیه به سرعت انجام می‌شود، به‌طوری که از نظر احساسی تفکیک این مرحله از یکدیگر تقریباً ناممکن است. هنگامی که فرایند گسیل رخ داد، بلافاصله انزال به وقوع می‌پیوندد و این حالت را احساس ذهنی اجتناب‌ناپذیری انزال می‌نامند. برخی از محققان گفته‌اند که آگاهی از آغاز اوج لذت جنسی در مردان تقریباً ۷ ثانیه قبل از انقباضهای ماهیه‌های مجرای احلیل رخ می‌دهد که البته به‌نظر مؤلف گفتهٔ چندان معتبری نیست.

شاید از خود پرسید که چرا مؤلف برای توصیف تعاملهای دستگاه عصبی سمپاتیک و پاراسمپاتیک فقط به توصیف دستگاه

1- pelvic muscles

جنسی مردانه بسنده کرده است؟ صرف نظر از اهداف این کتاب که به طور عمده درباره اختلالات و انحرافهای جنسی مردان است باید بگوییم که پژوهشهای جنسی مرتبط با کارکرد این دو بخش از دستگاه عصبی در زنان به میزان چشمگیری کمتر از مردان بوده و به طور خلاصه فقط می توانیم بگوییم که در زنان تورم فرج^۱ و مهبل^۲ و متعاقب آن لیزش^۳گی مهبل تحت کنترل دستگاه عصبی پاراسمپاتیک است، ولی به هنگام اوج لذت جنسی، فعالیت دستگاه عصبی سمپاتیک پیشی می گیرد.

شاید بتوان اضطراب و ترسی را که در اغلب اختلالات یا کژکاریهای جنسی دیده می شود به نقشهای متفاوتی نسبت داد که دستگاه عصبی سمپاتیک و پاراسمپاتیک ایفا می کنند. اضطراب یا ترس موجب فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک می شود و این فعالیت موجب اختلال در کارکرد دستگاه عصبی پاراسمپاتیک و در نتیجه مانع از ایجاد آرامشی می شود که برای انگیختگی جنسی اولیه (یعنی راست شدگی احلیل یا لیزش^۳گی مهبل) ضروری است.

دستگاه عصبی مرکزی

دستگاه عصبی مرکزی (CNS)^۳، همه رفتارها و کارکردهای بدنی ما را کنترل می کند. این دستگاه از طناب نخاعی و مغز تشکیل شده است. تبادل تکانه های عصبی با سایر اعصاب بر عهده دستگاه

عصبی است و به طور کلی این دستگاه یک واحد پردازش کننده برای همه اجزای دستگاه عصبی به شمار می رود. شبکه های عصبی موجود در CNS به گونه ای سازمان یافته اند که در یک سلسله مراتب، هر سطح کارکردهای ویژه ای را انجام می دهد. به عبارت دیگر، مراکز بالاتر کنترل مراکز پایین تر را برعهده دارند. برخی از پاسخهای جنسی در انسان مانند انزال، نعوظ و لیزش دگی مهبل، تحت تأثیر کانونهای بازتابی^۱ واقع در مراکز پایین تر است. از نقطه نظر کالبدشناختی، این کارکردها به وسیله اعصاب بخش پائینی ستون مهره ها کنترل می شوند. در نیاکان مهره داران نخستین نیز این فرایندها تحت کنترل کانونهای بازتابی بوده اند که با تکامل مغز انسان این کانونها تحت کنترل مراکز بالاتر مغز درآمدند. از آنجا که برخی از بازتابهای ما همچون انزال و اوج لذت جنسی از فرایندهای فکری تأثیر می پذیرند، پس می توان گفت که تا اندازه ای تحت کنترل ارادی قرار دارند.

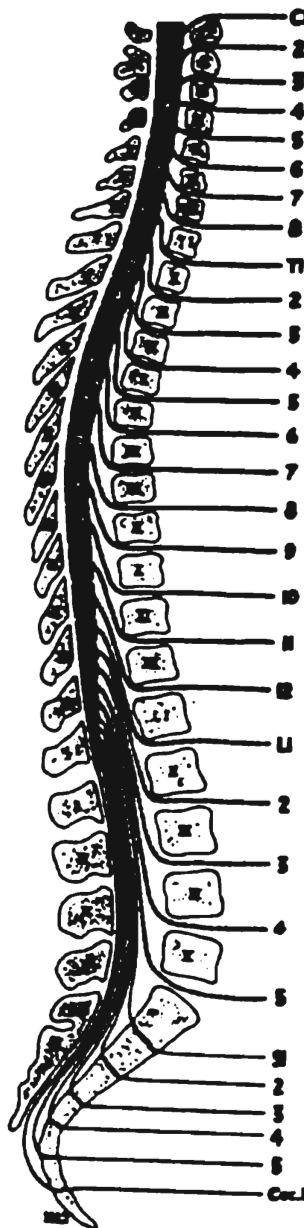
اساس کارکرد سایر بازتابها معمولاً غیرارادی است. برای مثال، معمولاً راست شدگی احلیل یا نوک پستانها در زنان خارج از اراده فرد است. همچنین برای ایجاد نعوظ یا لیزش دگی مهبل، بسادگی نمی توان دستگاه های جنسی خود را پر خون ساخت. از آنجا که ممکن است بسیاری از عوامل بر کانونهای بازتابی پایین تر تأثیر بگذارند، پس احتمالاً پاسخ جنسی را نیز تحت تأثیر قرار می دهند، خواه این پاسخ ویژه ارادی باشد یا غیرارادی.

از میان عوامل گوناگون فوق می‌توان به فرایندهای فکری در مغز اشاره کرد. شاید ما نتوانیم به‌طور مستقیم اندامهای جنسی خود را به ایجاد پاسخ جنسی واداریم اما می‌توانیم از راه تفکر درباره موضوعهای جنسی یا مغالزه با یک جنس مخالف، در موقعیت شهوانی قرار بگیریم که موجب نعوظ یا لیزش‌دگی مهبل شود. از سوی دیگر پاسخ جنسی ممکن است به‌واسطه ترس از حاملگی، تنبیه یا رسوا شدن، بازداری شود. در واقع یکی از جمله راهبردهایی که برای به تأخیر انداختن انزال توسط برخی از مردان به کار می‌رود، متمرکز ساختن ذهنشان بر افکار غیر شهوانی یا انجام برخی از فعالیت‌های ذهنی به هنگام مقاربت است (برای مثال، مرور ذهنی جدول ضرب یا فکر درباره رویدادهای خشتی).

طناب نخاعی

در پاسخ جنسی نقش طناب نخاعی بسیار حساس است. این طناب یک رشته کلفت از اعصاب است که در درون ستون فقرات جای گرفته و از انتهای ستون مهره‌ها در ناحیه کمر تا مغز امتداد یافته است. تبادل پیام رشته‌های عصبی نخاع در دو جهت صورت می‌گیرد. یک جهت از پایین به سوی مغز است که احساسها را موجب می‌شود و جهت دیگر از سوی مغز به ماهیچه‌ها و سایر اندامها است که انواع فعالیتها را برمی‌انگیزد. پس می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که نخاع و مغز به مثابه یک واحد یکپارچه عمل می‌کنند. طناب نخاعی به بخشهای مختلفی تقسیم می‌شود که از بالا به

پایین به ترتیب گردنی، سینه‌ای، کمری و خاجی - همراه با بخشی از دنبالچه که کار مهمی ندارد - نامیده شده‌اند. هر بخش به نوبه خود به چند قطعه تقسیم می‌شود که با حرف یا شماره مربوط به همان



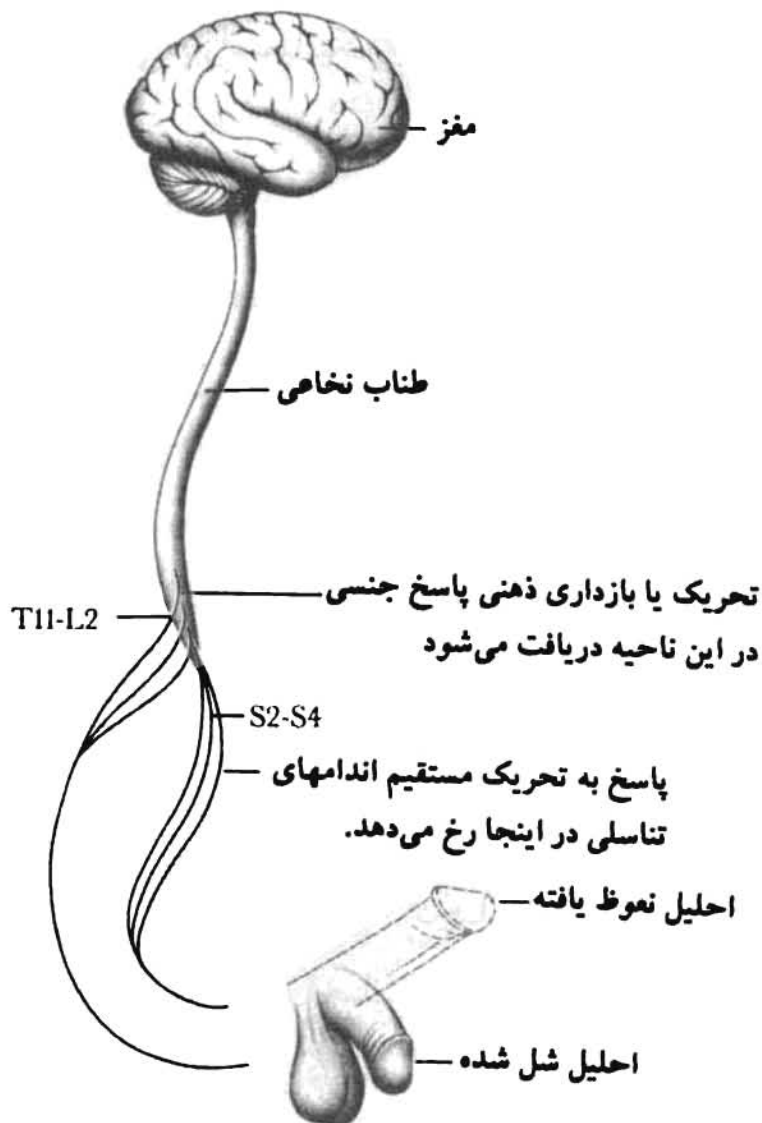
شکل ۱ - ۳: طرحی از قطعه‌های طناب نخاعی

قطعه شناخته می‌شود. هشت قطعه گردنی^۱ (C_1 تا C_8)، دوازده قطعه سینه‌ای^۲ (T_1 تا T_{12})، پنج قطعه کمری^۳ (L_1 تا L_5)، پنج قطعه خاجی^۴ (S_1 تا S_5)، و یک قطعه در ناحیه دنبالچه^۵ (Co_1) (به شکل ۱-۳ نگاه کنید). هریک از بخشهای مذکور به کارکرد ویژه‌ای اختصاص دارد. برای مثال، هنگامی که احلیل مرد با یک حالت شهوانی لمس شود، قطعه‌های S_1 ، S_2 و S_4 طناب نخاعی با واسطه دستگاه عصبی پاراسمپاتیک یک پاسخ بازتابی را ایجاد می‌کنند.

دومین مرکز نعوظ احلیل در بخش بالاتر طناب نخاعی که بخشی از دستگاه عصبی سمپاتیک به شمار می‌رود، یعنی قطعه‌های T_{11} تا L_2 واقع شده است. این مرکز از فعالیت‌های مغزی همچون تفکر یا تخیل درباره موضوعهای جنسی تأثیر می‌پذیرد. پاسخهای مربوط به فرایند انزال نیز دارای مکانهای دوگانه در طناب نخاعی است. نخستین مرحله انزال یعنی گسیل مایع منی، بوسیله بخش سمپاتیک طناب نخاعی (قطعه‌های T_{11} تا L_2) و دومین مرحله آن یعنی تخلیه بوسیله قطعه‌های S_2 تا S_4 راه‌اندازی می‌شود که این مرحله دوم را می‌توان تحت کنترل ارادی درآورد. (شکل ۲-۳ را ببینید). افراد دچار قطع نخاع احتمالاً می‌توانند در پاسخ به تحریک احلیل به انزال برسند اما هیچ احساس تناسلی را گزارش نمی‌کنند. به عبارت دیگر، همان‌گونه که ممکن است نعوظ بدون انزال رخ دهد، انزال نیز ممکن است در

غیاب نعوظ به وقوع پیوندد.

به نظر می‌رسد که در پاسخ شهوانی مردان، دو رشته از اعصاب دستگاه تناسلی که تا قطعه‌های S_4 و S_5 طناب نخاعی امتداد یافته‌اند، اهمیت بسیار داشته باشند. یکی از این رشته‌ها عصب



شکل ۲ - ۳: نقش طناب نخاعی در پاسخ جنسی

شرمگاهی^۱ نام دارد که احساسهای برخاسته از تحریک سطح احلیل را منتقل می‌سازد و دیگری عصب لگنی^۲ است که احساسهای جنسی را از درون جسم غاری و جسم اسفنجی احلیل مخبره می‌کند. از آنجا که مسئولیت هدایت این پاسخهای جنسی و انتقال آنها به مغز بر عهده یک کانون بازتابی سطح بالا در نخاع قرار دارد، پس می‌توان نتیجه گرفت که این بازتابهای غیرارادی را می‌توان از راه تجربه‌های آموخته شده یا برخی شرایط هیجانی خاص تغییر داد.

مغز

طناب نخاعی در بالای گردن، از سوراخ بزرگ کف جمجمه عبور می‌کند و به مغز تبدیل می‌شود. پژوهشها نشان داده‌اند که اغلب ساختارهای مغز در کارکرد جنسی نقشی را ایفا می‌کنند. در این مبحث ما تنها به شرح بخشها و ساختارهایی می‌پردازیم که به‌طور مستقیم بر رفتار جنسی اثر می‌گذارند. عمده‌ترین بخشهای مغز عبارتند از مغز پسین^۳، مغز میانی یا میان مغز^۴ و مغز پیشین یا پیش مغز^۵ (به شکل ۳-۳ نگاه کنید).

قدیمی‌ترین بخش مغز که در انسان به میزان قابل توجه‌ای تکامل یافته، مغز پسین است. این بخش از مغز در ابتدایی‌ترین مهره‌داران نیز وجود دارد. در انسانها این بخش از مغز در کف

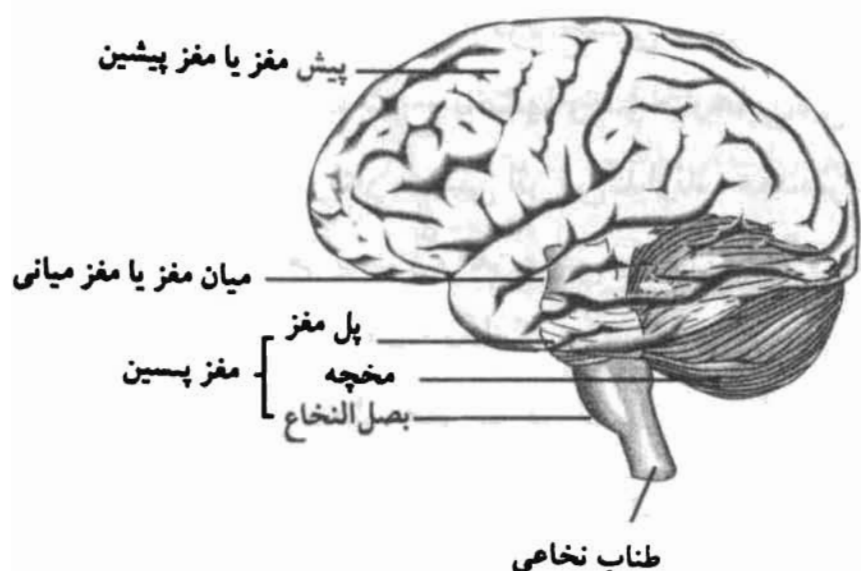
1- pudendal nerve 2- pelvic nerve 3- hind brain

4- midbrain 5- forebrain

جمعیه یعنی جایی که طناب نخاعی از ستون فقرات خارج می شود قرار دارد و پایین ترین بخش مغز را تشکیل می دهد.

نزدیک ترین بخش مغز پسین به طناب نخاعی، بصل النخاع^۱ نام دارد که تنفس، ضربان قلب و فشارخون را کنترل می کند. آزمایشهای انجام شده روی حیوانات نشان داده است که این بخش از مغز در پذیرندگی جنسی نقش مهمی را ایفا می کند؛ به طوری که اگر به بصل النخاع یک موش ماده هورمون پروژسترون تزریق شود، موش ماده دم خود را بالا برده و با چمباتمه زدن آماده پذیرش و جفت گیری با موش نر می شود.

جایگاه کالبدشناختی میان مغز، همانطور که از نامش پیداست، بین قاعده مغز و بخش فوقانی مغز (یا پیش مغز) است. این بخش



شکل ۳-۳: بخشهای کالبدشناختی مغز

از مغز دارای سلول‌هایی است که ارایهٔ پاسخ‌های فوری یا مخابرهٔ اطلاعات به بخش‌های پیچیده‌تر مغز را موجب می‌شوند.

پیش مغز از ساختارهایی تشکیل شده است که برای کارکرد جنسی بسیار اهمیت دارند. این ساختارها عبارتند از تالاموس^۱، هیپوتالاموس^۲ و مخ^۳ (به شکل ۴ - ۳ نگاه کنید). عملکرد تالاموس به مثابه یک ایستگاه مخابره است، این بخش از مغز پیام‌های رسیده از اندام‌های حسی را به لایهٔ بیرونی مخ ارسال می‌کند. همچنین گذرگاه‌های عصبی که انتقال و مخابرهٔ اطلاعات بساوشی یا لمسی را به پیش مغز موجب می‌شوند، در فرایند انزال نقش دارند. همچنین تحریک نواحی معینی از تالاموس و سراسر مسیر اعصاب ورودی به تالاموس موجب انزال می‌شود.

بادامه یا آمیگدال^۴ ساختار پیچیده دیگری است که در قطعهٔ گیجگاهی مغز* جای دارد و نقش بسیار مهمی را در تنظیم حالت‌های هیجانی ابتدایی همچون برانگیختگی جنسی ایفا می‌کند. به نظر می‌رسد که نقش بادامه معنی بخشیدن به اطلاعات حسی از نظر اهمیت هیجانی آنها است. به عبارت دیگر بادامه تعیین می‌کند که

1- thalamus 2- hypothalamus 3- cerebrum 4- amygdala

* سطح مخ به چند ناحیه به نام قطعه یا لب (Lobe) تقسیم می‌شود. قسمتی از مخ که در جلوی شیار مرکزی و جلوی مکانی است که شیار جانبی یا پهلویی آغاز می‌شود، لب یا قطعهٔ پیشانی نام دارد. پشت شیار مرکزی و بالای شیار پهلویی را قطعهٔ آهیانه‌ای می‌گویند. زیر شیار جانبی یا پهلویی لب یا قطعهٔ گیجگاهی است. عقب مغز و پشت نقطه‌ای که شیار پهلویی تمام می‌شود قطعهٔ پس سری است. نام هر قطعه، نام استخوانی از مجمله است که تقریباً مجاور آن قرار دارد. (به شکل ۵ - ۳ نگاه کنید).

آیا محرک وارد شده خوشایند است یا ناخوشایند. آسیب دیدگی بادامه موجب کاهش فعالیت جنسی می شود که این کاهش بیشتر به دلیل ناتوانی جاندار در درک اهمیت محرکهای حسی است.

هیپوتالاموس از سلولهایی تشکیل شده است که تنظیم دمای بدن، خوردن، نوشیدن، و رفتار جنسی را تنظیم می کنند. بخشهایی از هیپوتالاموس در کنترل تولید شیر، چرخه های باروری موجودات ماده و ساخت هورمونهای مردانه دخالت دارند. همان طور که قبلاً گفتیم، هیپوتالاموس با غده هیپوفیز مرتبط است، از این رو در تولید هورمونهای جنسی نیز نقش دارد. ایجاد نعوظ و پاسخ های مربوط به اوج لذت جنسی نیز تحت تأثیر هیپوتالاموس است. در انسان، آسیب وارده به بخشهایی از هیپوتالاموس ممکن است به میل جنسی زیاد یا فقدان میل جنسی بیانجامد که خود تأییدی بر وجود نواحی خاص تنظیم کننده رفتار جنسی در هیپوتالاموس است.

دسته ای از پژوهشها نشان داده اند که در زنان یا مردان همجنس باز^۱ میانگین تعداد سلولهای عصبی هیپوتالاموس خلفی نصف مردان دگرجنس خواه^۲ است. این یافته ها حاکی از آن است که احتمالاً هیپوتالاموس در جهت گیری جنسی فرد نقش دارد.

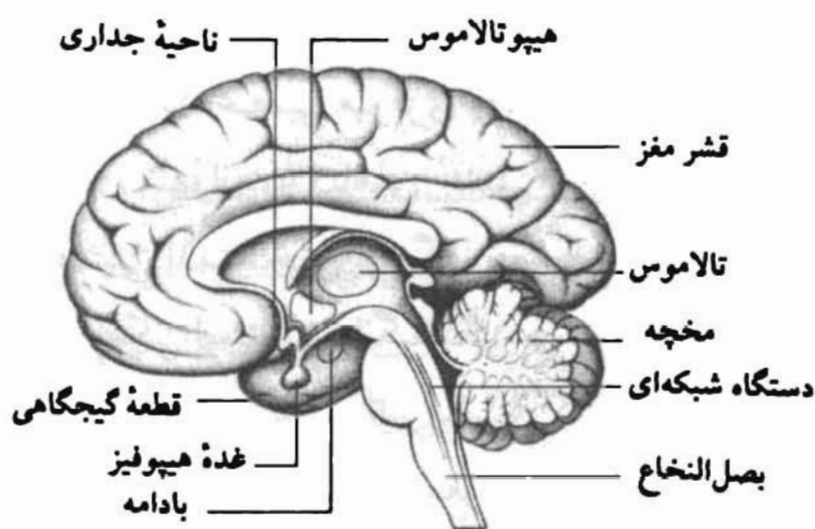
دسته ای از گزارشهای مبتنی بر مشاهده بیماران دچار نارساییهای عصب شناختی^۳ عنوان کرده اند که تحریک الکتریکی مراکز تنظیم رفتار جنسی هیپوتالاموس، موجب بروز احساسها و

1- homosexual 2- heterosexual 3- neurological

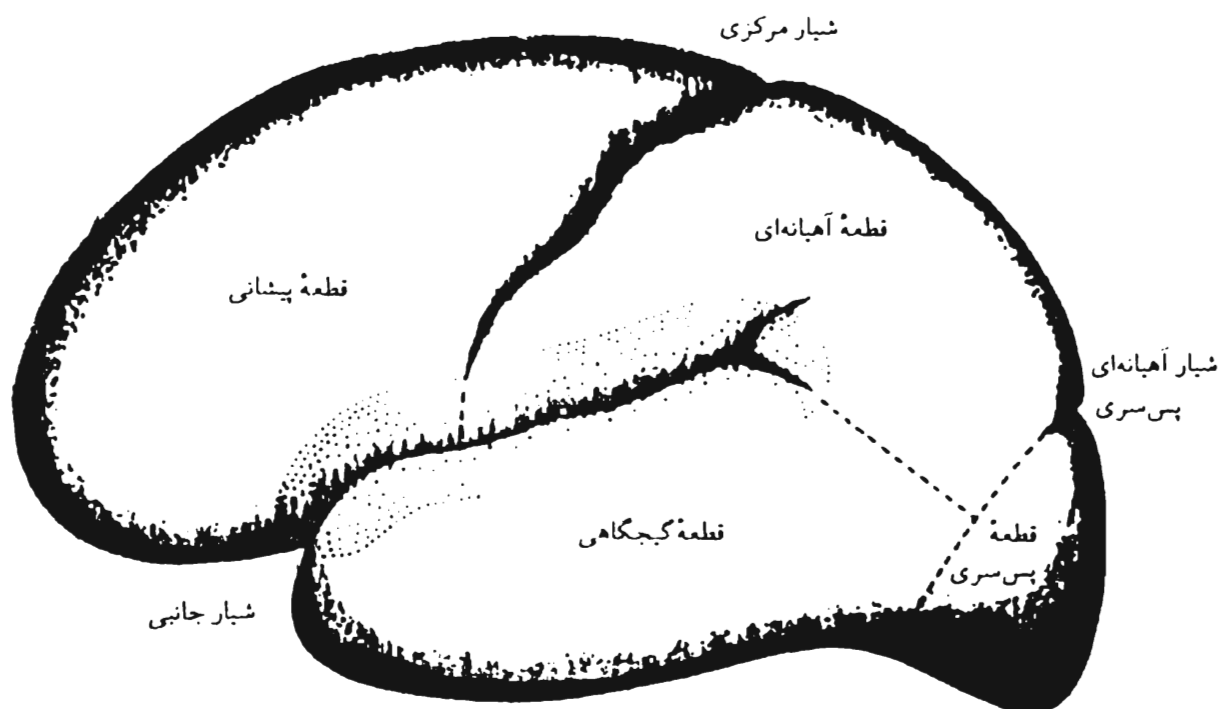
اندیشه‌های جنسی در این بیماران شده است. حتی در یک مورد، تحریک الکتریکی هیپوتالاموس موجب رسیدن به اوج لذت جنسی شده بود. از آنجا که یافته‌های فوق به‌طور عمده مربوط به بیماران دچار اختلالات عصبی بوده است، بنابراین تعمیم این یافته‌ها به افراد سالم و بهنجار باید با احتیاط صورت گیرد.

شگفت‌انگیزترین بخش مغز انسان مخ^۱ نام دارد. مخ از طول به دو نیمکره راست و چپ تقسیم شده است که به هریک از آنها یک نیمکره مخ می‌گویند. پوسته خارجی مخ شامل سلولهایی است که رنگ خاکستری دارند و به قشر مخ^۲ معروف است. عالی‌ترین کارکردهای دستگاه عصبی بر عهده قشر مخ است. کارکردهای پیچیده‌ای مانند ادراک، یادگیری، تفکر و زبان از جمله کارکردهای اختصاص یافته‌ای هستند که با فعالیت قشر مخ در ارتباطند. از این‌رو قشر مخ می‌تواند پاسخ جنسی مربوط به نظامهای سطح پایین‌تر و دستگاه عصبی مرکزی را تسهیل یا بازداری کند. خیالپردازیهای شهوانی، رؤیاهای جنسی و خاطرات مربوط به تجارب جنسی لذت‌بخش همگی توسط قشر مخ پردازش می‌شوند و ممکن است به برانگیختگی جنسی بیانجامند. یکی از جراحان مشهور مغز به نام ویلدر پنفیلد^۳ گزارش کرده است که احتمالاً فعالیت قطعه‌های پیشانی مغز بر اندامهای تناسلی تأثیر می‌گذارد. همچنین کنترل و یکپارچه‌سازی رفتار جنسی تحت تأثیر کارکرد کلی قشر مخ است.

جایگاه برخی از ساختارهای مغز را نمی‌توان به نواحی مشخصی از مغز همچون مغز پسین، میان مغز یا پیش مغز محدود کرد. دستگاه فعال‌ساز شبکه‌ای^۱ از جمله این ساختارها است. این دستگاه، مرکز برانگیختگی مغز به شمار می‌رود که ساختمان آن از مغز پسین آغاز شده و با گذر از میان مغز، رشته‌های عصبی خود را به سوی پیش مغز امتداد می‌دهد. تحریک این دستگاه با آمادگی فرد برای پذیرش تحریک جنسی همراه است. برای مثال، مصرف داروهایی مانند کوکائین^۲ یا آمفتامین^۳ (که اثر آنها بر دستگاه فعال‌ساز شبکه‌ای به اثبات رسیده است) موجب می‌شود تا مصرف‌کنندگان این مواد دوره‌های بلندمدتی از تحریک را گزارش کنند.



شکل ۲ - ۳: ساختارهای مغزی درگیر در فعالیت جنسی

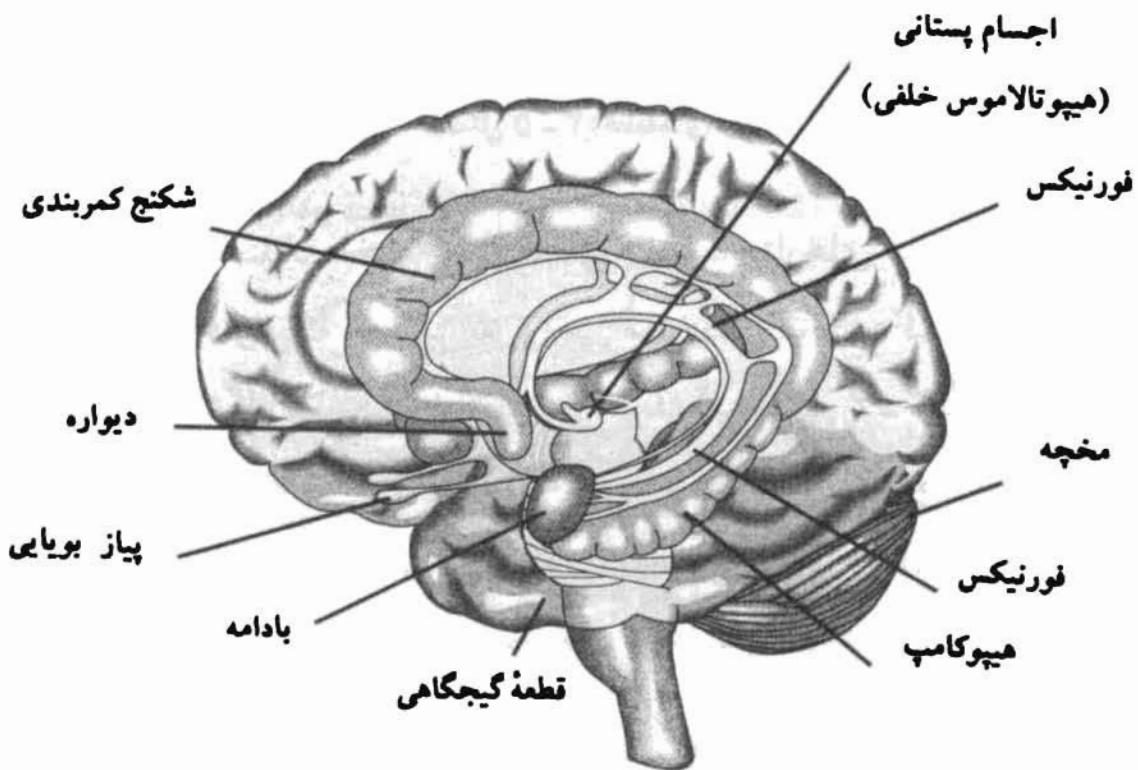


شکل ۵ - ۳: قطعه‌های مغز

در امتداد داخلی نیمکره‌های مغز ساختارهای متعدد دیگری وجود دارند که آنها نیز به نواحی مشخصی محدود نشده و روی هم دستگاه لیمبیک^۱ خوانده می‌شوند. (به شکل ۶ - ۳ نگاه کنید). لیمبیک به معنی مرز یا حاشیه است و منظور از آن همه مدارهای عصبی است که رفتار هیجانی، احساسی و اعمال هدف‌دار را کنترل می‌کنند. در حیوانات نر، تحریک بخشهایی از دستگاه لیمبیک موجب نعوظ، سوار شدن بر حیوان ماده و رفتار تیمار کردن می‌شود. در بیشتر گونه‌های جانداران و از جمله انسان، احساس بو با

1- limbic system

کارکرد دستگاه لیمبیک در ارتباط است. رابطه نزدیک میان برانگیختگی جنسی و بو در میان برخی از حیوانات، تأییدی بر این فرض است که دستگاه لیمبیک با پاسخ جنسی مرتبط است. برای مثال سگها و گربه‌ها در گرما موادی را از خود ترشح می‌کنند که فرمون^۱ نام دارد. این مواد توسط سگ یا گربه غیرهمجنس استشمام و موجب تحریک و برانگیختگی جنسی حیوان می‌شود. برخی از پژوهشها بیانگر آنند که انسانها نیز از خود فرمون ترشح می‌کنند. برای مثال دسته‌ای از گزارشها بیانگر آنند که برخی از مردان و زنان با استشمام بوی عرق زیر بغل شریک جنسی یا جنس مخالف خود احساس برانگیختگی جنسی می‌کنند.



شکل ۶-۳: بخشهای اصلی دستگاه لیمبیک

فصل ۴

چرخه پاسخ جنسی

مشهورترین مطالعات مربوط به تغییرات فیزیولوژیایی در فعالیت جنسی، توسط ویلیام مسترز^۱ و ویرجینیا جانسون^۲ انجام شده است. براساس یافته‌های این دو پژوهشگر، پاسخ جنسی در انسان دارای چهار مرحله است که عبارتند از: مرحله انگیختگی^۳، مرحله فلات^۴، مرحله اوج لذت جنسی^۵ و مرحله فرونشینی^۶. مرحله انگیختگی مرحله‌ای از پاسخ جنسی است که در آن فرد در پی یک تحریک جنسی یا روانی، کشش جنسی را در خود احساس می‌کند که در غیاب تحریک وجود نداشته است. در مرحله فلات، به شرط ادامه تحریک جنسی، انگیختگی جنسی حفظ و تشدید می‌شود، به طوری که فرد آمادگی رسیدن به اوج لذت جنسی را کسب می‌کند. طول مدت این مرحله از فردی به فرد

1- Willia Masters 2- Virginia Johnson 3- excitement
4- plateau 5- orgasm 6- resolution

دیگر و از موقعیتی به موقعیت دیگر بسیار متغیر است. در طول این مرحله تغییرات فیزیولوژیایی چشمگیری رخ می‌دهد که برخی از آنها عبارتند از انقباضهای ماهیچه‌ای در نواحی کفل و ران، افزایش ضربان قلب، تند شدن تنفس و بالا رفتن فشارخون. چنانچه تحریک جنسی مؤثر تا پایان این مرحله صورت گیرد، فرد به مرحله اوج لذت جنسی می‌رسد. مرحله اوج لذت جنسی کوتاه‌ترین بخش پاسخ جنسی است که معمولاً فقط چند ثانیه ادامه می‌یابد و در طی آن انقباضهای منظم ماهیچه‌ای در آلت تناسلی، احساس ذهنی لذت فوق‌العاده و رهایی و بلافاصله پس از آن شلی و رخوت رخ می‌دهد. کیفیت اوج لذت جنسی در افراد مختلف و در یک فرد خاص نیز بسته به موقعیتهای گوناگون، متغیر است. گاهی اوقات در پی رسیدن به اوج لذت جنسی، احساسهای فرد و تحریکهایی که از موضوع جنسی دریافت می‌کند دچار افت ناگهانی می‌شود اما در مواقع دیگر چنین کاستی به آرامی و تدریجی صورت می‌گیرد. تجربه اوج لذت جنسی در زنان تغییرات آشکاری چه از نظر شدت و چه از نظر طول مدت نشان می‌دهد اما در مردان تغییرات فردی اندکی مشاهده می‌شود. کیفیت اوج لذت جنسی به عوامل گوناگونی بستگی دارد که از جمله آنها می‌توان به حالت سلامت یا ضعف جسمانی، مدت زمان گذشته از آخرین تجربه اوج لذت جنسی، عوامل روانی - اجتماعی همچون خلق فرد، کیفیت رابطه عاطفی با شریک جنسی، فعالیتها، نگرشها و احساسهای مربوط به عمل جنسی اشاره کرد.

مرحله فرونشینی که آخرین مرحله پاسخ جنسی به شمار می‌رود عبارت است از برگشت به مرحله قبل از انگیختگی و برقراری دوباره تعادل فیزیولوژیایی. در این مرحله همه تغییرات فیزیولوژیایی که در طول مراحل انگیختگی، فلات و اوج لذت جنسی ایجاد شده بود به حالت قبل از انگیختگی برمی‌گردند و هر دو جنس با برگشت به وضعیت قبل از انگیختگی جنسی، به یک حالت رخوت و آرامش می‌رسند که با تعریق و شل شدن تمام بدن و احساس ذهنی رضامندی همراه است. طول مرحله فرونشینی بستگی به رخداد اوج لذت جنسی دارد. چنانچه فرد در پی ادامه تحریک جنسی و قرار گرفتن در مرحله فلات نتواند به اوج لذت جنسی برسد، پس از توقف تحریک مرحله فرونشینی بیشتر طول کشیده و ممکن است با احساس ذهنی نارضایتی و برخی احساسهای جسمانی ناخوشایند همچون احساس بروز درد در بیضه‌ها یا مثانه همراه باشد.

چرخه پاسخ جنسی در مرد

الف - مرحله انگیختگی

آشکارترین نشانه جسمانی انگیختگی جنسی در مرد، نعوظ احلیل است که معمولاً چند ثانیه پس از تحریک جنسی، ذهنی یا بدنی آغاز می‌شود. نعوظ یا راست‌شدگی احلیل به علت پر خون شدن رگهای احلیل است. نعوظ توسط علامتهای عصبی پاراسمپاتیک که از بخش خاجی نخاع و از راه شبکه اعصاب لگنی

به آلت هدایت می‌شوند به وجود می‌آید. این علامتهای عصبی، شریانهای تأمین‌کننده بافت نعوظی را متسع می‌سازند و به مقادیر زیادی خون اجازه می‌دهد که با فشار زیاد وارد بافت نعوظی شوند. این حالت موجب می‌شود که احلیل بسیار بزرگ شده و به طرف جلو دراز شود. تحریک عصبی پاراسمپاتیک که موجب نعوظ می‌شود، از دو راه آغاز می‌گردد: (۱) توسط تحریک روانی، به طوری که افکار شهوانی یا رؤیاهای عشقی می‌توانند موجب نعوظ کامل شوند. (۲) بر اثر تحریک نواحی تناسلی خارجی یا حتی تحریک اندامهای تناسلی داخلی که علامتهای حسی جنسی را مستقیماً به نخاع می‌فرستند (بیشترین انگیزتگی جنسی در مردان بر اثر تحریک حشفه آلت ایجاد می‌شود).

در مرحله انگیزتگی علاوه بر نعوظ احلیل، چینهای پوستی کیسه بیضه شروع به صاف شدن کرده و بیضه‌ها به طور نسبی به طرف بالا (به طرف بدن) کشیده می‌شوند. در اواخر مرحله انگیزتگی اندازه بیضه‌ها اندکی افزایش می‌یابد. در برخی از مردان ممکن است ضمن مرحله انگیزتگی نوک پستانها نیز دچار نعوظ شوند.

ب - مرحله فلات

در مرحله فلات، قطر حشفه اندکی افزایش می‌یابد و به علت پرخون شدن، این قسمت از احلیل دچار تغییر رنگ یا پررنگ‌تر می‌شود. پرخون شدن رگها موجب تورم بیضه‌ها شده و اندازه

بیضه‌ها به میزان ۵۰ تا ۱۰۰ درصد بزرگتر از حالت انگیختگی می‌شود. با نزدیک شدن به مرحله اوج لذت جنسی، بالا رفتن بیضه‌ها در کیسه بیضه تا جایی ادامه می‌یابد که سطح فوقانی بیضه‌ها در جهت مخالف بدن قرار می‌گیرد. بالا رفتن کامل بیضه‌ها نشانه نزدیک بودن اوج لذت جنسی است. در برخی از مردان، بویژه مردان ۵۰ سال به بالا، بالا رفتن بیضه‌ها به طور کامل صورت نمی‌گیرد از این رو فشار انزال آنان در مرحله اوج لذت جنسی کمتر از مردان جوان‌تر است.

در مرحله فلات، ضربان قلب، فشارخون، تنفس و تنش عضلانی همگی افزایش می‌یابند. همچنین گاهی اوقات میزان اندکی مایع شفاف از مجرای احلیل خارج می‌شود که احتمالاً از ترشحات غدد کوپر بوده و ممکن است دارای اسپرم زنده باشد. بسیاری از مردان در مرحله فلات احساس فشار داخلی گرما و برافروختگی می‌کنند که بیشتر به علت پرخون شدن رگهای نواحی غده پروستات و کیسه‌های منوی است.

ج - مرحله اوج لذت جنسی

وقتی تحریک جنسی بسیار شدید می‌شود، مرکزهای بازتاب جنسی نخاع مجموعه کاملاً تازه‌ای از پیامهای عصبی را به اندامهای تناسلی می‌فرستند، اما این بار این پیامها از بخش فوقانی کمر و به وسیله اعصاب سمپاتیک (و نه اعصاب پاراسمپاتیک) به اندامهای تناسلی می‌رسند. این پیامها موجب انقباض اپیدیدیم یا

مجرای منوی شده و اسپرم موجود در داخل آنها را به بخش پروستاتی مجرای پیشابراه می‌راند. با انقباض منظم کیسه‌های منوی و پروستات، مایع منی با اسپرمها مخلوط شده و پس از آمیختن با ترشحات لزجی که قبلاً توسط غدد کوپر ترشح شده‌اند به پیشابراه سرازیر می‌شوند. این مرحله توسط فرد به‌عنوان حس غیرقابل اجتناب بودن انزال تجربه می‌شود. درست چند ثانیه پس از حس غیرقابل اجتناب بودن انزال، منی به بیرون مجرای آلت سرازیر می‌شود. قبل از انزال، منی تحت فشار در مجرای داخلی احلیل می‌ماند تا توسط انقباضهای منظم ماهیچه اسکلتی که قاعده بافت راست شونده احلیل را دربرگرفته، به بیرون دفع شود. این فرایند همان انزال^۱ است. انزال به رها شدن منی گفته می‌شود که گاهی اوقات بدون تجربه اوج لذت جنسی رخ می‌دهد. اوج لذت جنسی بدون انزال، بیشتر در پسر بچه‌های بالغ نشده و یا در اثر ابتلا به بیماریهای پروستات یا در اثر مصرف برخی از داروها رخ می‌دهد. معمولاً رخداد انزال بدون تجربه اوج لذت جنسی کمتر شایع است. اما ممکن است در برخی از بیماریهای عصبی رخ دهد. تجربه اوج لذت جنسی در مردان معمولاً با احساس گرم شدن یا فشار بسیار زیاد آغاز می‌شود که این احساس همزمان با حس غیرقابل اجتناب بودن انزال است. اوج لذت جنسی به شکل انقباضهای سریع و بسیار لذت‌بخش در آلت، راست روده و اسفنکتر مقعد احساس می‌شود. عبور منی از پیشابراه با تغییر حسی

1- ejaculation

همراه است که برخی از افراد آن را جهش گرم مایع یا حس فوران منی توصیف می‌کنند. کیفیت تجربه اوج لذت جنسی در یک مرد همیشه یکسان نیست، اما نسبت به زنان یکنواخت‌تر است.

د - مرحله فرونشینی^۱

پس از رخداد انزال، از نظر فیزیولوژیایی وضعیتی پدید می‌آید که درست در جهت فرو نشاندن تغییرات افزایش یافته قبلی است. در این مرحله اندازه احلیل به تدریج کاهش یافته و نعوظ ابتدا به طور نسبی و سپس به طور کامل از میان می‌رود و احلیل نرم و شل می‌شود. با تداوم مرحله فرونشینی، اندازه بیضه‌ها نیز کاهش یافته و به اندازه حالت قبل از تحریک بازمی‌گردند. تغییرات دیگری که در طول این مرحله رخ می‌دهند عبارتند از: از میان رفتن نعوظ نوک پستانها، کاهش برافروختگی یا گلگونی پوست، بازگشت ضربان قلب، میزان تنفس و فشارخون به سطح قبل از تحریک، شل شدن ماهیچه‌ها و واکنش تعریق در ۳۰ تا ۴۰ درصد از مردان.

در طول مرحله فرونشینی، چنانچه احلیل بلافاصله بعد از انزال از مهبل بیرون کشیده شود، سرعت فرونشینی بیشتر از حالتی است که احلیل در مهبل تحریک شده باقی می‌ماند. چنانچه تماس بدنی با شریک جنسی بیشتر باشد، برگشت احلیل به حالت پس از انزال و شل‌شدگی کامل مدت بیشتری طول می‌کشد. اگر مرد

بلافاصله بعد از انزال بستر را ترک کند و قدم بزند و یا دربارهٔ یک موضوع ختنی صحبت کند، فرونشینی احلیل با سرعت تقریباً بیشتری رخ می‌دهد. برای مثال، اگر مرد بخواهد بلافاصله بعد از انزال ادرار بکند، تمرکز حواس او به عمل ادرار کردن موجب کوتاه‌تر شدن زمان فرونشینی آلت می‌شود. عمل ادرار همواره سرعت فرونشینی احلیل را افزایش می‌دهد، زیرا در صورت نعوظ کامل مرد نمی‌تواند ادرار کند. اگر احلیل در آغاز ادرار کردن اندکی تورم داشته باشد، معمولاً بعد از اتمام ادرار به حالت کاملاً شل برمی‌گردد.

هـ- مرحلهٔ تحریک‌ناپذیری^۱

پس از رسیدن به مرحلهٔ فرونشینی، مردان وارد یک دورهٔ تحریک‌ناپذیری جنسی می‌شوند که در این دوره تجربهٔ دوبارهٔ اوج لذت جنسی یا انزال از نظر فیزیولوژیایی ناممکن است. در حین این دوره ممکن است نعوظ نسبی یا کامل رخ دهد اما معمولاً به سرعت فروکش می‌کند. طول دورهٔ تحریک‌ناپذیری از فردی به فرد دیگر و همچنین در یک فرد خاص از زمانی به زمان دیگر متفاوت است. طول دورهٔ تحریک‌ناپذیری معمولاً بسته به سن فرد و ویژگیهای فیزیولوژیایی و سن او، از چند دقیقه تا چند ساعت متغیر است. در بیشتر مردان، با رخداد هر بار انزال، دورهٔ تحریک‌ناپذیری نیز طولانی‌تر می‌گردد. البته تعداد اندکی از مردان

1- refractory

هستند که می‌توانند بدون فرونشینی انزالهای متعدد و تجربه‌های مکرر اوج لذت جنسی را داشته باشند. این دسته از مردان را، مردان چندانزالی^۱ می‌نامند. به تازگی گزارشهایی منتشر شده است که ادعا می‌کنند برخی از مردان می‌توانند قبل از انزال یا حتی بعد از آن، دو یا بیش از دو بار به اوج لذت جنسی برسند. گزارش شده است که این قبیل مردان در هر رابطه جنسی می‌توانند به طور متوسط ۲ تا ۱۶ بار به اوج لذت جنسی برسند. یک مورد قابل توجه، مورد مردی است که در یک دوره یک ساعته رابطه جنسی توانست ۳۰ بار به اوج لذت جنسی برسد. در این قبیل مردان پس از هر بار تجربه اوج لذت جنسی، اندکی از میزان احتقان احلیل کاسته می‌شود اما نعوظ و راست‌شدگی احلیل کاملاً برقرار می‌ماند و دوره فرونشینی رخ نمی‌دهد.

جدول ۱ - ۴ واکنشهای بدنی مردان در چرخه پاسخ جنسی

انگیختگی

- افزایش طول و قطر احلیل
- بالا آمدن بیضه‌ها
- نعوظ احتمالی نوک پستانها
- ظهور برافروختگی یا گلگونی جنسی در ۵۰ تا ۶۰ درصد از مردان که به صورت گلگون شدن پوست نواحی سینه،

- گردن، صورت شانه‌ها، بازوها و رانها جلوه می‌کند.
- افزایش ضربان قلب و فشارخون
- افزایش تنیدگی ماهیچه‌ای

فلات

- افزایش اندک محیط حشفه و گاهی اوقات تغییر رنگ آن
- ترشح یک یا دو قطره مایع شفاف از غدد کوپر
- ادامهٔ بالا رفتن بیضه‌ها در کیسهٔ بیضه تا جایی که سطح فوقانی بیضه‌ها در جهت خلاف بدن قرار می‌گیرد.
- افزایش حجم بیضه‌ها به میزان ۵۰ تا ۱۰۰ درصد
- چرخش بیضه‌ها به میزان تقریباً ۳۰ درصد
- افزایش سریع گلگون شدن جنسی
- افزایش بیشتر ضربان قلب و فشارخون
- تند شدن تنفس
- افزایش تنیدگی ماهیچه‌ای

اوج لذت جنسی

- آغاز انقباضها در بخش خلفی بیضه‌ها و شروع آن از مجاری اپیدیدیم یا مجاری منوی به سوی کیسه‌های منی، غدهٔ پروستات، پیشابراه و خود احلیل.
- رخداد ۳ یا ۴ انقباض انزالی پرفشار با فواصل زمانی تقریباً ۰/۸ ثانیه و پس از آن رخداد ۲ یا ۴ انقباض

کوتاه‌تر در اسفنکتر مقعد

- صعود بیضه‌ها به بالاترین حد خود

- گلگون شدن جنسی به بالاترین میزان

- افزایش ضربان قلب و تنفس به بالاترین حد خود

- ناتوانی کلی در کنترل ماهیچه‌های ارادی یا حرکتی

- آواگری^۱ (در برخی از موارد)

فرونشینی

- بازگشت تدریجی احلیل به اندازه قبل از تحریک

- پایین آمدن بیضه‌ها و برگشت اندازه آنها به حالت عادی

- از میان رفتن نعوظ نوک پستانها

- ناپدید شدن گلگونی جنسی

- بازگشت ضربان قلب، تنفس و فشارخون به سطح قبل از

انگیختگی

- آرامش و رخوت کلی ماهیچه‌ها

- واکنش تعریق در ۳۰ تا ۴۰ درصد از مردان.

تغییرات بهنجار (عادی) وابسته به سن در چرخه پاسخ جنسی مردان

الف - مرحله انگیختگی

به‌طور طبیعی، نعوظ آلت مردان جوان با نهایت سرعت

صورت می‌گیرد. مردان جوان ممکن است ظرف ۳ الی ۴ ثانیه بعد

1- vocalization (زمزمه یا صدا درآوردن بدون بیان واژه‌های خاص)

از هر نوع تحریک جنسی دچار نعوظ شوند، در حالی که این زمان برای مردان ۴۵ تا ۶۵ سال ۲ تا ۳ برابر بیشتر است. به طور کلی هرچه سن مرد بیشتر باشد (صرف نظر از میزان مؤثر بودن روشهای تحریک جنسی) به همان نسبت نعوظ کامل آلت او بیشتر طول می کشد. در مردان سالمند، نعوظ آلت ممکن است به مدت طولانی و بدون انزال حفظ شود. این موضوع که آیا توانایی کنترل انزال در افراد سالمند حاصل تجارب گسترده اجتماعی است یا بازتابی از کاهش شدت واکنش جنسی، تاکنون مشخص نشده است. مردان جوان می توانند در هر دوره واکنش جنسی، بعد از فرونشینی بدون انزال آلتشان، دوباره و به سادگی به نعوظ برسند؛ اما مردان پیر، برای نعوظ متعاقب فرونشینی (خواه پس از انزال یا بدون انزال) دچار مشکل هستند.

بسیاری از مردان پیر بعد از فرونشینی بدون انزال آلت، به سختی می توانند دوباره به مرحله انگیختگی جنسی برگردند. در مردان سالمند، میل جنسی به تنهایی ایجاد نعوظ نمی کند بلکه معمولاً برای ایجاد نعوظ، تحریک تماسی شدید آلت لازم است. همچنین در مردان سالمند، حداکثر نعوظ و سختی کامل احلیل، درست چند ثانیه قبل از انزال رخ می دهد.

ب - مرحله فلات

در مردان سالمند (بویژه بالای ۶۰ سال) نعوظ کامل احلیل در زمان نزدیک به انزال رخ می دهد. همچنین علاوه بر افزایش

غیرارادی محیط حشفه در اواخر مرحله فلات، قطر کل احلیل درست بلافاصله قبل از انزال بیشتر می شود. از سوی دیگر، تغییر رنگ حشفه که در مردان زیر ۴۰ سال رخ می داد، در مردان ۶۰ سال به بالا مشاهده نشده است.

ج - مرحله اوج لذت جنسی

در مردان جوان مایع منی با چنان فشاری دفع می شود که مقادیر اولیه منی ممکن است به فاصله تقریباً ۳۰ تا ۶۰ سانتی متری نوک احلیل پرتاب شود. اما قدرت دفع انزال در مردان بالای ۵۰ سال به میزان قابل توجهی کاهش می یابد، به طوری که متوسط فاصله پرتاب شدن مایع منی آنان به ۱۵ تا ۳۰ سانتی متر کاهش می یابد. اگر نعوظ احلیل به مدت طولانی حفظ شده باشد، ممکن است فرایند واقعی انزال به صورت جریان آرام مایع منی از پیشابراه باشد نه به صورت واکنش انزالی معمولی که تحت فشار آشکار رخ می دهد.

فواصل زمانی موجود میان انقباضهای اولیه احلیل، در مردان جوان و سالخورده یکسان است. این انقباضهای دفعی با فواصل زمانی ۰/۸ ثانیه رخ می دهند. هرچه سن مرد بیشتر باشد، به همان نسبت تعداد این انقباضها و شدت نیروی دفعی مایع منی کمتر خواهد بود. در مردان بالای ۶۰ سال، فرایند انزال با همان فواصل زمانی ۰/۸ ثانیه آغاز می شود اما تعداد انقباضهای انزالی که نیروی رانشی قابل توجهی را تولید می کنند، حداکثر ۱ تا ۲ انقباض بیشتر نیست.

د - مرحله فرونشینی و تحریک ناپذیری

در طی دوره تحریک ناپذیری مرحله فرونشینی، دو تفاوت عمده میان مردان سالمند و جوان وجود دارد. ۱- با مسن تر شدن مردان، دوره تحریک ناپذیری طولانی تر می شود، بویژه در مردان ۶۰ سال به بالا. ۲- در مردان سالخورده فرونشینی تورم احلیل بلافاصله بعد از انزال به اندازه ای سریع است که مرحله نخست (کاهش نعوظ و تورم احلیل) و مرحله دوّم (برگشت احلیل به حالت شل و نرم قبل از انگیختگی) فرونشینی، از یکدیگر قابل تشخیص نیست.

بسیاری از مردانی که در اواخر دهه پنجم زندگی هستند، پس از هر بار انزال دست کم به مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت نمی توانند به نعوظ دوباره برسند، و در اغلب موارد چنانچه بتوانند به نعوظ دست یابند، تمایلی به انزال نخواهند داشت.

در مردان سالمند، بهترین پیش بینی کننده تداوم توانایی جنسی، وجود تاریخچه ای دال بر فعالیت جنسی مداوم در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است. به علاوه تداوم فعالیت جنسی در سنین پیری، نه تنها عملکرد جنسی بهنجار را حفظ می کند بلکه از رخداد بسیاری از تغییرات ناتوان ساز جنسی پیشگیری به عمل می آورد. روشن است که تغییرات پاسخ جنسی در اثر افزایش سن، به معنی پایان یافتن توانایی و عملکرد جنسی نیست، بلکه آنچه در این دوران موجب کژکاری و ناتوانیهای جنسی می شود (صرف نظر از بیماریهای جسمانی)، بی اطلاعی از پاسخهای تغییر یافته جنسی و شیوه های درست کنار آمدن با این تغییرات است.

جدول ۲- ۴: تغییرات پاسخ جنسی مردان برحسب سن

مردان مسن	مردان جوان	
کاهش پاسخ	- نعوظ نوک پستانها	نوک پستانها
کاهش احتمال پاسخ	- تنش ماهیچه‌ای شدید، انقباضهای ماهیچه‌ای غیرارادی	قوام ماهیچه‌ای
کاهش فراوانی انقباضها	- انقباض اسفنکتر مقعد هنگام اوج لذت جنسی	راست روده
- رخداد نعوظ ۲ تا ۳ برابر دیرتر در افراد ۵۰ سال به بالا - کامل شدن نعوظ در لحظه نزدیک به اوج لذت جنسی - دوام بیشتر نعوظ قبل از انزال - دشواری در بازیابی نعوظ از دست رفته - کاهش یا فقدان تغییر رنگ حشفه - انزال بدون فشار و کاهش احتمالی احساس - افزایش مدت تحریک‌ناپذیری، فرونشینی سریع تورم احلیل	- رخداد نعوظ پس از ۳ تا ۵ ثانیه تحریک مؤثر، نعوظ کامل در آغاز دوره انگیختگی جنسی - تغییرپذیری در توانایی کنترل انزال - توانایی تکرار نعوظ در طول یک دوره پاسخ جنسی - تغییر رنگ حشفه آلت - انزال پرفشار، انقباضهای نیرومند ماهیچه‌های احلیل هنگام رانش منی - تغییرپذیری در مرحله تحریک‌ناپذیری	آلت تناسلی
- خروج منی در یک مرحله - در مشاهدات بالینی گزارش نشده است. - جاری شدن منی به جای خروج پرفشار و در مورد برخی از افراد، کوتاه بودن عمر اسپرمها و اندک بودن تعداد اسپرمها نسبت به جوانان	- در دو مرحله، با دو روند کاملاً متفاوت - انقباضهای غده پروستات - آگاهی از فشار و خروج منی	انزال
- کاهش پاسخ - کاهش پاسخ - پایین آمدن سریع	- محور چینه‌ای کیسه بیضه در اثر تنش جنسی - بالا رفتن بیضه‌ها در اواخر دوره انگیختگی یا آغاز دوره اوج لذت جنسی، افزایش حجم بیضه‌ها به میزان ۵۰ تا ۱۰۰ درصد. - پایین آمدن بیضه‌ها هنگام برگشت به مرحله اول چرخه پاسخ جنسی	کیسه بیضه بیضه‌ها

فصل ۵

آشنایی با مفاهیم و طبقه‌بندی اختلالات جنسی

رفتار جنسی همواره برای بیشتر مردم موضوعی جالب توجه و گیرا بوده است. در طول سالیان دراز نظرات مردم درباره جنسیت^۱ و اختلالاتها و انحرافهای جنسی تغییر بسیار کرده است. برای مثال، تقریباً چهارصد سال پیش از میلاد مسیح، یونانیان رفتار جنسی و موضوعهای مربوط به آن را جزء دل‌انگیزی از طبیعت می‌دانستند و معتقد بودند که زن و مرد باید از هم لذت ببرند. این دیدگاه درست در تضاد با دیدگاهی بود که در قرن چهاردهم میلادی و پس از سلطه کلیسای رُم بر اروپا، رواج یافت. در این دوران سردمداران کلیسا همه موضوعهای جنسی را گناه‌آلود تلقی کردند و هزاران اروپایی را به جرم داشتن ارتباط عاشقانه با شیطان شکنجه کردند و زنده زنده در آتش سوزاندند.

به واسطه این افکار جزم‌گرایانه، بسیاری از زنان و مردان از

1- sex

داشتن روابط عاشقانه و جنسی و حتی تفکر درباره این موضوع منع شدند و حتی در اواسط قرن نوزدهم اغلب مردم معتقد بودند که یک زن نجیب باید از نظر عشقی بسیار سرد و بی‌روح و از نظر جنسی بی‌جاذبه باشد. در این دوران از زنان انتظار می‌رفت تا فقط به منظور ارضای شوهرانشان و یا صرف مادر شدن به رفتار جنسی اقدام کنند و غیر از این موارد هرگونه عشق‌ورزی یا تمایل جنسی زنان را، حتی نسبت به شوهرانشان، امری غیراخلاقی و یا نانجیبی قلمداد می‌کردند.

در برخی از کهن نوشته‌های مسیحیان و یهودی‌ها، اختلالهای جنسی به عنوان عقوبت هوسرانی معرفی شده بودند. برای مثال در باب بیستم کتاب مقدس (سفر پیدایش) ناتوانی جنسی به نفرین الهی نسبت داده شده است. همچنین در قرون میانه، اغلب مردم علت کژکاریهای جنسی را سحر و جادو می‌دانستند و برای درمان این اختلالات به دعا یا افسون متوسل می‌شدند. در اواخر قرن هجدهم و اوایل قرن نوزدهم اعتقاد عامه مردم بر این بود که افراط جنسی به شکل استمناء، هرزگی یا حتی لذت از آمیزش جنسی برای زوجین، موجب ناتوانی جنسی می‌شود. حتی امروزه هم می‌بینیم که برخی از افراد ناآگاه و عامی تصور می‌کنند که ارتکاب استمناء (جلو زدن) در دوران جوانی موجب ابتلا به انواع اختلالهای روانی یا کوری می‌شود!!

از اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، با کنار گذاشته شدن خرافات از حوزه علوم و بویژه پزشکی، دانشمندان و قشر فهیم

مردم اختلالات جنسی را با دید روشن‌تری مورد بررسی و مذاقه قرار دادند. هنری هاولوک الیس^۱ از جمله دانشمندان پیشگامی است که در اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن بیستم، کتابها و مقالاتی به رشته تحریر درآورد که رفتارهای جنسی متداول مردم را مورد تحلیل و بررسی قرار می‌داد. او استمناء را میان زنان و مردان امری مشترک معرفی کرد و به جای تأکید عمده بر عوامل جسمانی مؤثر بر بروز اختلالات جنسی، بر علل روانشناختی این اختلالات تأکید کرد. به باور او، بیشتر مردم به دلیل این که اذهانشان با آموخته‌های نادرست و تحریف شده دربارهٔ امور جنسی مشغول است، این امور را پلید و گناه‌آلود تلقی می‌کنند. الیس پیشنهاد کرد که برای یافتن آنچه در روابط معمول جنسی می‌گذرد، باید بررسی‌های عینی انجام شود، اما این پیشنهاد سودمند تا سالهای ۱۹۴۰ عملی نشد.

از نیمهٔ دوم قرن بیستم به بعد، آگاهی جوامع غربی و کشورهای رو به رشد نسبت به رفتار جنسی بهنجار و اختلالاتی مربوط به آن به تدریج افزایش یافت. یافته‌های دانشمندان چون آلفرد کینزی^۲ و مسترز و جانسون در زمینهٔ سبب‌شناسی اختلالات جنسی و شیوع این اختلالات موجب شد تا در محافل دانشگاهی و عمومی فضای آزادتری برای بحث و تحقیق پیرامون مسایل جنسی ایجاد شود و از این‌رو ابراز نیازهای جنسی با پذیرش بیشتری از سوی جوامع روبه‌رو شد.

1- Henry Havelock Ellis (1859 - 1939) 2- Alfred. C. Kinsey

در زمینه طبقه‌بندی و سبب‌شناسی (علت‌شناسی) انواع اختلالات جنسی، پژوهشهای گسترده‌ای انجام شده است که مطالعه یافته‌های مربوط بدانها کمک مؤثری برای شناخت و درمان افراد دچار این اختلالات به‌شمار می‌رود. روشن است که اطلاق لفظ «اختلال» به معنی بیرون بودن از روال و نداشتن سلامت و تندرستی است. حال برای آنکه بدانیم آیا فرد یا موضوعی بیرون از روال یا هنجار^۱ است، ابتدا باید کیفیت و ماهیت تندرستی و به روال بودن فرد یا موضوع را مشخص کنیم. برای این که بدانیم آیا فردی دچار اختلال جنسی است یا نه نخست باید تعریف روشنی از فعالیت جنسی بهنجار داشته باشیم. بر این اساس، در زیر به‌طور مختصر ویژگیهای فعالیت جنسی بهنجار را توضیح می‌دهیم.

ویژگیهای فعالیت جنسی بهنجار یا عادی

فعالیت جنسی در ابتدایی‌ترین سطح خود، دو نیاز مهم و وابسته به هم (اما نه معادل هم) انسان را برآورده می‌سازد: تولیدمثل و احساس لذت خاص جسمانی و هیجانی. انگیزه اولیه فعالیت جنسی، به‌طوری که تقریباً میان همه انسانها معمول است، لذتی است که ایجاد می‌کند، اما به‌ندرت در طول عمر جنسی فرد، تولیدمثل هدف اولیه فعالیت جنسی است. هر دو عمل فوق حایز اهمیت است. یکی به دلیل لذت بی‌همتایی که شخص از شریک جنسی خود می‌برد و به او می‌دهد؛ دیگری به دلیل برآورده ساختن

هدف بسیار مطلوب خانوادگی و به مفهومی دیگر، با جنبه شخصی کمتر و جنبه غریزی بیشتر، که تداوم زندگی نوع بشر و حفظ عضویت در گروه‌های اجتماعی خاص، بویژه گروه‌های ملی و مذهبی است.

رابطه جنسی بهنجار و عادی به طوری که در اغلب نوشته‌های مذهبی و اخلاقی آمده، رابطه‌ای است که هدف آن مقاربت یا نزدیکی^۱ اَحلیلی - مهبل‌ی است. بدیهی است که در این رابطه شریک جنسی باید متعلق به جنس مقابل باشد. اگرچه گوناگونی بی‌شماری در شیوه مقاربت افراد انسانی وجود دارد، اما این شکل از فعالیت جنسی (یعنی مقاربت اَحلیلی - مهبل‌ی) در همه جوامعی که میل به بقاء دارند، بارزتر است. با وجود این، محتاطانه‌تر آن است که بگوییم افراد بهنجار از انواع زیادی از فعالیت‌های جنسی که مطابق با تعاریف محدود نوشته‌های مذهبی و اخلاقی نیست، احساس لذت می‌کنند. حال پرسش این است که «چه هنگام این رفتار کسب لذت اختلال‌آمیز تلقی می‌شود»؟

تعریف و طبقه‌بندی اختلالات جنسی

اگر بخواهیم تعریفی ساده از اختلال جنسی ارائه دهیم، احتمالاً خواهیم گفت که «اختلال جنسی عبارت است از رخداد هرگونه انحراف یا کژکاری در فعالیت و رابطه جنسی بهنجار که به پریشانی بارز و مشکلات بین فردی منجر می‌شود». اگرچه این

تعریف به ظاهر تعریفی جامع و فراگیر است اما در عمل هیچ نوع اطلاعات کاربردی و سودمندی را در اختیار ما نمی‌گذارد. بنابراین، برای آنکه شناخت دقیقتری از اختلالات جنسی به دست آوریم، بهتر آن است که اختلالات جنسی را براساس سه طبقه اصلی این اختلالات معرفی کنیم. این سه طبقه عبارتند از: کژکاریهای جنسی^۱، انحرافهای جنسی^۲، و اختلال هویت جنسی^۳. در زیر به اختصار هریک از طبقه‌های فوق را توصیف می‌کنیم.

الف - کژکاریهای جنسی

کژکاریهای جنسی دسته‌ای از اختلالات جنسی هستند که ویژگی اساسی آنها بروز اختلال در میل جنسی و تغییرات روانی - فیزیولوژیایی خاص چرخه پاسخ جنسی است، به طوری که این اختلال موجب پریشانی آشکار فرد و بروز مشکل در روابط میان فردی وی می‌شود.

آن دسته از اختلالات جنسی که تحت عنوان کژکاریهای جنسی طبقه‌بندی می‌شوند عبارتند از:

- ۱- اختلالات میل جنسی^۴
- ۲- اختلالات انگیختگی جنسی^۵
- ۳- اختلالات اوج لذت جنسی^۶

1- sexual dysfunctions 2- paraphilias

3- gender identity disorder 4- sexual desire disorders

5- sexual arousal disorders 6- orgasmic disorders

۴- اختلالاتی درد جنسی^۱

۵- کژکاری جنسی ناشی از یک بیماری جسمانی

۶- کژکاری جنسی ناشی از مصرف مواد^۲

ب - انحرافهای جنسی

انحرافهای جنسی دسته‌ای از اختلالاتی جنسی هستند که ویژگی اساسی آنها وجود امیال، خیالپردازیها یا رفتارهای جنسی عودکننده و شدیدی است که با اشیاء، فعالیتها یا موقعیتهای غیرعادی رابطه دارند و به پریشانی یا اختلال عمده در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی منجر می‌شوند. در انحرافهای جنسی، خیالپردازیها، امیال یا رفتارهای جنسی به‌طور کلی به: ۱- موضوعهای غیرانسانی، ۲- رنجاندن یا تحقیر خویش یا شریک جنسی، ۳- کودکان یا سایر افراد ناموافق با این اعمال مربوط می‌شوند و این ویژگیها دست‌کم ۶ ماه دوام دارند.

برخی از مهمترین انحرافهای جنسی عبارتند از:

- | | |
|----------------------------|---|
| ۱- عورت‌نمایی ^۳ | ۷- تماشاگری جنسی ^۴ |
| ۲- بچه‌بازی ^۵ | ۸- یادگارپرستی همراه با مبدل‌پوشی جنسی ^۶ |
| ۳- مالش دوستی ^۷ | ۹- حیوان‌خواهی ^۸ |

1- sexual pain disorders

2- substance - induced sexual dysfunction 3- exhibitionism

4- voyeurism 5- pedophilia 6- transvestic fetishism

7- frotteurism 8- zoophilia

- ۴- آزارخواهی جنسی^۱ ۱۰- مرده‌خواهی^۲
 ۵- آزارگری جنسی^۳ ۱۱- هرزه‌گویی تلفنی^۴
 ۶- یادگارپرستی^۵

ج- اختلال هویت جنسی

روان‌شناسان، آگاهی فرد از مرد یا زن بودن خویش را هویت جنسی می‌نامند. به عبارت دیگر، این که فرد خود را یک دختر (زن) یا پسر (مرد) بداند، همان هویت جنسی وی را تشکیل می‌دهد. کودکان تقریباً در سن دو سالگی، مذکر یا مؤنث بودن را از هم تشخیص می‌دهند و بین ۲ تا ۳ سالگی می‌توانند بر پرسشهای مبنی بر دختر یا پسر بودنشان پاسخ دهند.

با توجه به تعاریف فوق، اختلال هویت جنسی زمانی وجود دارد که فرد (مرد یا زن) در احساس خود از هویت جنسی خویش، دچار سردرگمی و ابهام باشد و چنین ویژگی به پریشانی وی یا بروز اختلال عمده در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی او منجر شود. از سوی دیگر در این اختلال، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد فرد به‌طور پایدار برای خود هویتی را اتخاذ کرده که مخالف با جنسیت تشریحی اوست. چنین فردی اصرار دارد که از نظر جنسیتی متعلق به جنس مخالف است و همیشه از جنسیت تعیین شده خود یا احساس عدم تناسب با

1- sexual masochism 2- necrophilia 3- sexual sadism
 4- telephone scatologia 5- fetishism

نقش جنسی تعیین شده ابراز نارضایتی می‌کند. نکته حایز اهمیت در تشخیص این اختلال آن است که اتخاذ هویت جنس مخالف نباید صرفاً به دلیل تمایل به برخورداری از امتیازهای فرهنگی متعلق به جنس دیگر باشد. برای مثال، دختری که به دلیل محبت‌های بی‌شمار اعضای خانواده به برادرش و وجود یک جو تبعیض‌آمیز در خانواده‌اش به نفع پسران، آرزو می‌کند که ای کاش او هم یک پسر بود، نباید دچار اختلال هویت جنسی قلمداد شود.

لازم به یادآوری است که در این فصل و فصل‌های بعدی، هنگام بحث از انواع اختلالات جنسی، فقط آن دسته از اختلالات جنسی مدنظر ماست که به‌طور عمده عوامل روانشناختی و نه عوامل پزشکی و جسمانی در پدیدآیی آنها مؤثرند. از این‌رو، در این کتاب سعی عمده نویسنده آن است که علت‌شناسی و درمان انواع اختلالات جنسی مردان را با تأکید بر دیدگاه‌های روانشناختی مورد بحث قرار دهد. چرا که پرداختن به عوامل جسمانی و زیست‌شناختی مؤثر در پدیدآیی اختلالات جنسی مبحثی کاملاً تخصصی و از حوصله این کتاب بیرون است. همان‌طور که در مقدمه کتاب عنوان شد، هدف ما ارائه تصویری دقیق از انواع اختلالات و مسایل جنسی مربوط به مردان با تأکید بر کاربردپذیری این اطلاعات برای استفاده عموم افراد علاقمند بوده است. صرف‌نظر از این که پدیدآیی بسیاری از اختلالات جنسی و مشکلات مربوط به آنها ریشه در مسایل روانشناختی و اجتماعی افراد دارند، باید توجه داشته باشیم که در مواردی نه چندان اندک

این عوامل جسمانی و بیماریهای پزشکی هستند که موجب بروز چنین اختلالهایی می‌شوند.

با توجه به گفته‌های بالا، از خوانندگان و متخصصان انتظار می‌رود تا به فراخور مسایل مورد علاقه‌شان دربارهٔ اختلالهای جنسی، از مشاوره و تبادل نظر با متخصصان رشته‌های گوناگون پزشکی و روان‌شناسی کوتاهی نکنند.

ای برادر یار دانایی بجوی	ماجرای مشورت با او بگوی
مشورت ادراک و هوشیاری دهد	عقل‌ها مر عقل را یاری دهد
می‌کند دانا درِ چاره پدید	رای او بر بسته‌ها آمد کلید

«مولوی»

بهر کار با کاردانی رازگوی	درِ چاره از رای او باز جوی
---------------------------	----------------------------

«فردوسی»

فصل ۶

کژکاریهای جنسی مردان

همان‌طور که در فصل قبل گفتیم، کژکاریهای جنسی عبارتند از بروز اختلال یا آشفتگیهایی در میل جنسی، انگیختگی جنسی یا اوج لذت جنسی که در هر دو جنس مرد یا زن دیده می‌شود، اما جلوه‌های آن در زنان و مردان متفاوت است (جدول ۱ - ۶ را ببینید). برای مطالعه کژکاریهای جنسی توجه به برخی از ویژگیهای فرعی این اختلالات حایز اهمیت است.

در برخی از افراد، ابتلا به کژکاری جنسی از همان نخستین روزهای آغاز فعالیت جنسی وجود داشته است که این نوع کژکاری جنسی را نوع مزمن یا مادام‌العمر^۱ می‌نامند. برای مثال، بیماری که می‌گوید: «برای مقاربت با زنان هیچگاه میلی در خود احساس نکرده‌ام». از سوی دیگر در برخی از افراد ابتلا به این اختلال پس از دوره‌ای از فعالیت طبیعی جنسی آغاز شده است که این نوع

1- life long or chronic

کژکاری جنسی را نوع اکتسابی^۱ می‌نامند. برای مثال، یکی از مراجعانم می‌گفت: «پنج سال است که ازدواج کرده‌ام و ۲ فرزند دارم ولی در این ۶ ماه اخیر هر وقت می‌خواهم با همسرم نزدیکی کنم، نعوذ به من دست نمی‌دهد». به عبارت دیگر، در کژکاری جنسی اکتسابی، فرد قبل از ابتلای به این اختلال، فعالیت جنسی تقریباً بهنجار و عادی داشته است. بعلاوه رخداد کژکاریهای جنسی ممکن است تعمیم یافته^۲ یا موقعیتی^۳ باشد.

در کژکاریهای جنسی تعمیم یافته، فعالیت جنسی فرد در هر موقعیتی، با مشکل روبرو است. برای مثال، مردی که دچار انزال زودرس از نوع تعمیم یافته است، در هر موقعیتی و با هر زنی قبل از زمان دلخواهش یا پیش از آنکه شریک جنسی او به اوج لذت جنسی برسد، انزال می‌کند. اما در کژکاریهای جنسی موقعیتی، فعالیت جنسی فرد فقط در برخی از موقعیتهای و شرایط خاص دستخوش اختلال می‌شود. برای مثال، مردی که دچار انزال زودرس از نوع موقعیتی است، گزارش می‌کند که فقط هنگام نزدیکی با برخی از زنان و در برخی از مکانها دچار انزال زودرس می‌شود، اما در سایر مواقع کنترل انزال به دلخواه و اراده خودش است.

همچنین هنگام مطالعه کژکاریهای جنسی باید مشخص سازیم که آیا این کژکاریها الف - ناشی از عوامل روان‌شناختی است یا ب - در اثر ترکیب عوامل روان‌شناختی با یک بیماری جسمانی پدید

آمده‌اند. مورد اخير هنگامي رخ مي‌دهد که شواهدی دال بر وجود برخی از بيماريهای رگی^۱ (عروقی)، هورمونی یا کالبدشناختی^۲ در دست باشد.

قبل از شرح و توضیح انواع کژکاريهای جنسي مردان، لازم به یادآوری است که کژکاری جنسي را نمی‌توان به‌عنوان یک پدیده ناپيوسته و از لحاظ کیفی متفاوت و جدا از عدم کژکاری تلقی کرد. به عبارت دیگر، نمی‌توان به‌طور مطلق ادعا کرد که برخی اشخاص دچار کژکاری جنسي هستند و برخی دیگر فاقد آنند. باید توجه داشت که حالت سلامت و کژکاری روی یک پيوستار قرار می‌گیرند. به سخن دیگر، در یک شخص یا در یک زوج، درجات متفاوت کژکاری و زمینه‌های رضایت‌بخش فعالیت جنسي به‌طور همزمان وجود دارند. همچنین آنچه را به‌عنوان کژکاری جنسي در نظر می‌گیرند، ممکن است از یک شخص به شخص دیگر، از یک زوج به زوج دیگر و از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت باشد. بعلاوه در برخی از افراد سالم، یعنی زوجهایی که خود را از نظر جنسي دچار کژکاری تلقی نمی‌کنند و برای دریافت کمک به متخصصان روان‌شناسی و پزشکی مراجعه نمی‌کنند، کارکرد جنسي تا اندازه‌ای با مشکل روبروست. برای مثال، در سال ۱۹۷۸ پژوهشی در ایالات متحد آمریکا انجام شد که در آن ۱۰۰ زوج تحصیل‌کرده و به گفته خود خوشبخت مورد بررسی قرار گرفتند. بیش از ۸۰ درصد زوجهای مورد بحث گزارش دادند که روابط

جدول ۱ - ۶: طبقه‌های کژکاری جنسی در مردان و زنان

نوع اختلال		کژکاری جنسی	
		مردان	زنان
میل جنسی	اختلال میل جنسی اندک یا کم کار	(برای فعالیت جنسی میل اندکی وجود دارد یا اصلاً میلی وجود ندارد).	اختلال میل جنسی اندک یا کم کار (برای فعالیت جنسی میل اندکی وجود دارد یا اصلاً میلی وجود ندارد).
	اختلال بی‌زاری جنسی	(بی‌زاری از انجام فعالیت جنسی و پرهیز از آن)	اختلال بی‌زاری جنسی (بی‌زاری از انجام فعالیت جنسی و پرهیز از آن)
انگیختگی جنسی	اختلال نعوظی در مرد	(مشکل در ایجاد نعوظ یا حفظ آن)	اختلال انگیختگی جنسی در زن
			(مشکل در ایجاد پاسخ لیزشدگی واژن یا تورم فرج و یا حفظ این پاسخ)
اوج لذت جنسی	اختلال اوج لذت جنسی در مرد	(انزال زودرس)	اختلال اوج لذت جنسی در زن
درد جنسی	مقاربت دردناک	(فعالیت جنسی همراه با درد)	مقاربت دردناک (فعالیت جنسی همراه با درد)
			واژینیسم (رخداد انقباضهای ماهیچه‌ای در مهبل که دخول احلیل در مهبل را مشکل می‌سازد)

زناشویی و جنسی رضایت بخش و مناسبی دارند. با وجود این ۴۰ درصد مردان گزارش کردند که دچار مشکلات نعوظی یا انزالی هستند، و بیش از ۶۰ درصد زنان وجود مشکلات انگیختگی یا اوج لذت جنسی را گزارش دادند.

با توجه به موارد ذکر شده، قصد داریم تا در این فصل به توصیف و تشریح شایعترین کژکاریهای جنسی مردان بپردازیم و در فصل بعد مؤثرترین درمانهای موجود برای این نوع کژکاریها را معرفی نماییم.

اختلالهای میل جنسی

الف - اختلال میل جنسی اندک یا کم کار^۱

ویژگی اصلی اختلال میل جنسی اندک یا کم کار، کمبود یا فقدان خیالپردازیهای جنسی و بی میلی برای فعالیت جنسی است. میل جنسی اندک ممکن است کلی باشد و همه شکل‌های ابراز فعالیت جنسی را شامل شود یا ممکن است موقعیتی و محدود به یک شریک جنسی یا یک فعالیت جنسی خاص باشد. برای مثال ممکن است فرد نسبت به آمیزش جنسی با همسرش بی میل باشد ولی برای استمناء کردن تمایل نشان دهد. افراد مبتلا به این اختلال معمولاً اقدامی برای آغاز فعالیت جنسی نمی کنند و یا چنانچه نشانه‌ای از میل به فعالیت جنسی از سوی شریک جنسی خود احساس کنند با اکراه آن را می پذیرند. به طور کلی این قبیل افراد

1- hypoactive sexual desire disorder

تجربه‌های جنسی اندکی دارند، اما در برخی از موارد به لحاظ میل به ایجاد صمیمیت با شریک جنسی یا در اثر اجبار برای پاسخگویی به نیازهای جنسی همسرشان، اقدام به فعالیت جنسی می‌کنند. روشن است که بدون در نظر گرفتن ویژگیهای فردی، روابط بین همسران، شرایط زندگی و محیط فرهنگی - اجتماعی افراد نمی‌توان به سادگی قضاوت کرد که آیا بی‌میل آنان نسبت به فعالیت جنسی نوعی اختلال است یا پیامد مشکلاتی در زمینه‌های مذکور. برای مثال، ممکن است میل اندک به فعالیت جنسی ناشی از نیاز مفرط به ابراز جنسی از سوی شریک جنسی دیگر باشد. به بیان دیگر، در فرهنگ ما معمولاً این مردان هستند که برای انجام فعالیت جنسی با همسرانشان پیشقدم می‌شوند. حال اگر زنی از سوی همسر خود نشانه‌هایی دال بر تمایل به رابطه جنسی دریافت نکند، معمولاً بعید است که خود پیشقدم شود. از این رو زدن برچسب «دچار میل جنسی کم‌کار» به این قبیل زنان، نادرست و نشانه‌ای از بی‌تجربگی درمانگر است. همچنین در یک رابطه زناشویی ممکن است میل جنسی هریک از طرفین متفاوت از دیگری ولی در حد بهنجار باشد. روشن است که در این قبیل موارد نیز نمی‌توان یکی از زوجین را دچار اختلال تلقی کرد چرا که مشکل اصلی، هم‌سطح نبودن میل جنسی طرفین است نه وجود کاستی یا اختلال در یکی از آنها.

میل جنسی اندک در بیشتر اوقات با مشکلات انگیختگی یا مشکلات اوج لذت جنسی همراه است. نارسایی در میل جنسی

ممکن است از آغاز دوره بلوغ وجود داشته باشد يا آنکه پيامد پريشاني هييجاني ناشي از اختلال در انگيختگي يا اوج لذت جنسي باشد. براي مثال، چنانچه مردی به رغم ميل جنسي زياد ناتوان از ايجاد نعوظ و براي مدتي قابل توجه دچار اين مشکل باشد، به تدريج ميل جنسي در او کم شده و رغبت به فعاليت جنسي را از دست خواهد داد. با اين حال، برخي از مبتلايان به اختلال ميل جنسي اندک، مي توانند در واکنش به تحريك جنسي انگيختگي کافي و تجربه اوج لذت جنسي را تجربه کنند. برخي از بيماريهای جسماني ممکن است به دليل ضعف، درد، نگراني درباره زنده ماندن يا نگراني که درباره شکل و هيکل در فرد ايجاد مي کنند، اثرات نامطلوب و نامشخصي روي ميل جنسي داشته باشند. همچنين، اختلالهای افسردگي اغلب با ميل جنسي اندک همراهند و آغاز افسردگي ممکن است مقدم بر اين اختلال، همزمان با آن يا پيامد کمبود ميل جنسي باشد. بعلاوه، مبتلايان به اختلال ميل جنسي کم کار ممکن است مشکلاتي در برقراري روابط جنسي پايدار و نارضائتي و گسيختگي روابط زناشويي داشته باشند.

سن شروع اين اختلال، چنانچه از نوع اوليه يا مادم العمر باشد، همزمان با بلوغ جنسي است. اما در بيشتر موارد، اين اختلال در دوران بزرگسالي، پس از يک دوره برخورداری از ميل جنسي کافي و به دنبال پريشانيهای رواني، رويدادهای تنش زاي زندگي يا مشکلات بين فردي روي مي دهد. از دست دادن ميل جنسي بسته به عوامل رواني - اجتماعي يا ارتباطي، ممکن است هميشگي يا

دوره‌ای باشد. در برخی افراد، الگوی دوره‌ای از دست دادن میل جنسی، در ارتباط با مشکلات مربوط به احساس صمیمیت و وفاداری روی می‌دهد. برای مثال، بروز بگومگو و درگیری‌های شدید میان زن و شوهر ممکن است برای یک دوره محدود، میل جنسی نسبت به یکدیگر را دچار مشکل سازد، اما معمولاً پس از مدتی که آشتی برقرار شد، این میل دوباره بازمی‌گردد؛ مگر آن که بروز تنشها و درگیری‌ها آنچنان ریشه‌ای و شدید باشند که حتی پس از تعادلیابی ظاهری ارتباطها نیز، بهبودی در میل جنسی نسبت به همسر رخ ندهد.

در آمریکا، تا قبل از سالهای ۱۹۸۰، مشکلات مربوط به میل جنسی اندک در همسران، بیشتر با عنوان «تعارضهای زناشویی» مطرح می‌شد اما پس از این سالها اغلب همسران که یکی از آنها دچار این مشکل هستند، به جای پرداختن به اختلافهای ظاهری در زندگی، مسایل خود را بهتر تشخیص داده و به درمانگران و درمانگاه‌های تخصصی مشکلات جنسی مراجعه می‌کنند. برآوردهای انجام شده از مبتلایان به این اختلال بیانگر آن است که تقریباً بیش از ۵۰٪ از مراجعان درمانگاه‌های مشکلات جنسی، دچار میل جنسی اندک هستند و تقریباً ۵۵٪ از این مراجعان را مردان تشکیل می‌دهند. برخی از پژوهشگران عنوان کرده‌اند که تقریباً ۲۵٪ از افراد ممکن است به نوعی دچار میل جنسی اندک یا کم‌کار باشند. یافته‌های این پژوهشگران نشانگر آن است که افراد دچار این اختلال به ندرت استمناء می‌کنند و تقریباً ۳۵٪ از زنان و

۵۲٪ از مردان دچار این اختلال، هیچگاه استمناء نکرده‌اند و چنانچه ازدواج کرده باشند، ماهی یک بار یا حتی کمتر از آن اقدام به آمیزش جنسی می‌کنند.

برای آشنایی بیشتر خوانندگان با این اختلال، در زیر شرح حال مختصری از یک زوج دچار مشکل میل جنسی اندک آورده شده است.

مورد جیران و ایرج

جیران زنی ۳۰ ساله است که دلیل تماس تلفنی با روان‌شناس را مشکل شوهرش عنوان می‌کند. او می‌گوید: «فکر می‌کنم شوهرم در خفا با زنی دیگر روابط پنهانی داشته باشد و بدین جهت بسیار عصبی هستم». روان‌شناس می‌پرسد که آیا دلیلی برای گفته خود دارید؟ و وی پاسخ می‌دهد که «بله! شوهرم ۳ سال است که هیچ میلی به رابطه جنسی با من نشان نمی‌دهد و در این ۹ ماه گذشته نیز حتی یکبار هم با یکدیگر نزدیکی نکرده‌ایم».

براساس اطلاعات مقدماتی فوق روان‌شناس از جیران می‌خواهد که در یک وقت معین به همراه شوهرش ایرج به کلینیک بیایند تا مشکل از نزدیک بررسی شود. پس از ملاقات جیران و ایرج با روان‌شناس و مصاحبه کاملی که با هر دوی آنها به عمل آمد، مشخص شد که ایرج نه تنها با هیچ زن دیگری رابطه جنسی ندارد بلکه استمناء نیز نمی‌کند و به ندرت درباره روابط جنسی می‌اندیشد. ایرج می‌گوید که «من همسرم را بسیار دوست دارم و تاکنون فکر نمی‌کردم

که رابطه ما با مشکلی روبرو شده باشد زیرا آنقدر مشغولیت کاری و ذهنی دارم که وقت فکر کردن به این مسایل را نداشتم. به نظر من با حل شدن گرفتاریهای شغلی من رابطه جنسی ما هم دوباره به حالت اول باز خواهد گشت». به نظر ایرج، همسر او بیشتر به دلیل علاقمندی به بچه دار شدن است که دربارهٔ کمبود رابطه جنسی نگران است.

در مصاحبه‌های بعدی که روان‌شناس به‌طور خصوصی با ایرج انجام داد، ایرج عنوان کرد که قبل از ازدواج روابط جنسی متعددی داشته است که برای او بسیار تحریک‌کننده بوده‌اند و همواره معتقد بوده است که «فقط زنان فاحشه و بی‌بند و بار می‌توانند مردان را از نظر جنسی خوب برانگیزند». ایرج عنوان کرد که: «جیران بسیار جذاب و دوست‌داشتنی است ولی به نظر من وقار و متانت جیران و این باور من که نجابت زن با شهوت‌انگیزی او تضاد دارد عامل مهمی است که به من اجازه نمی‌دهد دربارهٔ او تصورات جنسی یا فکر لذت بردن از همخوابگی با او را داشته باشم».

ب - اختلال بیزاری جنسی^۱

ویژگی اصلی اختلال بیزاری جنسی، بیزاری و اجتناب دایم از تماس جنسی تناسلی با یک شریک جنسی است. در این اختلال، وقتی فرد فرصت تماس جنسی با یک شریک جنسی را به‌دست می‌آورد دچار اضطراب، ترس، یا تنفر می‌شود به‌طوری که این

حالتها اغلب به پریشانی یا بروز مشکلات بین فردی قابل ملاحظه می‌انجامند.

بیزاری نسبت به تماس جنسی ممکن است بر جنبه خاصی از تجربه جنسی متمرکز شود. به عبارت دیگر، ممکن است فرد مبتلا به بیزاری جنسی صرفاً از ترشحات آلتی (ترشحات زنانه یا مردانه) یا فرو رفتن احلیل به مهبل ترس و تنفر داشته باشد.

برای مثال، یک مرد ممکن است به هیچ‌وجه دوست نداشته باشد که آلت تناسلی‌اش را کسی لمس کند، در حالی که میل جنسی او به‌طور کلی و توانایی وی برای انجام یک آمیزش رضایت‌بخش، بهنجار و عادی است. همچنین امکان دارد فردی یک نوع بیزاری جنسی کلی داشته باشد ولی فاقد میل جنسی نباشد؛ بنابراین ممکن است تجربه استمنای مکرر و لذت‌بخش داشته باشد ولی از رابطه جنسی پرهیز کند یا آن را دوست نداشته باشد.

برخی افراد بیزاری فراگیری را در مورد همه محرکهای جنسی از جمله بوسیدن و لمس کردن نشان می‌دهند و شدت واکنش فرد هنگام رویارویی با محرک جنسی ممکن است از اضطراب متوسط و فقدان لذت تا پریشانی روانی شدید، گسترده باشد.

این اختلال ممکن است از نوع مادام‌العمر و یا اکتسابی باشد. در نوع مادام‌العمر، ابراز تنفر و بیزاری نسبت به رابطه جنسی از آغاز دوره بلوغ و زندگی جنسی شروع شده و همواره وجود داشته است، اما در نوع اکتسابی، رخداد بیزاری و تنفر نسبت به رابطه جنسی در پی یک دوره فعالیت جنسی بهنجار رخ می‌دهد.

همچنین، بیزاری نسبت به رابطه جنسی ممکن است محدود به یک موقعیت خاص یا فراگیر و تعمیم یافته باشد. برای مثال، ممکن است فردی تنها در برخی از موقعیتهای و شرایط زمانی و مکانی و یا نسبت به برخی از محرکهای جنسی بیزاری نشان دهد. اما در نوع فراگیر این اختلال، بیزاری جنسی نسبت به هر موقعیت و شرایطی که به نوعی با تحریک جنسی همراه است، بروز می کند.

برخی از مبتلایان به اختلال بیزاری جنسی شدید، هنگام رویارویی با یک موقعیت جنسی ممکن است به اضطراب شدید، حالت ضعف، تهوع، تپش قلب، سرگیجه و مشکلات تنفسی دچار شوند. چنین افرادی ممکن است به بهانه های مختلف از قرار گرفتن در موقعیتهای جنسی یا تنها ماندن با شریک جنسی اجتناب کنند. برای مثال، یک مرد دچار بیزاری جنسی که از موقعیت شغلی و اجتماعی بسیار بالایی برخوردار بود، یکی از راه های اجتناب از قرار گرفتن در موقعیتهای جنسی را استفاده نکردن از عطر و لباسهای تمیز عنوان می کرد. وی می گفت: «به رغم آنکه خودم هم از بوی بد عرق پیراهن هایم در عذاب هستم اما فکر می کنم که چنانچه حالت ژولیده و بوگندویی داشته باشم هیچ زنی رغبت نمی کند که به من نزدیک شود و این حالت برای من بسیار اطمینان بخش است». از جمله راهبردهای دیگری که مبتلایان به این اختلال برای اجتناب از موقعیتهای جنسی به کار می برند می توان به زود خوابیدن، مسافرت رفتن، مصرف مواد مخدر و غرق شدن در فعالیتهای شغلی، اجتماعی یا خانوادگی اشاره کرد.

پژوهشهای جدید ارتباط نزدیکی را میان رخداد این اختلال و ابتلا به اختلال وحشتزدگی^۱ عنوان کرده‌اند. در اختلال وحشتزدگی، فرد بیمار به‌طور ناگهانی احساس بسیار شدیدی از اضطراب می‌کند که همراه با آن احساسهای جسمانی و ذهنی ناخوشایندی مانند تپش قلب شدید، احساس خفگی، تعریق، تهوع، ترس از سکتۀ قلبی و ترس از مردن یا دیوانه شدن در وی ظاهر می‌شود که او را از انجام هرگونه فعالیتی بازداشته و موجب اجتناب او از موقعیتهایی می‌شود که قبلاً در آنها دچار چنین حمله‌هایی شده است. از این‌رو، چنانچه برحسب تصادف مواردی از حمله‌های وحشتزدگی در موقعیتهای جنسی رخ دهند، خواه ناخواه اثر ناخوشایند این حمله‌ها به فعالیتها و موقعیتهای جنسی منتقل شده و موجب اجتناب فرد از اینگونه فعالیتها می‌شود. گزارشهای برخی از پژوهشگران حاکی از آن است که ۱۰ تا ۲۵ درصد از مردان مبتلا به اختلال بیزاری جنسی، همزمان به اختلال وحشتزدگی نیز دچارند. از این‌رو، قبل از پرداختن به مشکلات جنسی این افراد، درمان اختلال وحشتزدگی آنان نخستین اقدامی است که باید صورت گیرد.

پژوهشهای گوناگون نشانگر آنند که بیزاری نسبت به روابط جنسی غالباً حاصل تجربه‌های جنسی آسیب‌رسان قبلی، مانند مورد سوءاستفاده جنسی واقع شدن در دوران کودکی، زنا با محارم یا تجاوز به عنف است. همچنین، در جوامعی که پسران و دختران

1- panic disorder

تا قبل از ازدواج هیچگونه ارتباط جنسی را تجربه نکرده‌اند، کیفیت نخستین رابطه جنسی پس از ازدواج نقش مؤثری بر نگرش و تمایلات جنسی بعدی آنان خواهد داشت. برای مثال، برخی از پسران یا مردانی که قبل از ازدواج هیچگونه تجربه یا اطلاعات جنسی صحیحی ندارند ممکن است در شب زفاف بر اثر آمیزش ناشیانه یا توأم با هیجانهای کنترل نشده آنچنان درد و جراحاتی را در همسرشان ایجاد کنند که تا مدتها موجب بیزاری یا ترس وی از رابطه جنسی شود.

در زیر شرح حال مختصری از یک زن دچار بیزاری جنسی را ارائه خواهیم کرد.

مورد لیلا

لیلا یک زن ۳۶ ساله متأهل است که ۳ سال از ازدواج فعلی او می‌گذرد؛ قبلاً یکبار دیگر ازدواج کرده بوده و اکنون به‌عنوان مسئول آموزش دانشگاه مشغول کار است. وی گزارش می‌کند که مشکلات جنسی او از ۹ ماه پیش آغاز شده‌اند. عمده ناراحتی لیلا، لیز نشدن مهبلش و دچار شدن به حمله‌های اضطرابی هنگام آمیزش است. وی می‌گوید که در ۲ ماه گذشته هیچ آمیزشی نداشته و در این ۹ ماه گذشته نیز به‌ندرت با همسرش نزدیکی کرده است. او می‌گوید که به‌رغم این مشکلات همسرش را دوست دارد، رابطه‌اشان با یکدیگر بسیار صمیمی است و ازدواج آن دو بر پایه عشق و علاقه بوده است. در پاسخ به این پرسش که آیا در ۹ ماه گذشته حادثه یا اتفاق خاصی

را به یاد دارد که موجب این حالتها شده باشد، گفته است که به جز احساس فشار روانی زیاد و تجربه حمله‌های اضطرابی هنگام آمیزش، هیچ مشکل خاص دیگری نداشته است. لیبلا عنوان می‌کند که در حال حاضر حتی از لمس شدن توسط شوهرش نیز هراس دارد چرا که می‌ترسد این عمل مقدمه‌ای برای آغاز حمله‌های اضطرابی شود. ترس اصلی لیبلا، سکنه قلبی و مردن هنگام مقاربت است.

اختلال انگیختگی جنسی

اختلال نعوظی در مرد یا ناتوانی جنسی^۱

ویژگی اصلی اختلال نعوظی در مردان، ناتوانی همیشگی یا بازگشت‌کننده برای ایجاد یا حفظ نعوظ کافی تا تکمیل فعالیت جنسی است. به بیان دیگر، ناتوانی جنسی یعنی دشواری یا شکست در ایجاد حالت نعوظ، به طوری که فرد در نگهداشتن و حفظ نعوظ برای به پایان رساندن آمیزش با ناتوانی روبرو است و این ناتوانی اغلب به پریشانی یا بروز مشکلات بین فردی قابل ملاحظه منجر می‌شود.

لازم به یادآوری است که از میان عوامل گوناگون که ممکن است موجب ناتوانی جنسی شوند، در این کتاب بیشتر به عوامل روانشناختی و غیرجسمانی اشاره خواهد شد و از پرداختن به عواملی همچون بیماریهای جسمانی یا تأثیرات فیزیولوژیایی برخی از داروها و مواد در پدیدآیی این اختلال به لحاظ مغایرت با

اهداف از پیش تعیین شده کمتر سخن به میان خواهیم آورد. مشکلات نعوظی و ناتوانی جنسی نسبتاً رایج هستند و احتمالاً شایعترین شکایت مردانی است که برای دریافت کمک و راهنمایی به روان‌شناسان، روانپزشکان یا متخصصان کلیه و مجاری ادرار مراجعه می‌کنند. این اختلال ممکن است مادام‌العمر (یعنی شخص همواره این مشکل را داشته است) و یا اکتسابی (یعنی در گذشته برای مدتی این مشکل وجود نداشته است) باشد. همچنین ناتوانی جنسی ممکن است کامل (یعنی شخص نتواند در هیچ موقعیتی به حالت نعوظ دست یابد یا آن را نگه دارد) یا موقعیتی (یعنی نعوظ در موقعیتهای ویژه، مانند استمناء، روی دهد ولی در موقعیتهای دیگر ظاهر نشود) باشد.

کژکاریهای نعوظی جلوه‌های متفاوتی دارند. برخی افراد گزارش می‌کنند که از زمان شروع تجربه جنسی حتی یک بار هم نتوانسته‌اند به نعوظ برسند. عده‌ای از مردان می‌گویند که توانسته‌اند یک بار به نعوظ کامل برسند اما هنگامی که تلاش کرده‌اند تا دخول را انجام دهند، راست‌شدگی آلتشان کاهش یافته و آنان را ناکام کرده است. برخی دیگر از مردان گزارش می‌کنند که کیفیت نعوظ آنان برای دخول مناسب است اما قبل یا در حین داخل کردن آلت به مهبل، تورم احلیل را از دست می‌دهند. بعضی از مردان ممکن است توانایی رسیدن به نعوظ را فقط در ضمن استمناء یا بیدار شدن از خواب گزارش کنند. در موارد معدود، این قبیل نعوظ‌ها نیز ممکن است مداومت چندانی نداشته باشند.

ناتواني جنسي يا مشكلات نعوظي مردان بيشتر با اضطراب جنسي، ترس از ناتواني، نگراني درباره عملکرد جنسي و کاهش احساس ذهني انگيختگي و لذت جنسي همراه است. کژکاري نعوظي ممکن است روابط زناشويي يا جنسي کنوني فرد را از هم بپاشد و در برخي از موارد علت اصلي ازدواجهای به وصال نرسيده و نازايي باشد. براي مثال، زن و شوهری پس از ۱۰ سال ازدواج براي درمان نازايي زن به پزشک مراجعه کرده بودند و پزشک در کمال ناباوري مشاهده کرد که اين زن هنوز باکره است!!

اختلال نعوظي در مرد ممکن است با اختلال ميل جنسي کم کار و انزال زودرس همراه باشد. همچنين مبتلايان به اختلالهای خلقي (براي مثال افسردگي) و معتادان به مواد مخدر نيز اغلب با مشكلات انگيختگي جنسي دست به گريبانند. براي مثال، مردان معتاد به مواد افیوني (همچون ترياک و هروين)، طی مسموميت يا مصرف مزمن اين مواد دچار نارسايي نعوظي می شوند.

اختلال نعوظي مردان دارای شکلهای گوناگون است و در دوره های متفاوتی از زندگي رخ می دهد. سن شروع اين اختلال به طور قابل ملاحظه ای متغير است. افراد معدودی که هرگز قادر به تجربه نعوظ با کيفيت مناسب براي تکميل فعاليت جنسي با شريك جنسي نبوده اند، معمولاً به ناتواني جنسي مزمن و مادام العمر دچارند. در ۱۵ تا ۳۰ درصد از موارد، نوع اکتسابي اين اختلال ممکن است به طور خودبه خود بهبود يابد. موارد موقعيتي نيز ممکن است تابع نوع شريك جنسي يا کيفيت رابطه میان زوجين

باشد. ناتوانیهای جنسی موقعیتی اغلب دوره‌ای و عودکننده‌اند. ناتوانی جنسی را می‌توان به عوامل گوناگونی نسبت داد که از کاملاً روانشناختی تا کاملاً جسمانی متغیرند. عوامل جسمانی اساس بدنی داشته و بیماری‌های حادّ و مزمن، آسیب‌دیدگیهای ناشی از ضربه، اعمال جراحی، داروهای تجویز شده یا مخدرها را شامل می‌شود. به‌رغم تندرست بودن فرد، تغییرات فیزیولوژیایی وابسته به سن نیز موجب افت پاسخهای جنسی در مردان و زنان می‌شود. برای مثال، مردان مسن‌تر برای رسیدن به نعوظ نیازمند مغازله و عشق‌بازی طولانی‌تر هستند و به‌طور کلی پاسخدهی آنان به محرکهای جنسی با تأخیر بیشتر و شدت کمتری همراه است.

عوامل روانشناختی مؤثر در بروز ناتوانی جنسی اغلب با یادگیری‌های نادرست و تغییرات خلقی و احساسی منفی مرتبط است. این عوامل معمولاً بعد از دوره‌ای از عملکرد جنسی رضایت‌بخش موجب بروز اختلالهای نعوظی می‌شوند. به بیان دیگر، به‌ندرت می‌توان فردی را یافت که از آغاز شروع فعالیت جنسی دچار ناتوانی بوده باشد. ناتوانی جنسی در مردان مسن تقریباً همیشه یک مشکل اکتسابی است که بعد از شروع یک بیماری، اشکال در روابط بین فردی (برای مثال درگیری‌های زناشویی) یا سایر رخدادهای تنش‌زای زندگی ایجاد می‌شود. از میان عوامل روان‌شناختی که فرد را مستعد ابتلا به ناتوانی جنسی می‌سازند می‌توان به اضطراب عملکرد، افسردگی و رخدادهای تنش‌زای زندگی اشاره کرد. توجه و سواستی به ایجاد و حفظ یک

نعوظ رضایت‌بخش احتمالاً شایع‌ترین مشکل روانشناختی است که مبتلایان به ناتوانی جنسی با آن روبرو هستند. افرادی که توجه افراطی به عملکرد جنسی خود نشان می‌دهند اغلب شروع ناگهانی علائم ناتوانی را به دنبال یک مورد ناکامی در به دست آوردن نعوظ گزارش می‌کنند. این تجربه ناکام‌کننده ممکن است در شرایطی رخ داده باشد که اساساً فرد را برای ناتوانی جنسی مستعد می‌کنند. برای مثال، مصرف زیاد مشروبات الکلی، داروهای مخدر یا رویارویی با مسایل بسیار تنش‌زای زندگی به خودی خود اثر نامطلوبی بر کارکرد جنسی می‌گذارند که ممکن است در ترکیب با توجه افراطی فرد به عملکرد جنسی خود، موجب آغاز یک دوره ناتوانی جنسی شوند. در هر صورت، آنچه بیش از همه موجب اختلال در پاسخ نعوظی می‌شود، شیوه برداشت و ادراک فرد از ناتوانی نعوظ است. اگر فرد نگران باشد که مبدا این ناتوانی در موقعیتهای جنسی بعدی نیز رخ دهد، ناخواسته چنین اضطرابی را به سایر شرایط جنسی تعمیم داده و انتظار ناتوانی جنسی در موقعیتهای دیگر می‌تواند پاسخهای فیزیولوژیایی وی را که در شرایط عادی (یعنی در غیاب مصرف مشروبات الکلی، مواد مخدر یا تجربه استرس و تنش) درست عمل می‌کرده‌اند، دچار مشکل سازد.

بررسی احتمال وجود افسردگی در افراد دچار ناتوانی جنسی بسیار مهم است زیرا بسیاری از افرادی که دچار افسردگی هستند، کاهش میل جنسی را گزارش می‌کنند. به علاوه مصرف داروهای

ضد افسردگی نیز از جمله مواردی است که موجب بروز اختلال در پاسخ نعوظی می‌شود. اگر شروع افسردگی همزمان با مرگ همسر، طلاق یا ناسازگاریهای زناشویی باشد، بهتر است هرچه سریعتر برای مشاوره زناشویی یا روان‌درمانی فردی اقدام کرد؛ و هنگامی که استرس‌های زندگی مانند مرگ یکی از اعضای خانواده، تغییرات شغلی یا مشکلات مالی موجب رخداد افسردگی شده باشند بایستی قبل از درمان ناتوانی جنسی حاصل از این افسردگی، به آموزش روشهای مقابله و کنار آمدن با این فشارها پرداخت.

عواملی همچون بی‌وفایی به همسر و احساس گناه همراه آن ممکن است به کاهش میل جنسی و مهار نعوظ منجر شود. تنفر از شریک جنسی، احساسهای خشم‌آلود نسبت به همسر و ترس از بیماریهای مقاربتی نیز ممکن است به ناتوانی جنسی بیانجامد. اگر رخداد ناتوانی جنسی گهگاهی بوده و فقط در ارتباط با همسر رخ دهد (ولی هنگام استمناء یا رابطه جنسی با همسر دوم یا شریک جنسی دیگر رخ ندهد) می‌توان علت آن را تعارضهای جدی زناشویی، عدم جذابیت همسر یا شریک جنسی، ایجاد حالت دلزدگی نسبت به همسر و وجود احساسات عمیق خصومت و خشم میان همسران دانست.

برخی از متخصصان علوم رفتاری معتقدند که بیماران دچار ناتوانی جنسی مادام‌العمر یا اولیه، اغلب دارای زمینه‌های مذهبی سختگیرانه یا تمایلات جنسی سرکوب شده‌ای هستند که هیچگاه

اجازه صحبت درباره مسایل جنسي يا سكس^۱ را به آنها نداده و موضوعات جنسي را هميشه كفيف و گناه‌آلود معرفي کرده‌اند. اين قبيل بيماران احتمالاً روابط نزديكي با مادران اغواگرشان داشته‌اند و از اين رو به احساسات ناخودآگاه زنای با محارم دچار گشته‌اند؛ ولي همواره می‌ترسیدند که مبادا پدرشان از اين ميل زناکارانه مطلع شود و آنان را اخته کند. بدین جهت نارسایی نعوظ را به‌عنوان دفاعی در برابر احساس گناه زنای با محارم به کار می‌برند. همچنین بسیاری از گروه‌های فرهنگي و قومي ارزش زيادی را به توانایی جنسي می‌دهند اما همزمان اطلاعات صحيحی را درباره عملکرد جنسي فراهم نمی‌آورند، اين امر موجب کسب اطلاعات نادرست، توقعات غيرواقعي درباره عملکرد جنسي، احساس گناه و مهار تواناییهای جنسي می‌شود.

لازم به توضيح است که اگر کژکاری نعوظی ناشی از تحريك جنسي باشد که از نظر کانون، شدت و مدت کافی نيست، نمی‌توان تشخيص ناتوانی جنسي يا اختلال نعوظی در مرد را مطرح کرد، زیرا مردان سالمند ممکن است برای دست‌يابی به یک نعوظ کامل نیازمند تحريك بیشتر يا طولانی‌تر باشند. بنابراین، چنین تغییرات فیزیولوژیایی را نباید به‌عنوان اختلال نعوظی قلمداد کرد.

ناتوانی جنسي در مردان سالمند

توانایی جنسي در زمان پيري از یک مرد به مرد ديگر و

همچنین در یک مرد معین از زمانی به زمان دیگر متفاوت است. روشن است که در طول فرایند پیری، توانایی و عملکرد جنسی به طور مستقیم تحت تأثیر ضعف جسمانی مزمن و حاد و یا زوال فیزیولوژیایی عمومی بدن قرار می‌گیرد؛ اما مؤثرترین عامل بر واکنش جنسی مردان به هنگام پیری، شرایط اجتماعی - جنسی حاکم بر جامعه و محیطی است که شخص دوره فعالیت جنسی خود را در آن سپری کرده است.

مؤثرترین عامل در حفظ نیروی جنسی مردان سالخورده، ثبات و پایداری فعالیتهای جنسی آنان در طول دوره‌های قبلی زندگی است. اگر مرد در طی سالهای تکوین فعالیت جنسی، تحریکهای جنسی مناسبی دریافت کرده و عملکرد جنسی مطلوب و قابل توجهی داشته باشد و همین آهنگ فعالیت جنسی را تا سالهای ۳۰ و ۴۰ سالگی ادامه دهد، معمولاً در دوران پیری نیز از توانایی جنسی رضایت‌بخشی برخوردار خواهد بود.

ناتوانی جنسی در مردان معمولاً بعد از ۵۰ سالگی به گونه‌ای چشمگیر افزایش می‌یابد. همان‌طور که انتظار می‌رود، ناتوانی جنسی اکتسابی یا ثانویه بعد از این دوران بیشتر شده و با گذشت دهه‌های عمر بر این ناتوانی افزوده می‌شود. اما اگر سطوح بالای فعالیت جنسی از سالهای آغازین فعالیت جنسی حفظ شده و عوامل حاد و مزمن محدودکننده توانایی جسمانی در این امر تداخل نکنند، مردان سالمند ۷۰ و حتی ۸۰ ساله نیز می‌توانند به گونه‌ای فعال به ابراز احساسات و فعالیت جنسی بپردازند. مردان

متعلق به اين گروه‌های سني چنانچه در گذشته نيز به مدت طولاني از مقاربت محروم بوده باشند، در صورت دريافت تحريك جنسي كافي و وجود شريك جنسي علاقمند، مي‌توانند عملکرد جنسي مؤثري نشان دهند. داشتن روابط جنسي منقطع در قابليت واكنش جنسي مردان سالخورده اثر كليدي دارد، زيرا بسياري از مردان سالخورده مي‌گويند كه كاهش موارد آميزش و ارضاي جنسي، موجب افت سريع انگيزش جنسي آنان مي‌شود.

از جمله مشكلات ديگري كه بر ناتواني جنسي مردان ميان سال و سالمند مؤثر است مي‌توان به بيماري‌های جسماني حاد و مزمن اشاره كرد. معمولاً پس از ۶۰ سالگي هر نوع ضعف جسماني ممكن است موجب كاهش عملکرد جنسي شود. براي مثال، بيماري‌های ديرپايي همچون ديابت^۱ (مرض قند) اثر انكارناپذيري بر توانايي جنسي و بروز اختلال نعوظي در مردان دارد. همچنين، اغلب آسيب‌های رواني ناشي از پيري، با كاهش فعاليت جنسي همراهند. به‌طور خلاصه، هر ناراحتي حاد يا مزمني كه موجب تضعيف قواي جسماني مرد شود، ممكن است انگيختگي يا توانايي جنسي او را نيز كاهش داده يا از بين ببرد.

واقعيت انكارناپذير ديگر اين است كه «ترس از شكست» در رابطه جنسي، نقش مهمي در خودداري مردان ميانسال يا سالمند از مقاربت بازي مي‌كند. بسياري از مردان (ميانسال، سالمند يا حتي جوان) در صورت ابتلا به اختلال نعوظي، به جاي اين كه با ناتواني

جنسی خود برخورداردی منطقی داشته باشند، به طور ارادی از مقاربت امتناع می‌ورزند و قبول یا حتی باور نمی‌کنند که دلیل امتناع جنسی آنها همان فرایند زوال طبیعی توانایی جنسی است که به صورت یک فرایند طبیعی همگام با کهولت رخ می‌دهد. ابراز عصبانیت و ناسازگاری با شریک جنسی اغلب به عنوان وسیله و دستاویزی برای گریز از اضطرابهای ناشی از ناتوانی جنسی به کار گرفته می‌شوند. بسیاری از مردان میانسال با انتخاب و ازدواج با زنان بسیار جوان ناخواسته خود را به این مشکل گرفتار می‌سازند. چرا که از نظر روانی این دسته از مردان میانسال ناخودآگاه در صدد احیای دوباره نیروی جنسی برآمده و فکر می‌کنند که با انتخاب یک جفت جنسی جوان، می‌توانند احساس حقارت ناشی از افت و زوال طبیعی کارکردهای جنسی را جبران کنند و از این راه عزت نفس خود را افزایش دهند. ناکارآمدی این راه حل هنگامی آشکار می‌شود که خواسته‌های شریک جنسی جوان در تضاد با توانایی‌های فیزیولوژیایی مردان سالمند قرار می‌گیرد و این ناهمخوانی و ناتوانی در برآورده ساختن میل جنسی همسر جوان، موجب احساس بی‌کفایتی و سرانجام بروز ناتوانی جنسی بیشتر در مرد میانسال یا سالمند می‌شود.

یکنواختی در رابطه جنسی و اثر آن بر ناتوانی جنسی

شاید یکنواختی و فقدان تنوع جنسی بزرگترین علت کاهش علاقه مردان و بویژه مردان میانسال و سالمند به آمیزش با شریک

جنسی خود باشد. این یکنواختی احتمالاً ناشی از رابطه‌ای است که صرفاً مبتنی بر ارضای جسمانی میل جنسی بوده است و همچنین، اگر مؤلفه جنسی ازدواج از سایر جنبه‌های آن کم‌رنگ‌تر باشد، بازهم ممکن است یکنواختی و دلزدگی بر رابطه جنسی زن و مرد حاکم شود.

برخی از نظریه‌پردازان معتقدند که موجودات انسانی نر و اسلاف آنان یعنی نخستین‌ها به لحاظ تکاملی و به‌عنوان یک اصل انکارناپذیر برای ادامه بقا، موجوداتی چند همسر^۱ بوده‌اند که با انتخاب جفت‌های متعدد سعی در ادامه بقای نوع خود و گسترش قلمرو زیستی خویش داشته‌اند. بر این اساس در فرهنگ‌های پدرسالارانه قدیم و کنونی نیز مردان به داشتن تنها یک همسر یا شریک جنسی محدود نبوده و نیستند. از این نظر، وجود گرایش‌های چند همسری و میل به برقراری رابطه جنسی با همسران متعدد پس از سالها زندگی با یک همسر، امری اجتناب‌ناپذیر تلقی شده و درصد بالاتر روابط برون همسری در مردان متأهل نسبت به زنان متأهل نیز تأییدی بر این دیدگاه است (۶۰ درصد در مردان و ۴۰ درصد در زنان جامعه آمریکا*).

در دیدگاه چند همسری عنوان می‌شود که گرایش به تعدد زوجین یا دلزدگی از همسر ناشی از بی‌قراری جنسی است که پس

1- polygamic

* به لحاظ کمبود پژوهش‌های داخلی مرتبط با مسایل جنسی، اغلب اطلاعات آماری ارایه شده در این کتاب مربوط به مطالعات خارج از ایران است.

از سالها زندگی با یک همسر رخ می‌دهد. در این حالت تمامی خواسته‌ها، علایق، جلوه‌گریها و طنازی‌های زن قبل از انجام فعالیت جنسی، از نظر مرد معین و پیش پا افتاده است، بویژه اگر مرد مورد نظر قبلاً چند شریک جنسی دیگر را نیز تجربه کرده باشد. براساس این دیدگاه، مردان با انتخاب شریک جنسی جدید می‌توانند در خود انگیزش جنسی بوجود آورند و توانایی جنسی خویش را تحریک کنند. اشکال عمده این دیدگاه آن است که هیچ توضیح مستدلی درباره فرهنگهای مادرسالار (که در آنها چند همسری زنان رواج دارد) ارائه نمی‌دهد.

گروهی از زنان اظهار می‌کنند که از نظر جنسی علاقه و رغبت زیادی به شوهرانشان نشان نمی‌دهند. در این موارد مردان نیز به‌طور ناخودآگاه از آمیزش با زن خود امتناع می‌کنند، زیرا شخصیت مردان (بویژه مردان سالمند) نسبت به خودداری زن از آمیزش حساسیت ویژه دارد. برخی از زنان با نزدیک شدن به دوره یائسگی ممکن است احساس کنند که جذابیت و توانایی جنسی خود را از دست داده‌اند، در نتیجه از رسیدن به سر و وضع خود و حفظ جذابیت‌های جنسی غافل مانده و این حالت خواه‌ناخواه موجب دلزدگی جنسی مردان و امتناع بیشتر آنان از رابطه جنسی می‌شود. برای مثال، در یکی از جلسه‌های مشاوره زناشویی، زن از این که همسرش دیگر مانند اوایل ازدواجشان نسبت به او میل و رغبت جنسی نشان نمی‌داد شکوه داشت و از درمانگر می‌خواست تا علت این تغییر را از شوهرش بپرسد. شوهر زن در جواب این

پرسش گفت: «از او بپرسید که چرا در اوایل ازدواجمان همیشه بوی عطر می‌داد و به لباس و آرایش ظاهرش توجه بسیار داشت اما اکنون تنها بویی که از وی به مشام می‌رسد بوی پیازداغ و آشپزخانه است!!!» از سوی دیگر، مردانی که خود را غرق مشغله‌های اقتصادی و شغلی می‌کنند نیز ممکن است وقت زیادی نداشته باشند تا درباره‌ی مسایل عاطفی و احساسی با همسرشان گفتگو کنند. روشن است که توجه انحصاری به مشغله‌های نامربوط بزرگترین عامل مخرب و مانع اصلی برای بروز تمایلات جنسی زن و مرد و بروز دلزدگی و احساس یکنواختی در رابطه‌ی جنسی است.

مورد بهرام

بهرام یک مرد ۵۸ ساله متاهل است که توسط متخصص کلیه و مجاری ادرار به روان‌شناس ارجاع شده است. او یک حسابدار بازنشسته است که ۲۹ سال پیش با همسرش فرنگیس (که اکنون ۵۷ سال دارد و کارشناس بازنشسته تغذیه است) ازدواج کرد. آنان هیچ فرزندی ندارند. چند سالی است که بهرام برای رسیدن به نعوظ و حفظ آن با مشکل روبرو است. در ضمن مصاحبه، بهرام عنوان کرد که به نظر او یکنواختی برنامه‌ی آمیزش جنسی وی و همسرش موجب به وجود آمدن این مشکل شده است. آمیزش جنسی آنان هفته‌ای یک بار و همواره در روزهای جمعه بوده است و روزهای جمعه بهرام قبل از آماده شدن برای آمیزش همیشه خرده کارهایی داشته که باید انجام می‌داده است، از جمله بیرون بردن و گرداندن سگ

خانگی‌شان، رفتن به حمام و اصلاح صورت. در حال حاضر رفتار جنسی این زن و شوهر محدود به تحریک دستی یکدیگر است. بهرام گزارش کرد که همسرش تا زمانی که با تحریک دستی او به اوج لذت جنسی نرسد به وی اجازه دخول و مقاربت نمی‌دهد و حاضر نیست دست از این رفتار خود بردارد زیرا به نظر همسرش شروع مقاربت قبل از آنکه زن به اوج لذت جنسی برسد «کار فاحشه‌ها» است. این باور همسرش موجب شده است تا اکنون که دوران یائسگی را می‌گذرانند و مهبلش هنگام مقاربت لیزشدگی اندکی دارد نیز از به کار بردن کرم‌های لیزکننده مانند ژل KY^۱ خودداری کند. همسر بهرام رابطه جنسی خود و شوهرش را همانند رابطه جنسی زنان همجنس باز قلمداد می‌کند. آن دو اظهار کردند که اگرچه در طول زندگی زناشویی مشکلاتی داشته‌اند اما همواره تا قبل از بروز مشکل کنونی بهرام از نظر جنسی رابطه رضایت بخشی با یکدیگر داشته‌اند.

در مصاحبه‌ای که روان‌شناس به تنهایی با بهرام و همسرش انجام داد اطلاعات ارزشمندی به دست آورد. بهرام عنوان کرد که او بعد از ظهر هر پنجشنبه برای آنکه بتواند نعوظ خود را در صبح روز بعد کنترل کند استمناء می‌کرده و همسرش نیز از این کار بی‌اطلاع است. بعلاوه هنگام مشاهده صحنه‌های شهوت‌انگیزی که دستیار روان‌شناس برای بررسی وضعیت او به طور خصوصی به وی نشان داده بود توانست به سرعت و سهولت به نعوظ کامل دست یابد که این نتیجه موجب شگفتی دستیار شده بود. همسر بهرام در مصاحبه

انفرادی خود با روان‌شناس عنوان کرد که تقریباً ۲۰ سال پیش شوهرش با زنی دیگر رابطه داشته است و این موضوع موجب احساس خشم و عصبانیت همیشگی او نسبت به شوهرش است.

در جلسه آخر، روان‌شناس به آنها ۳ توصیه کرد:

- ۱- بهرام دیگر نباید عصر روز قبل از آمیزش استمناء کند.
- ۲- همسرش باید قبل از آمیزش کرمهای لیزکننده استفاده کند.
- ۳- هر دو نفر خرده‌کاریهای روز جمعه را به بعد از آمیزش موکول کنند.

پیگیری وضعیت بهرام و همسرش یک ماه پس از آخرین ملاقات با روان‌شناس نشانگر بهبود قابل ملاحظه در روابط جنسی آن دو بود.

اختلالهای اوج لذت جنسی

الف - اختلال اوج لذت جنسی در مرد^۱ (اوج لذت جنسی بازداری شده^۲)

اختلال اوج لذت جنسی در مرد گاهی اوقات اوج لذت جنسی بازداری شده یا انزال دیررس نیز نامیده شده است. این اختلال با ناتوانی در انزال یا رسیدن به اوج لذت جنسی به‌رغم تحریک کافی مشخص می‌شود. به عبارت دیگر، ویژگی اصلی این اختلال تأخیر یا فقدان همیشگی یا عودکننده اوج لذت جنسی به دنبال مرحله انگیختگی جنسی طبیعی است. برای مثال، مردی که هنگام آمیزش جنسی به‌رغم دریافت تحریک جنسی مستمر و

رسیدن به انگیزختگی جنسی طبیعی حتی پس از ساعتها مقاربت نیز نتواند به اوج لذت جنسی برسد یا انزال کند.

برای قضاوت دربارهٔ این که آیا مردی در رسیدن به اوج لذت جنسی تأخیر دارد یا نه باید سن او و کافی بودن تحریک جنسی را از نظر کانون، شدت و مدت مورد توجه قرار دهیم. زیرا در برخی از مردان که دارای کارکرد جنسی طبیعی هستند، نرسیدن به اوج لذت جنسی ممکن است به علت تحریک جنسی ناکافی یا کوتاه مدت باشد. در شایع ترین شکل اختلال اوج لذت جنسی مردان، توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی یا انزال در حین آمیزش وجود ندارد اما فرد می تواند از راه تحریک دستی یا دهانی توسط شریک جنسی، به انزال برسد. برخی از مردان مبتلا به این اختلال می توانند به اوج لذت جنسی جماعی (یعنی در اثر مقاربت) دست یابند اما به شرط این که قبل از جماع، به مدت طولانی و با شدت زیادی تحریک جنسی دریافت کنند. برخی دیگر از مبتلایان به این اختلال تنها هنگامی به انزال می رسند که استمناء کنند و محدودی دیگر از این بیماران نیز اوج لذت جنسی را فقط هنگام بیدار شدن از یک رؤیای شهوت انگیز تجربه می کنند.

اختلال اوج لذت جنسی در مرد ممکن است تعمیم یافته یا موقعیتی باشد؛ شکایت یک مرد ممکن است این باشد که پس از دخول و مقاربت نمی تواند به اوج لذت جنسی برسد ولی با تحریک دستی خودش یا حتی همسرش این حالت ظاهر می شود. لازم به یادآوری است که در بعضی از موارد یک مرد ممکن است

به اوج لذت جنسی برسد ولی انزال نداشته باشد؛ به این پدیده «انزال پس‌گستر»^۱ یا وارونه می‌گویند. در این حالت منی به جای خروج از آلت تناسلی واپس رفته و وارد مثانه می‌شود که علت آن ممکن است مصرف برخی از داروها یا ابتلا به بعضی از بیماریهای جسمانی باشد. برای مثال، آسیب‌دیدگی عقده‌های سمپاتیک در اثر جراحی یا تباهی سلولهای عصبی دستگاه عصبی خودمختار ممکن است موجب بروز این اختلال شود.

بسیاری از مردان فاقد اوج لذت جنسی جماعی، هنگام معاشقه احساس انگیختگی جنسی را گزارش می‌کنند اما وقتی شروع به داخل کردن احلیل به مهبل می‌کنند این کار به تدریج برای آنان تبدیل به یک وظیفه می‌شود نه لذت.

وقتی یک مرد فقدان اوج لذت جنسی جماعی خود را از همسرش پنهان کرده باشد ممکن است در همسرش نازایی با علت نامعلوم ظاهر شود. احتمالاً این اختلال به بروز آشفتگی در روابط زناشویی یا جنسی منجر می‌شود اما در مواردی که مشکلات مربوط به اوج لذت جنسی به صورت گاهگاهی وجود داشته یا آنکه به پریشانی قابل ملاحظه در روابط زناشویی نمی‌انجامد، بهتر آن است که از به کار بردن لفظ «اختلال» برای آن پرهیز کنیم.

به‌طور کلی مردان با افزایش سن ممکن است نیازمند دوره طولانی‌تر تحریک برای رسیدن به اوج لذت جنسی باشند. همچنین برای تشخیص درست این اختلال باید تعیین شود که آیا

1- retrograde ejaculation

برای رسیدن به اوج لذت جنسی، تحریک کافی بوده است یا نه. لازم به یادآوری است که مردان معمولاً حتی هنگامی که به بیماریهای عروقی یا عصبی موجب اشکال در استحکام نعوظ دچار هستند، می‌توانند به اوج لذت جنسی برسند. بعلاوه در مردانی که غده پروستات و کیسه‌های منی آنها بر اثر عمل جراحی سرطان پیشرفته لگن از دست می‌رود، هم احساس اوج لذت جنسی و هم انقباضهای شدید ماهیچه‌های مخطط به هنگام اوج لذت جنسی سالم می‌ماند. از این‌رو تشخیص درست این اختلال وابسته به آگاهی از تاریخچه کامل زندگی جنسی فرد، یافته‌های آزمایشگاهی و معاینه دقیق بدنی است. برای مثال، آزمون آستانه حسی ممکن است کاهش احساس در پوست آلت تناسلی را نشان دهد که می‌تواند ناشی از آسیبهای نخاع یا اعصاب حسی احلیل باشد.

پژوهشهای مختلف، شیوع این اختلال در مردان را بین ۱ تا ۱۰ درصد برآورد کرده‌اند. موضوع مهمی که در این پژوهشها بدان اشاره شده این است که اغلب مردان مبتلا به این اختلال هیچگاه در پی درمان برنمی‌آیند بلکه برای ارضای جنسی خود به روشهای دیگری غیر از مقاربت احلیلی - مهبل‌ی روی می‌آورند. همچنین احتمال زیادی وجود دارد که این قبیل مردان بواسطه حالت منحصر به فردشان از سوی همسر یا شریک جنسی خود مورد تقویت و تشویق قرار گیرند و ناخواسته از جستجوی درمان سر باز زنند.

مورد نوید

نوید یک مرد ۴۲ ساله متأهل است که درباره عملکرد جنسی خویش با همسرش نگرانی دارد. آنان مدت ۷ سال است که ازدواج کرده‌اند و در این مدت همسر نوید به ندرت از مقاربت با او خرسند بوده است. در یکی دو سال گذشته همسر نوید بیشتر مشغول رسیدن به کارهای خانه و تربیت و پرورش فرزندانشان بوده و میزان مقاربت‌های آنان کمتر از آن چیزی بوده که نوید می‌خواسته است.

نوید می‌گوید که به تازگی دچار یک مشکل غیرعادی شده است. او می‌گوید: «احلیل من به خوبی نعوظ پیدا می‌کند و برای دخول هیچ مشکلی ندارم ولی همسر همیشه مانند مرده‌ها به پشت دراز می‌کشد و نظاره گر من می‌شود. به همین دلیل من هم در ذهن خود زنی خیالی را تصور می‌کنم و به مقاربت با او ادامه می‌دهم، اما هرچه می‌کوشم به اوج لذت جنسی و انزال برسم فایده‌ای ندارد و این مسئله برایم عذاب آور شده است. گاهی اوقات اگر سعی زیادی بکنم بالاخره به انزال می‌رسم ولی این کار به زمان طولانی نیاز دارد». ترس عمده نوید آن است که مبادا این حالتها نشانی از احتمال ابتلا به ناتوانی جنسی باشد!!

ب - انزال زودرس^۱

انزال زودرس یعنی رسیدن به اوج لذت جنسی زودتر از زمانی که به‌طور معمول برای فعالیت جنسی رضایت‌بخش زوجها

1- premature ejaculation

لازم است. اغلب گفته می‌شود که این اختلال یکی از شایع‌ترین کژکاریه‌های جنسی است. شکایت معمول مردانی که به دلیل چنین مشکلی نزد روان‌شناس یا پزشک می‌آیند این است که «بسیار سریع» به اوج لذت جنسی می‌رسند. به عبارت دیگر این قبیل بیماران مشکل خود را به سه صورت عنوان می‌کنند. یا می‌گویند که با کمترین تحریک جنسی قبل از دخول به انزال می‌رسند؛ یا به هنگام وارد کردن احلیل به مهبل دچار انزال می‌شوند و یا به فاصله‌ای کوتاه پس از دخول و پیش از زمان دلخواه انزال می‌کنند. مشکل انزال زودرس را باید برحسب این که تا چه اندازه در فعالیت جنسی و لذت بردن زوجها ایجاد اختلال می‌کند، مورد بررسی قرار دارد. برای مثال، انزال همیشگی پیش از دخول یا بلافاصله پس از آن، ممکن است یک مشکل آشکار تلقی شود، در حالی که رسیدن گاهگاهی به اوج لذت جنسی در مدت کوتاه را نمی‌توان اختلال قلمداد کرد. بدین منظور برای تشخیص صحیح این اختلال باید عوامل مؤثر بر طول مدت مرحله‌انگیختگی، مانند سن، تازگی شریک جنسی یا موقعیت، و فراوانی فعالیت جنسی اخیر را در نظر بگیریم. برای مثال، تازگی شریک جنسی از جمله عواملی است که هیجانهای جنسی را با شدت بیشتری برمی‌انگیزد و لذا در این شرایط مراحل پاسخ جنسی با سرعت بیشتری طی می‌شود. همچنین، موقعیتهایی که در آن احتمال رسوا شدن یا بی‌آبرویی می‌رود (مانند جماع با فواحش یا در مکانهایی که احتمال دستگیری هست) بواسطه حالت اضطرابی که در فرد ایجاد

می‌کند ممکن است موجب انزال زودرس شود. بیشتر مردان مبتلا به این اختلال معمولاً به هنگام استمناء می‌توانند اوج لذت جنسي را بیش از هنگام مقاربت با همسرشان به تأخیر بیاورند. همچنین برآورد زنان از زمان انزال همسرشان و قضاوتشان درباره این که آیا انزال زودرس یک مشکل است یا نه ممکن است کاملاً متفاوت باشد. برای مثال، ممکن است زنی مرد خود را دچار انزال زودرس بداند اما زنی دیگر مدت زمان انزال همین مرد را کاملاً طبيعي و دلخواه قلمداد کند. در این شرایط ناهمخوانی چرخه پاسخ جنسي زوجین با یکدیگر مطرح است. یعنی مرد مورد نظر از هماهنگی ساختن چرخه پاسخ جنسي خود با زن اول ناتوان است زیرا هنگامی که او به اوج لذت جنسي می‌رسد، زن در نیمه راه انگیختگی به سر می‌برد. از این رو چنین مردی باید بیاموزد که چرخه پاسخ جنسي خود را با همسرش منطبق سازد، اگرچه این چرخه ممکن است در رابطه با زنی دیگر همخوان و منطبق باشد. به عبارت دیگر، مردان باید بیاموزند که طول مراحل پاسخ جنسي خود را با شریک جنسي خویش منطبق سازند زیرا طول مراحل پاسخ جنسي زنان بویژه در مرحله انگیختگی بیشتر از مردان است. از این رو آنان برای رسیدن به اوج لذت جنسي به معاشقه و تحریک بیشتری نیازمندند که این تحریک را می‌توان با معاشقه طولانی‌تر و به تأخیر انداختن زمان شروع دخول فراهم کرد.

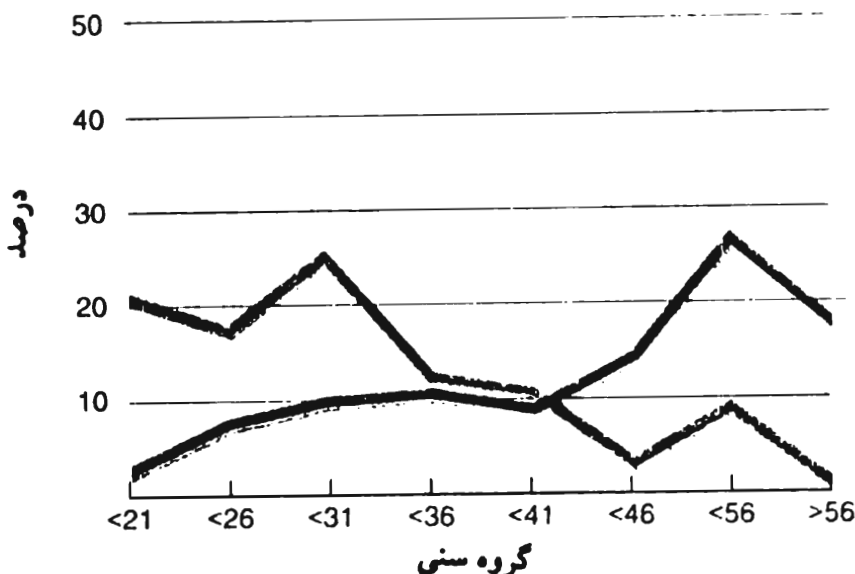
بیشتر مردان جوان همراه با افزایش تجربه جنسي و سن، به تأخیر انداختن اوج لذت جنسي را می‌آموزند اما در برخی از مردان

انزال زودرس ادامه می‌یابد و ممکن است بدین دلیل در جستجوی کمک برآیند. برخی از مردان می‌توانند در رابطه خود با شریک جنسی همیشگی شان انزال را به تأخیر بیاورند اما وقتی با یک شریک جنسی جدید روبرو می‌شوند به انزال زودرس دچار می‌گردند. معمولاً انزال زودرس در مردان جوان دیده می‌شود و اغلب جوانان در نخستین تلاش‌هایشان برای آمیزش جنسی، آن را تجربه می‌کنند. همچنین برخی از مردان پس از یک دوره کارکرد مطلوب جنسی توانایی به تأخیر انداختن اوج لذت جنسی را از دست می‌دهند. وقتی که شروع این اختلال پس از یک دوره کارکرد جنسی مطلوب باشد، اغلب با کاهش فراوانی فعالیت جنسی، اضطراب شدید در حین جماع با شریک جنسی جدید یا بروز اشکال در ایجاد و حفظ نعوظ احلیل همراه است.

در بعضی از مردان که مصرف دایمی مشروبات الکلی را متوقف کرده‌اند نیز ممکن است انزال زودرس ظاهر شود زیرا آنان به جای آموختن شیوه‌های رفتاری برای به تأخیر انداختن اوج لذت جنسی، به مصرف الکل متکی بوده‌اند. همچنین دسته‌ای دیگر از مردان وجود دارند که برای درمان این اختلال ناآگاهانه در دام اعتیاد به تریاک گرفتار می‌شوند. این قبیل مردان برای آنکه بتوانند کنترل انزال را به دست گیرند، با مصرف مواد افیونی همچون تریاک یا هروئین سعی در به تأخیر انداختن اوج لذت جنسی دارند اما غافل از این که ادامه مصرف این قبیل مواد به سرعت فرد را وابسته و معتاد ساخته و پس از مدتی کوتاه حتی

توانایی ایجاد نعوظ یا حفظ آن را نیز از دست می‌دهند. میزان شیوع انزال زودرس در مردان جوامع غربی بین ۳۶ تا ۳۸ درصد است و بیش از ۶۰ درصد از مردانی که به درمانگاه‌های اختلالات جنسی مراجعه می‌کنند به انزال زودرس دچارند. برای مثال، دسته‌ای از پژوهشها عنوان کرده‌اند که افراد دچار انزال زودرس معمولاً ظرف ۱ تا حداکثر ۲ دقیقه پس از دخول به اوج لذت جنسی می‌رسند در حالی که مدت رسیدن به اوج لذت جنسی در مردان عادی ۷ تا ۱۰ دقیقه است. به نظر می‌رسد که شیوع انزال زودرس با افزایش سن رو به کاهش می‌گذارد و به عکس شیوع ناتوانی جنسی یا مشکلات نعوظی با بالا رفتن سن بیشتر می‌شود.

(به شکل ۱ - ۶ نگاه کنید). انزال زودرس، تعداد افراد = ۶۶
نارسایی نعوظی، تعداد افراد = ۲۶۲



شکل ۱ - ۶: توزیع سنی مردان دچار انزال زودرس و نارسایی نعوظی. شیوع انزال زودرس با افزایش سن رو به کاهش می‌گذارد در حالی که نارسایی‌های نعوظی بیشتر می‌شوند (گزارش از وارنر^۱ و همکارانش، ۱۹۸۷؛ برگرفته از دورند و بارلو^۲، ۱۹۹۷).

این که آیا انزال زودرس یک مشکل قلمداد می‌شود یا نه بستگی به فرهنگی دارد که در آن زندگی می‌کنیم. برخی از فرهنگها انزال زودرس را مشکل و برخی دیگر آن را یک امر طبیعی می‌دانند. برای مثال، در جوامعی که لذت جنسی برای زنان منع شده است (مانند قبیله سو^۱ در شمال شرقی اوگاندا)، انزال سریع و زودرس یک امتیاز قلمداد می‌شود زیرا مرد را از انجام فعالیتی که موجب ناخرسندی و عدم لذت زن می‌شود به سرعت رها می‌سازد. چنین جوامعی تنها هدف رابطه جنسی را بارداری و تولیدمثل و جماع را یک وظیفه دردآور و نه لذت‌بخش می‌دانند!! به عکس، در جوامعی که رابطه جنسی و جماع به لحاظ نقش مهم آن در برقراری صمیمیت هیجانی بسیار باارزش و حق لذت بردن یکسان در زن و مرد و ابراز عشق متقابل میان آن دو پایه‌ای برای دوام یک رابطه سازنده زناشویی و انسانی قلمداد می‌شود، انزال زودرس را مشکلی برای رسیدن به این اهداف و لذا اختلال معرفی می‌کنند.

گزارشهای مختلف حاکی از آن است که شیوع انزال زودرس در مردان تحصیل کرده بیش از مردان بی‌سواد یا با سطح تحصیلات اندک است. علت این امر شاید «اضطراب» بیشتری باشد که مردان تحصیل کرده نسبت به عملکرد جنسی خود و نقش آن در ارضای شریک جنسی‌شان احساس می‌کنند. به عبارت دیگر مردان

تحصیل کرده بیشتر نگران آنند که آیا شریک جنسی آنها نیز از مقاربت لذت می برد یا نه و آیا او هم به اوج لذت جنسی می رسد یا نه. پس می توانیم بگوییم که یکی از مهمترین عوامل مؤثر در بروز انزال زودرس، اضطراب و هیجانهای منفی مرتبط با عمل جنسی است.

مردانی که نسبت به عملکرد جنسی خود هنگام مقاربت نگران بوده و احساس اضطراب می کنند، از همان شروع رابطه جنسی دائماً در این فکر هستند که الان انزال رخ می دهد و آنان قادر به کنترل آن نیستند. چنین افکاری موجب افزایش بیشتر اضطراب و لذا تحریک دستگاه عصبی سمپاتیک می شود (به فصل ۴ نگاه کنید). تحریک دستگاه عصبی سمپاتیک موجب ارسال پیامهای عصبی به مجاری منی بر و غده پروستات در قاعده احلیل و در نتیجه رخداد انزال می شود.

مطالعات گوناگون نشان داده اند که «شرطی شدن» مردان در دوران بلوغ و یا هنگام تجارب جنسی قبلی نقش تعیین کننده ای در ابتلا به انزال زودرس ایفا می کنند. در جوامعی که پدران و مادران استمناء یا جلق زدن نوجوانان را یک عمل مجرمانه و گناه آلود می دانند و بدین واسطه نوجوانان را به شدت نسبت به ارتکاب چنین عملی سرزنش می کنند، ناخواسته فرزندان خود را به سوی ابتلا به این اختلال سوق می دهند. همان طور که می دانید، انگیزه جنسی یک نیاز فیزیولوژیایی طبیعی و بهنجار است که با رسیدن به دوران بلوغ فعال شده و مفری برای ارضا می جوید. حال اگر

شرایط ارضای صحیح این میل که همانا ازدواج و تشکیل خانواده است مهیا نباشد، انسان با توسل به خودتحریکی^۱ در پی ارضای این انگیزه برمی آید. (لازم به ذکر است که نه تنها در انسان بلکه در حیواناتی همچون گربه، سگ و غیره نیز به هنگام در دسترس نبودن شریک جنسی استمناء صورت می گیرد).

چنانچه ارضای این انگیزه در دوران نوجوانی با حس گناه و ترس از گرفتار شدن همراه باشد، نوجوان یاد می گیرد که ارضای این میل را در خفا و به سرعت و با دلشوره و اضطراب انجام دهد چرا که هر آن احتمال رسوایی و دستگیری او از سوی والدینش وجود دارد.

تکرار این شرایط موجب می شود تا فرد نوجوان به طور خودکار یاد بگیرد که تحریک جنسی و اقدام برای کسب لذت جنسی همواره باید با سرعت و دلشوره همراه باشد و بدین جهت نسبت به چنین عملی شرطی می شود. به عبارت دیگر، او یاد می گیرد که کسب لذت جنسی و یا مقاربت بدون دردسر و گرفتاری، مشروط به انزال سریع تر است. یادگیری چنین الگوی نادرستی آنچنان در فرد تثبیت می شود که حتی پس از رسیدن به دوران بزرگسالی و برخورداری شدن از امکانات رابطه جنسی قانونی و طبیعی، دیگر نتواند به طور ارادی کنترل انزال خود را به دست گیرد.

شرطی شدن پاسخ انزال مختص به نوجوانان نیست بلکه در

بسیاری از موارد مردان بزرگسالی به این اختلال دچار می‌شوند که در گذشته سابقه رابطه جنسی غیرقانونی با زنان روسپی داشته‌اند؛ آنان بواسطه ترس از دستگیر شدن و رسوایی همواره کوشیده‌اند تا هرچه زودتر از این شرایط رها شوند. لذا تکرار چنین روابط نامشروعی که با احساس اضطراب و هراس همراه بوده فرد را به ارایه پاسخی (انزال زودرس) ترغیب کرده است که برای او جنبه محافظتی و لذا رهایی از دستگیری و رسوایی داشته است.

لازم به ذکر است که رفتار زنان به هنگام مقاربت، حالت فیزیکی مهبل و وضعیت جماع نیز نقش مهمی در کیفیت و سرعت انزال ایفا می‌کنند. بعضی از زنان هنگام مقاربت تحرک بیشتری از خود نشان می‌دهند و بویژه در حرکتهای متناوب جماعی با مرد همکاری می‌کنند که این عمل خود موجب احساس لذت بیشتر و در نتیجه انزال زودتر در مرد می‌شود. همچنین وضعیت مقاربت بر سرعت انزال اثر می‌گذارد. چنانچه به هنگام مقاربت مرد در رو و زن در زیر باشد سرعت انزال بیشتر می‌شود ولی در شرایطی که زن در رو قرار گرفته و مرد در زیر، انزال با تأخیر بیشتری صورت می‌گیرد. تنگی و گشادی مهبل زن نیز در سرعت انزال مرد تأثیر بسزایی دارد. در زنان زایمان نکرده، تنگی مهبل فشار بیشتری بر آلت مرد وارد می‌کند و سطح تماس نیز بیشتر است، از این رو موجب افزایش تحریک و سریع‌تر شدن انزال می‌شود. به عکس، در زنانی که زایمانهای متعدد داشته‌اند، گشادی مهبل فشار کمتری بر آلت مرد وارد می‌کند، سطح تماس احلیل با دیواره مهبل کمتر

است و در نتیجه انزال طولانی تر خواهد شد. البته امروزه با پیشرفت علم پزشکی و روشهای نوین جراحی، زنان زایمان کرده نیز می توانند با انجام عمل جراحی وضعیت مهبل خود را به حالت دلخواه برگردانند.

از جمله علتهای دیگری که برای انزال زودرس عنوان شده است، وجود تعارضهای زناشویی و احساس خشم و خصومت پنهان زوجین نسبت به یکدیگر است. برخی از روان شناسان معتقدند که احساس خصومت مرد نسبت به شریک جنسی خویش موجب می شود تا وی با انزال زودرس به طور غیرمستقیم خشم و خصومت خویش را نسبت به همسرش ابراز کند. در این وضعیت مرد با انزال زودتر از موعد خود زن را از رسیدن به اوج لذت جنسی محروم می سازد و به طور ناخودآگاه از وی انتقام می کشد. همچنین مشغولیت ذهنی مداوم برخی از مردان نسبت به احتمال رخداد حاملگی ناخواسته همسرشان ممکن است موجب بروز احساس اضطراب هنگام فعالیت جنسی و در نتیجه انزال زودرس شود.

در برخی از موارد نسبتاً نادر، علت ابتلا به انزال زودرس ممکن است یک بیماری جسمانی یا مصرف برخی از داروها باشد. برای مثال، التهاب مجرای احلیل و یا پروستات ممکن است به انزال زودرس منجر شود. همچنین برخی از شکستگیهای لگن یا آسیب دیدگیهای سیستم عصبی سمپاتیک ممکن است فرایند انزال را با مشکل روبرو سازند. به علاوه مصرف برخی از داروها مانند

دزیپرامین^۱ یا ترک مواد افیونی مانند تریاک موجب انزال زودرس می‌شوند.

مورد فرشید

فرشید یک مرد ۳۱ ساله متأهل و فروشنده لوازم یدکی اتومبیل است. او به روان‌شناس گفته است که هفته‌ای ۳ تا ۴ بار با همسر خود آمیزش می‌کند. وی اشاره کرده بود که اگر مشغله‌های کاریش اجازه دهد، دوست دارد تا بیش از اینها با همسرش آمیزش کند. مشکل عمده فرشید ناتوانی در کنترل زمان انزال است. او می‌گوید که تقریباً در ۷۰ تا ۸۰ درصد از مقاربت‌هایش به محض آنکه احتیاج خود را وارد مهبل همسرش می‌کند به انزال می‌رسد و این حالت از همان اوایل ازدواجشان (یعنی از ۱۳ سال پیش) وجود داشته است. اگرچه قبل از ازدواج ارتباط فرشید با زنان دیگر اندک بوده است اما در آن زمان هیچگاه مشکل انزال نداشته است.

فرشید می‌گوید که به هنگام مقاربت برای کنترل انزال و جلوگیری از رخداد سریع آن، درباره موضوعهای غیرجنسی مانند قوانین بازی فوتبال یا مشکلات کاری فکر می‌کند و یا این که در بیشتر مواقع دو بار مقاربت می‌کند زیرا برای بار دوم دیرتر به انزال می‌رسد. او گفته است که به ندرت استمناء می‌کند (حداکثر ۳ یا ۴ بار در سال) و هرگاه چنین کاری کرده میل داشته تا سریع‌تر به انزال برسد و این همان الگویی بوده است که از هنگام نوجوانی و به منظور اجتناب از رسوا شدن نزد اعضای خانواده‌اش اتخاذ کرده بود.

یکی از جمله نگرانیهای فرشید آن بود که نمی‌تواند همسرش را ارضا کند و تحت هیچ شرایطی نمی‌خواهد به همسرش بگوید که برای درمان اقدام کرده است. بررسی وضعیت فرشید نشان داد که او برای همسرش زیاد ولخرجی می‌کند زیرا این کار همسرش را خشنود می‌سازد. فرشید می‌ترسد که مبادا همسرش دیگر با او هم‌خوابی نکند، زیرا بیشتر موه‌های سرش ریخته و به زیبایی گذشته نیست؛ در عوض همسر او مدام ورزش می‌کند و با تناسب اندامی که به هم زده هر روز جذاب‌تر می‌شود.

روان‌شناس فرشید و همسرش را به شرکت در کلاسهای «آموزش رفتار جنسی» دعوت کرد و با آموزش «تکنیک چلانیدن» (به فصل ۷ نگاه کنید) به آنان، گام مؤثری در درمان اختلال فرشید برداشت.

اختلال درد جنسی^۱

مقاربت دردناک^۲

مقاربت دردناک یا دیسپارونیا (ریشه این اصطلاح در زبان یونانی به معنی «هم‌خواب ناخرسند» است) پدیده‌ای بسیار نادر در مردان است و معمولاً علت جسمانی دارد. ویژگی اصل این اختلال، درد تناسلی است که اغلب به هنگام آمیزش رخ می‌دهد، ولی ممکن است پیش یا پس از آمیزش جنسی نیز ظاهر شود. این اختلال در زنان شایع‌تر از مردان است ولی دسته‌ای از مردان نیز هستند که معمولاً به دلیل احساس درد تناسلی به هنگام مقاربت،

1- sexual pain disorder 2- dyspareunia

اندک اندک ميل خود را نسبت به رابطه جنسي از دست مي دهند. در اغلب افراد دچار مقاربت دردناک، کيفيت ميل جنسي، انگيختگي و اوج لذت جنسي طبيعي است اما احساس درد به هنگام آميزش آنچنان مشکلزا مي شود که رفتار جنسي را مختل مي کند.

تشخيص اختلال مقاربت دردناک بايد با ظرافت بسيار و پس از بررسي کامل از نظر احتمال ابتلاي فرد به بيماريهای جسماني صورت گيرد. براي مثال، يک مرد ۵۰ ساله شکوه داشت که هميشه هنگام انزال و دقايقی پس از آن دچار سردرد مي شود و اين سردردها بسيار شبیه میگرن^۱ است. اين مرد گزارش کرده بود که تا دو سال قبل از مراجعه به روان شناس، رابطه جنسي وی و همسرش بسيار رضايتمندبخش بوده است تا اينکه به دليل زمين خوردگي، پای او دچار لنگي شديد مي شود و به فاصله کوتاهی پس از اين تصادف احساس درد هنگام انزال رخ مي دهد. در معاینه های بسيار مفصل پزشکی که توسط متخصصان گوناگون از وی به عمل آمد، هيچ دليل جسماني براي مشکل فعلي او يافت نشد؛ بنابراين بهترين تشخيص در مورد اين بيمار همان ديسپارونيا يا مقاربت دردناک است.

شيوع مقاربت دردناک در ميان مردان، ۱ تا ۵ درصد و در زنان تقريباً ۱۱ درصد است. مبتلايان به اين اختلال معمولاً به پزشکان عمومي مراجعه مي کنند و در معاینه بدني نابهنجاريهای تناسلي

1- migraine

سردردهای تکرار شونده ای که برخی اوقات با اختلالات بينايی و گوارشی همراه است. اين سردردها احتمالاً به دليل بدکاري جريان خون مغز پديد مي آيند.

نشان نمی‌دهند. در حال حاضر اطلاعات محدودی در دست است که نشان می‌دهد سیر یا روند این اختلال گرایش به مزمن شدن دارد. به‌طوری که تجربه مکرر درد تناسلی هنگام جماع، ممکن است به اجتناب از مقاربت جنسی، گسیختن روابط جنسی موجود یا محدود کردن برقراری روابط جنسی جدید منجر شود.

برخی از بیماریهای جسمانی که ممکن است در مردان موجب مقاربت دردناک شود عبارتند از عفونت مجرای ادرار، التهاب یا زخم حشفه و بیماری پی‌رونی^۱. همچنین مصرف برخی از داروها ممکن است موجب اوج لذت جنسی دردناک شوند که عبارتند از فلو فنازین^۲، تیوریدازین^۳ و آموکسایین^۴.

ذکر این نکته حایز اهمیت است که درد گهگاهی در آمیزش جنسی که همیشگی و عودکننده نبوده و با پریشانی یا مشکل بین فردی همراه نیست، مقاربت دردناک یا دیسپارونیا قلمداد نمی‌شود بلکه بیشتر با شرایط و حالتهای خاص فرد در برخی از موقعیتهای مرتبط است.

مقاربت دردناک ممکن است از تنش یا اضطراب مربوط به عمل جنسی سرچشمه بگیرد که این علت در مورد زنان بیشتر از مردان مصداق دارد. در مردان علت بروز این اختلال اغلب با یک بیماری جسمانی (مانند بیماری پی‌رونی) در ارتباط است ولی هستند مواردی که یک عامل روانی نقش عمده‌ای را در ابتلای

نوعی بیماری که در آن لکه‌های داغی شکل سخت روی احلیل پدید می‌آید. 1- peyronie

2- fluphenazine 3- thioridazine 4- amoxapine

بیمار مرد به این اختلال بازی کرده است.

برخی از مهمترین عوامل مؤثر در پدید آیی کژکاري‌های جنسي در مباحث گذشته هنگام بحث از طبقه‌های اصلي کژکاري جنسي، به اختصار درباره برخی از متغیرهای بسیار مهم و ویژه که نقش اساسی در بروز این کژکاريها دارند اشاره کردیم. اکنون جای دارد تا توضیح بیشتری درباره این متغیرها ارائه دهیم.

الف - بی‌اطلاعی: نداشتن اطلاعات مناسب درباره کارکردهای جنسي احتمالاً اصلي‌ترین مشکل افراد دچار کژکاري جنسي است. بسیاری از مواقع مشکل جنسي فرد ناشی از بی‌اطلاعی او نسبت به واقعیتهای اساسی درباره چرخه پاسخ جنسي یا تصور نادرست وی از مسایل جنسي است. گاهی اوقات مردان جوان نگرانی بسیاری درباره سرعت رسیدن به اوج لذت جنسي دارند و معتقدند که حد مطلوب یا بهنجار آن در عمل باید بسیار طولانی‌تر باشد؛ در نتیجه این افکار، فرد دچار حالت تنش و نگرانی می‌شود که به نوبه خود می‌تواند در ایجاد نعوظ و حفظ آن یا مشکلات انزالی نقش داشته باشد. در گروه‌های فرهنگی خاص باورهای ترویج می‌شوند که ممکن است به مشکلاتی در سازگاری جنسي منجر شوند؛ برای مثال در بعضی از جوامع آسیایی، از دست دادن زیاد منی را بویژه در نوجوانی علت اصلي اختلالات جنسي و سایر آسیب‌دیدگیهای روانی می‌دانند. این موضوع ممکن است در

مردان این باور را ایجاد کند که خودشان باعث شده‌اند تا در مقابل این بیماریها آسیب‌پذیر شوند.

ب - نگرشها: نگرشها با اطلاعات و باورهای شخص دربارهٔ مسایل جنسی و فعالیت جنسی رابطه دارند. شخصی که با یک نگرش اخلاقی سخت‌گیر نسبت به مسایل جنسی پرورش یافته (برای مثال این عقیده که رابطهٔ جنسی فقط برای تولیدمثل است و نه کسب لذت) ممکن است نسبت به مسایل جنسی بازداری‌هایی پیدا کند. چنین شخصی ممکن است با همسر خود که نگرش آزادتر و بازتری دارد نیز تعارض پیدا کند. اگر یکی از زوجها بخواهد شیوه‌های متفاوت و جدیدی از معاشقه و آمیزش را تجربه کند، ممکن است این خواسته از دیدگاه همسرش که زمینهٔ نگرشی سخت‌گیرانه دارد، قابل قبول نباشد. بنابراین نگرش افراد ممکن است نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد و تداوم بخشیدن کژکاری جنسی داشته باشد.

ج - اضطراب: اضطراب یکی از عوامل اصلی مرتبط با کژکاری جنسی است. برخی از مشکلات جنسی تا اندازه‌ای به وسیلهٔ اضطراب ایجاد می‌شوند اما تردیدی نیست که اضطراب موجب حفظ و تداوم بسیاری از این کژکاری‌ها می‌شود. مرد جوانی را تصور کنید که در شرایط نامساعد و ناراحت برای یک رابطهٔ جنسی (برای مثال در داخل اتومبیل یا جایی که امکان مزاحمت یا مشاهده

شدن وجود دارد) قادر به نعوظ نیست. این ناتوانی ممکن است باعث ظاهر شدن اضطراب درباره احتمال شکست در موقعیتهای بعدی آمیزش جنسی و شکستهای مکرری را موجب شود که در نتیجه آنها اضطراب فرد به طور دایم شدیدتر می‌گردد. همچنین تجربه‌های ناخوشایند یا آسیب‌زای جنسی مانند مورد حمله یا بدرفتاری جنسی واقع شدن ممکن است به اضطراب فراگیر جنسی و در نتیجه به شکل‌گیری بیزاری جنسی بیانجامد. اضطرابهای جاری مانند ترس از باردار شدن شریک جنسی نیز ممکن است موجب مشکلات جنسی در مردان شود.

د - مشاهده‌گری^۱: منظور از مشاهده‌گری، گرایش شخص به مشاهده خودش در طی فعالیت جنسی است. افرادی که اضطراب جنسی دارند ممکن است در اثر ترس از شکست، به ایفای این نقش پردازند. چنین فردی به جای لذت بردن کامل از فعالیت جنسی، تا اندازه‌ای به مشاهده فعالیت و موفقیت یا شکست خود می‌پردازد. این پدیده موجب بازداری کنش جنسی، ناخشنودی و حتی شکست و ناتوانی واقعی می‌شود. با وجود این هستند مردان و زنانی که مشاهده واکنشهای جنسی خود را کاملاً تحریک‌کننده می‌دانند. مسئله این است که در شخصی که از قبل درباره رابطه جنسی اضطراب داشته، هرگاه مشاهده‌گری به نوعی ویژگی یا خصیصه مبدل شود، ممکن است باعث تداوم مشکل و گاهی بدتر

شدن آن گردد.

ه- مشکلات ارتباطی: روشن است که بین کیفیت رابطه میان یک زوج و مشکلات جنسی آنان ارتباط وجود دارد. در یک زمینه زناشویی ناپایدار و متلاطم، مشکلات جنسی ممکن است به آسانی ظاهر شوند. گاهی اوقات مشکلات مربوط به رابطه غیرجنسی زوجین می‌تواند مسایل جزئی را که احتمالاً در زندگی جنسی آنان وجود دارد، تشدید کند. بعضی مواقع رابطه جنسی به میدان جنگ برای کشمکشهای زناشویی مبدل می‌شود. برای مثال، برخی از همسران برای اثبات برتری یا به دلیل حسادت و تنبیه‌گری، ناخواسته مشکلات عمده‌ای را در رابطه جنسی میان خود و شریک جنسی‌شان پدید می‌آورند.

و- مشکلات جسمانی: می‌دانیم که بعضی از مشکلات جنسی در اثر عوامل جسمانی به وجود می‌آیند و یا با این عوامل رابطه دارند. ارتباط عواملی مانند الکلیسم درازمدت، دیابت، پیری، آسیبهای عصب‌شناختی، داروها و غیره با فعالیت جنسی به خوبی شناخته شده است. بعضی مواقع یک بیماری یا اختلال جسمانی علت مستقیم مشکل موردنظر است، ولی اغلب تأثیر روانی مشکلات جسمانی مانند احساس ناخوشی یا علیل بودن است که نقش مهمی را در پدیدآیی کژکاریهای جنسی ایفا می‌کند.

مشکل جنسی موردنظر ممکن است نمودی از یک بیماری

جسماني باشد. براي مثال، درد کشيدن زنان هنگام آميزش جنسي ممکن است ناشي از پرده بکارت بسيار سخت و در مرد ناشي از التهاب يا فشردگي پوست حشفه باشد. همچنين، التهاب يا حساسيت مهبلي ناشي از عفونت ممکن است به بيزاري جنسي و از دست دادن ميل جنسي منجر شود. بدين جهت پيش از نتيجه گيري درباره اين که يک مشکل جنسي علت رواني دارد يا نه بايد در درجه نخست علل جسماني احتمالي مورد بررسي قرار گيرند.

برخي از نشانه‌هاي که متخصصان را هنگام معاينه بيماران دچار کژکاري جنسي به احتمال وجود يک علت جسماني ظنين مي‌کند، عبارتند از: شکايت از وجود درد يا ناراحتي هنگام آميزش جنسي؛ سابقه ناخوشي يا نشانه‌هاي جسماني اخير به غير از مشکلات جنسي؛ بتازگي از دست دادن ميل جنسي بدون علت آشکار؛ باور بيمار مبني بر اين که مشکل جنسي او احتمالاً ناشي از يک علت جسماني است؛ نگراني بيماران درباره اندامهاي تناسلي خود (براي مثال، شکايت يک مرد اين بود که آلت تناسلي او بسيار کوچک و کج است؛ يا زني گمان مي‌کرد که نوعي بدشکلي در اندامهاي جنسي او وجود دارد)؛ سابقه بلوغ جنسي نابهنجار يا اختلال غدد درون‌ريز؛ داشتن سن پيش از ۵۰ سال در مردان؛ قرار داشتن در سنين پيش از يائسگي در زنان؛ و سابقه بي‌نظميهاي قابل ملاحظه قاعدگي يا ناباروري.

فصل ۷

درمان کژکاریهای جنسی مردان

در دو دهه گذشته توجه به کژکاریهای جنسی و درمان آنها افزایش چشمگیر داشته است. انگیزه این افزایش توجه را بیشتر مرهون خدمات دو دانشمند شهیر به نامهای مسترز^۱ و جانسون^۲ هستیم. همچنین، آگاهی عموم مردم از امکان درمان مشکلات جنسی، موجب افزایش چشمگیر تعداد کسانی شده است که در جستجوی دریافت کمک برای این مشکلات و یا در حال بهره‌گیری از خدمات درمانی هستند. امروزه متخصصان روانپزشکی و روان‌شناسان شاغل در سازمانهای راهنمایی ازدواج، مراکز مشاوره و درمانگاه‌های تخصصی مشغول ارائه خدمات درمانی به افرادی هستند که به نوعی از کژکاریهای جنسی رنج می‌برند.

درمانهایی که روان‌شناسان برای کژکاری‌های جنسی به کار می‌برند به‌طور کلی از نوع درمانهای رفتاری هستند. به عبارت

دیگر این نوع درمانها بیشتر بر مسایل قابل مشاهده و روشهای عملی متمرکز هستند و از پرداختن به مسایل ذهنی غیرقابل مشاهده و نظری خودداری می‌کنند. امروزه معروفترین و متداولترین روشهایی که در درمان کژکاریهای جنسی به کار می‌روند، متکی بر کارهای مسترز و جانسون و بیشتر از نوع رفتاری هستند. تأکید ما نیز در این کتاب بر روشهای رفتاری درمان کژکاریهای جنسی مردان است، زیرا چنین روشهایی هم از نظر زمانی و هم از نظر هزینه‌های درمان مقرون به صرفه‌تر و به استناد پژوهشهای متعدد، کاراتر از سایر روشهای درمانی هستند. به هر حال قبل از معرفی و توضیح فنون اختصاصی درمان کژکاریهای جنسی مردان، جهت آشنایی بیشتر خوانندگان عزیز با انواع روشهای غیررفتاری درمان کژکاریهای جنسی و چگونگی انجام آنها، در زیر به‌طور خلاصه و مجمل هریک از این روشها را مورد بحث قرار می‌دهیم.

۱- روشهای غیررفتاری در درمان کژکاریهای جنسی

الف - روان‌کاوی^۱

برای درمان کژکاریهای جنسی به‌طور سنتی از روان‌کاوی استفاده می‌شود. این روش، مشکل موردنظر را حاصل یک تعارض یا کشمکش ناهشیار و یا خاطرات سرکوب شده مربوط به تجربه‌های دوران کودکی می‌داند. در این روش روان‌کاو در مدتی

1- psychoanalysis

طولانی که ممکن است چند سال به درازا بکشد (هفته‌ای ۳ یا ۴ جلسه و هر جلسه تقریباً ۱ ساعت) با بیمار مصاحبه و گفتگو می‌کند و از این راه به ریشه‌های روانی مسایل و مشکلات بیمار پی می‌برد و او را نسبت به آنها آگاه می‌سازد. منطق این روش آن است که روانکاو باید مسایل ناهشیار را به وسیله تحلیل روانی یا روانکاوی به سطح هوشیاری بیاورد و از این راه گره‌های روانی نابهنجار بیمار را بگشاید و او را از شر آنها رهایی بخشد. در حالی که اغلب روان‌کاوان راست آیین (ارتدوکس) هنوز هم این نوع روان درمانی را برای بیماران مبتلا به کژکاری جنسی به کار می‌برند، شواهد قابل قبولی در دست نیست که اثربخشی این روش وقت‌گیر و معمولاً پرهزینه را تأیید کند.

برخی از متخصصان روان‌درمانی تأکید کرده‌اند که در درمان کژکاریهای جنسی، روانکاوی فقط باید در مواردی به کار برده شود که روشهای رفتاری قادر به پیشروی و اثربخشی نیستند.

ب - هیپنوتیزم^۱ یا خواب مصنوعی

هیپنوتیزم یک پدیده روانی پیچیده است که آن را حالت افزایش تمرکز موضعی و حساسیت و پذیرایی نسبت به تلقینهای یک شخص دیگر تعریف کرده‌اند. امروزه علاوه بر کاربردهای درمانی، از هیپنوتیزم برای زنده کردن خاطرات فراموش شده و معمولاً مشکل‌زا استفاده می‌شود.

کاربرد هیپنوتیزم در درمان کژکاریهای جنسی توسط نویسندگان گوناگون توصیف شده است. در این موارد از هیپنوتیزم برای کاهش ترسها و خاطره‌های جنسی سرکوب شده، کاهش تنش و القای آرامش، تغییر دادن پاسخها به وسیله تلقین و به عنوان مکمل دیگر انواع درمانها استفاده شده است. باید اضافه کرد که در حال حاضر شواهد قانع کننده‌ای درباره اثربخشی هیپنوتیزم به عنوان یک روش درمانی مستقل در زمینه مشکلات جنسی، وجود ندارد.

ج - بازخورد یا پسخوراند زیستی^۱

در این روش به بیمار یاد داده می شود که بر کارکردهای بدنی خود، مانند فشار خون، که به طور طبیعی کترلی بر آنها ندارد، مسلط شود. این روش بیشتر برای تنظیم اعمال دستگاه عصبی خودکار (مانند تنظیم کار قلب و رگها) مورد استفاده قرار می گیرد. به عبارت دیگر، در این روش با استفاده از وسایل حساس (مانند نشانگرهای دیجیتالی و الکترونیکی) اطلاعات دقیقی را درباره فعالیت ماهیچه‌ای، امواج مغزی، دمای پوست، ضربان قلب، فشارخون و سایر کارکردهای بدنی با سرعت و به گونه‌ای عینی در اختیار شخص قرار می دهند. فرض بر این است که اگر شخص بلافاصله و بوسیله علایم بینایی یا شنوایی از کاهش یا افزایش این پدیده‌ها اطلاع یابد، با وجود آنکه بیشتر آنها خودمختار و

غیرارادی هستند، می‌تواند به کنترل هرچه بیشتر ارادی آنها دست یابد.

در زمینه مشکلات جنسی، پسخوراند زیستی را برای افزایش نعوظ در مردانی که مشکلات نعوظی دارند، به کار برده‌اند. معمولاً به این بیماران تصاویر یا صحنه‌های شهوانی ارایه می‌شود تا برانگیخته شوند. سپس تغییرات به‌وجود آمده در قطر یا حجم احلیل را بلافاصله با کمک وسایل دیداری (مانند تلویزیون یا نمایشگرهای رایانه‌ای) یا شنیداری (مانند صدای بوق یا زنگ با فرکانسهای متفاوت) به آنان پسخوراند می‌دهند. اگرچه این روش درمانی تواناییهای بالقوه دارد ولی آموزش پسخوراند زیستی در مورد این بیماران تاکنون مورد تایید قرار نگرفته است. تردیدی نیست که کاربرد روش پسخوراند زیستی در پژوهشهای جنسی ارزش بسیار دارد ولی در زمینه درمان بیماران هنوز با محدودیتهای بسیاری روبرو است.

د - درمان با هورمون^۱

درمان با هورمون یک روش متداول در زمینه‌های پزشکی است که برای مشکلات و کژکاریهای جنسی به کار می‌رود. در حالی که این روش اغلب به‌گونه‌ای نامناسب به کار برده می‌شود، ولی در درمان مواردی که یک اختلال یا نابهنجاری هورمونی آشکار وجود دارد ممکن است کاملاً اثربخش باشد. کمبود سایق و

1- hormone therapy

میل جنسی در مردانی که سطح تستوسترون آنها پایین است، با تجویز تستوسترون قابل درمان است.

همان‌طور که در فصل پیشین اشاره شد، انجام معاینه‌ها و بررسی‌های جسمانی برای شناسایی بیمارانی که ممکن است مشکلاتشان به‌وسیله درمانهای هورمونی و دیگر روشهای جسمانی قابل درمان باشد، ضروری است. در مواردی که مشکلات جنسی فرد علت روانی دارد، این درمانها نه تنها اثربخشی ندارند بلکه ممکن است زیان‌بار باشند. همچنین در مواردی که درمانهای هورمونی مناسب تشخیص داده شوند، اغلب یک درمان روانشناختی توأم نیز تجویز می‌شود.

۵- روشهای جراحی

روشهای درمان جسمانی، جراحی را نیز شامل می‌شود. پوست حشفه بسیار تنگ که در زمان آمیزش موجب درد می‌شود، به‌وسیله یک جراحی جزئی اصلاح‌پذیر است. مردانی که به دلایل عضوی مشکلات نعوظی دارند، می‌توانند پروتزهای^۱ آلت تناسلی (احلیل مصنوعی) را به کار ببرند.

برای نخستین بار در سال ۱۹۳۶ جراحی به نام بوگوراس^۲ برای ترمیم یک احلیل قطع شده، از غضروف استخوان استفاده کرد. در سالهای بعد به علت سختی زیاد این نوع پروتز و جذب تدریجی استخوان، کاربرد آن کم‌کم منسوخ شد. امروزه از موادی

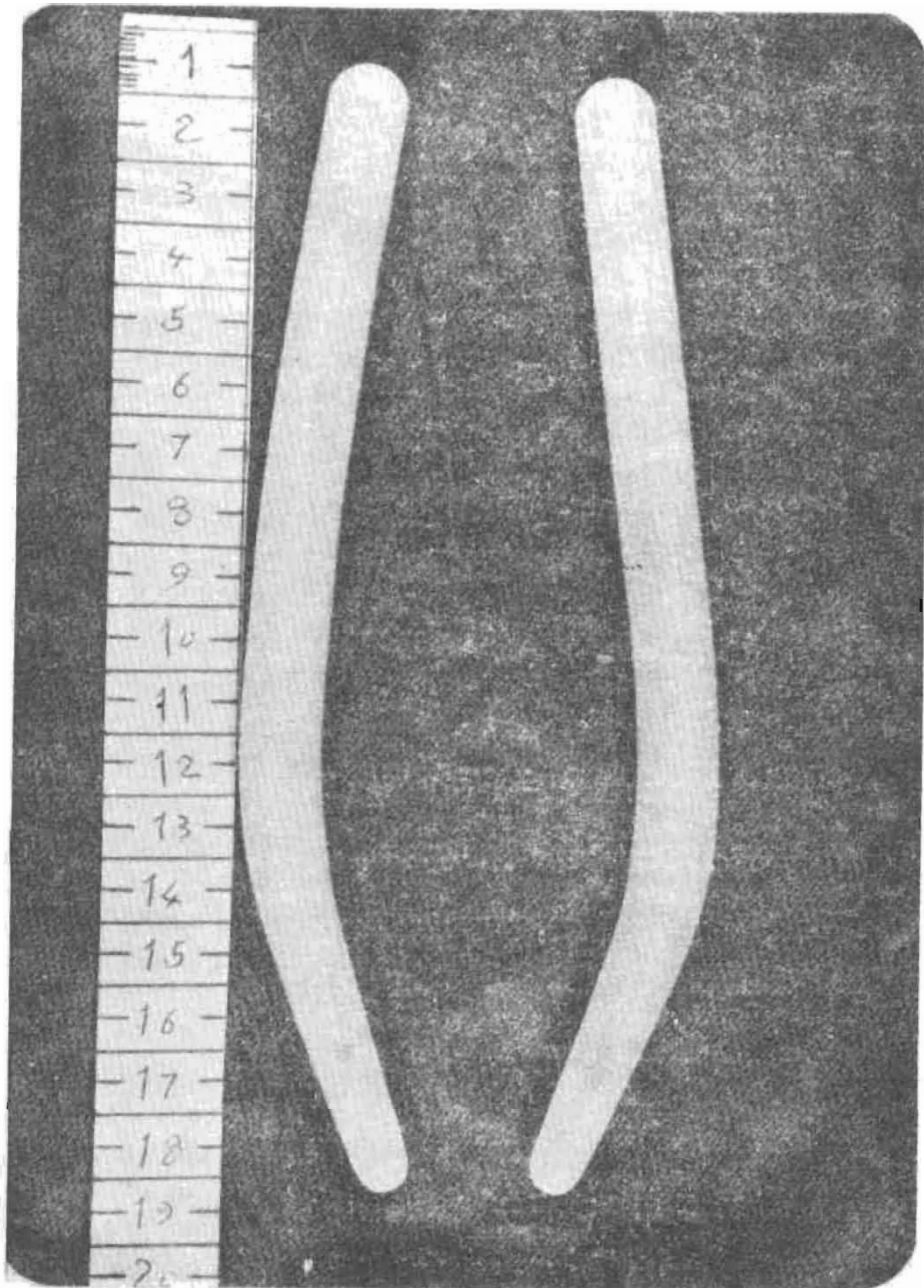
مانند سیلیکون که خاصیت انعطاف‌پذیری دارد استفاده می‌شود. روش عمل بسیار ساده است به‌طوری که پروتز را با دقت در داخل اجسام غاری احلیل جای می‌دهند و بیمارانی که دچار ناتوانی نعوظ بوده‌اند می‌توانند پس از جراحی، آمیزش جنسی رضایت‌بخشی داشته باشند. لازم به ذکر است که در این نوع درمان استقامت آلت بعد از عمل جراحی برای دخول کافی خواهد بود ولی با نعوظ طبیعی تفاوت دارد. همچنین بیماران داوطلب این نوع درمان باید بدانند که به‌دنبال کاشتن پروتز ممکن است مبتلا به درد شدیدی در احلیل شوند که حتی در بعضی موارد تا ۶ هفته طول می‌کشد. اما پژوهشهای مختلف نشانگر آنند که تقریباً اغلب بیماران دارای پروتز و همسرانشان از عملکرد جنسی خود رضایت دارند.

لازم به ذکر است که پروتزهای آلت تناسلی، سه‌گونه‌اند: پروتزهای سخت، پروتزهای نیمه سخت و پروتزهای متسع‌شونده (شکلهای ۱-۷ تا ۴-۷ را ببینید). جنس نخستین پروتزهای آلت تناسلی، از موادی سخت بود که به علت سفتی و مشکل پنهان‌سازی آنها در زیر لباس بیماران، مطلوب نبودند. با ابداع پروتزهای نیمه سخت یا خم‌شونده این مشکل (یعنی پنهان‌سازی آلت زیر شلوار یا لباس) تا اندازه‌ای رفع شد. تا این که در سال ۱۹۷۰ با معرفی پروتزهای متسع‌شونده توسط اسکات^۱، مشکل پنهان‌سازی احلیل زیر شلوار یا لباس به کلی از میان رفت. در پروتزهای متسع

شونده، سه بخش وجود دارد که عبارتند از مخزن پروتز (که هنگام جراحی آن را در اطراف مثانه جاسازی می‌کنند)، دستگاه تنظیم پمپ و تخلیه (که آن را در کیسه بیضه قرار می‌دهند) و سیلندرها یا لوله‌ها (که آنها را در اجسام غاری جاسازی می‌کنند). فرد می‌تواند قبل از آمیزش با پمپ کردن پروتز مایع موجود در مخزن را به درون سیلندرها بفرستد و در نتیجه احلیل وی به میزان دلخواه راست و سفت شود. همچنین با فعال کردن قسمت تخلیه می‌تواند احلیل را به حالت شل برگرداند.

در سال ۱۹۹۰ مطالعه‌ای در بخش روانپزشکی بیمارستان آریزونا به منظور مقایسه میزان رضایت از تماس جنسی در همسران مردان دارای پروتز نیمه سخت و پروتز متسع شونده انجام شد. نتیجه آنکه همسران مردان دارای پروتز متسع شونده از آمیزش و تماس جنسی با همسرانشان رضایت بیشتری داشتند. خلاصه این که اغلب بیماران پس از کاشتن پروتز کاملاً راضی بوده و پس از گذشت ۶ هفته از عمل جراحی قادر به آمیزش جنسی خواهند بود.

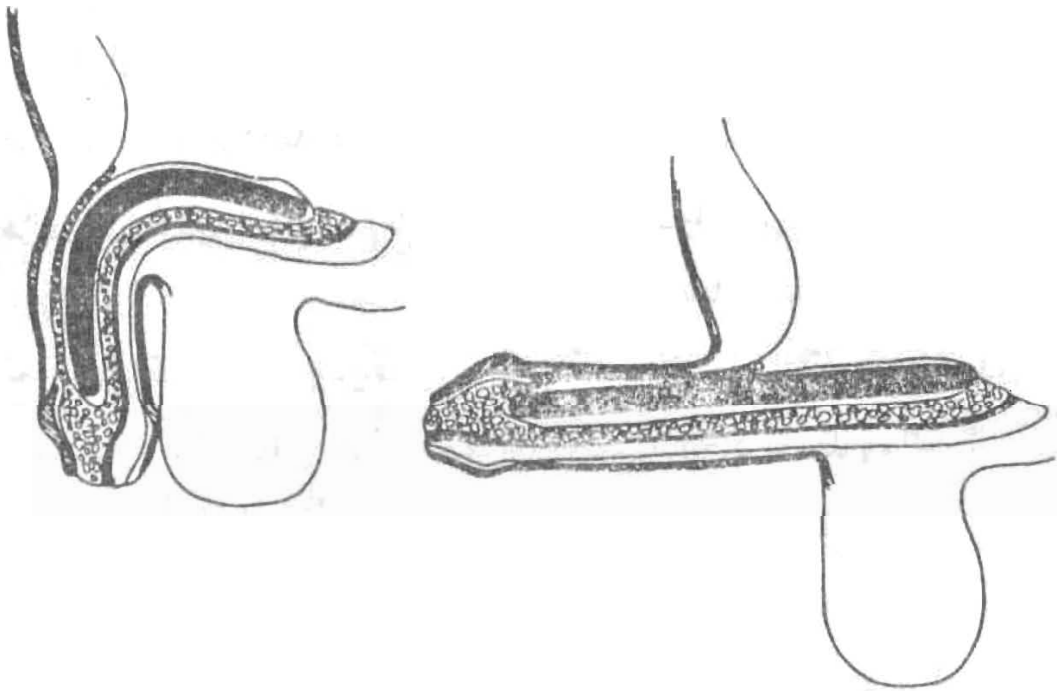
یکی دیگر از پیشرفتهای نسبتاً جدید در این زمینه، کاربرد جراحی ترمیمی برای مشکلات مرتبط با تأمین خون شریانی است. در مواردی که مشکلات نعوظی به انسدادهای شریانی (برای مثال در ناحیه لگن) مربوط است، جراح می‌تواند با روشهای پیشرفته جراحی مشکل خون‌رسانی احلیل و نواحی تناسلی را درمان کرده و موجب احیای پاسخ نعوظ شود.



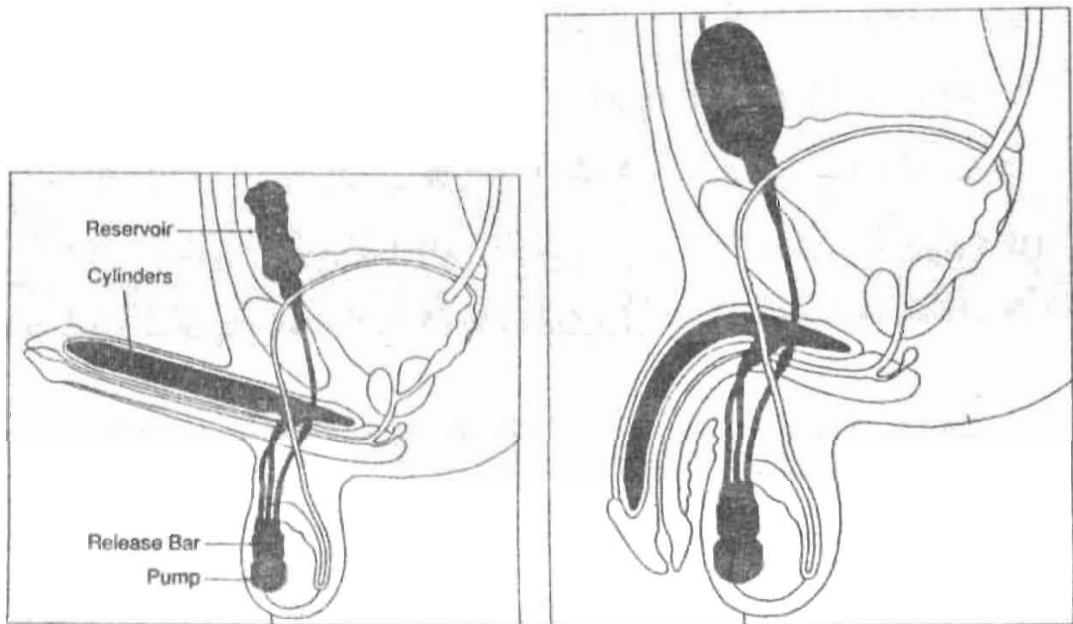
شکل ۱ - ۷: پروتز نیمه سخت



شکل ۲ - ۷: پروتز متسع شونده



شکل ۳ - ۷: پروتز نیمه سخت در حالت‌های شل و نعوظ. آلت را می‌توان بوسیله دست در وضعیت مستقیم (نعوظ) یا رو به پایین (شل) قرار داد.

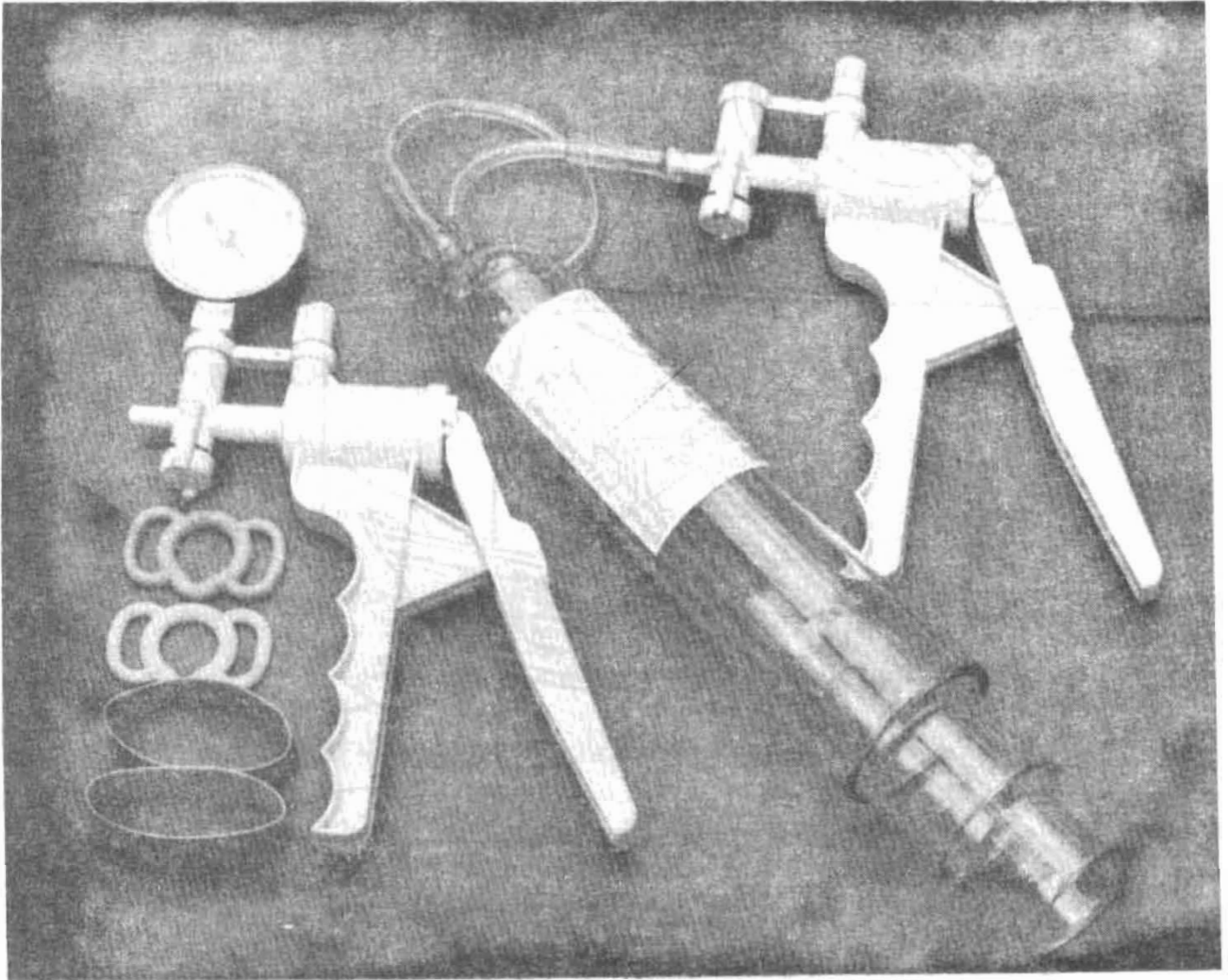


شکل ۴ - ۷: پروتز متسع شونده پس از جاسازی در آلت تناسلی (در حالت نعوظ و شل)

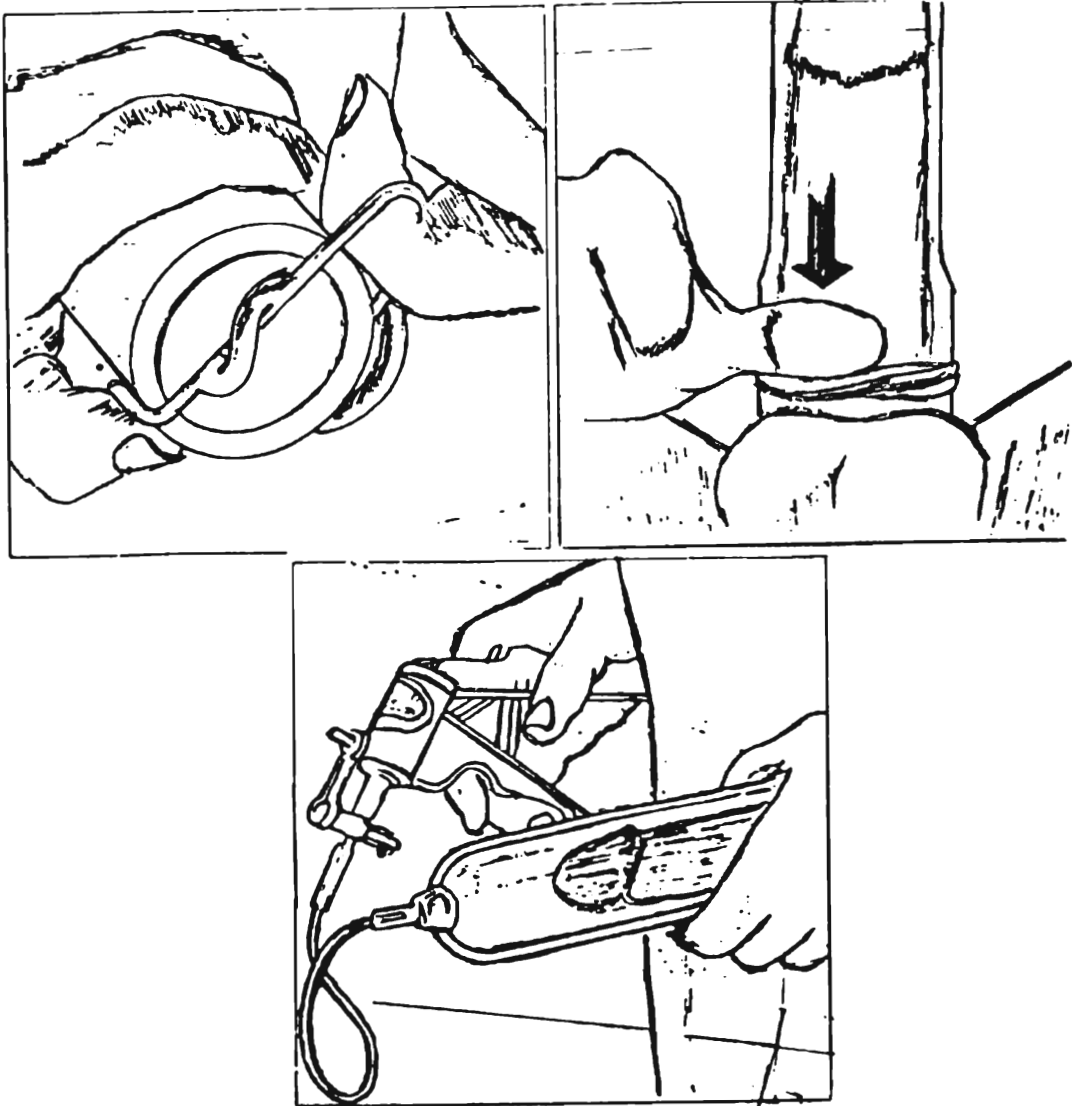
و- ابزارهای مکانیکی

ابزارهای مکانیکی مختلفی را برای درمان کژکاریهای جنسی مردان به کار برده‌اند که در زیر به دو مورد از آنها اشاره می‌کنیم. یکی از مشهورترین این ابزارها حلقه آلت تناسلی مردانه است که از جنس نوعی لاستیک ساخته شده و ادعا شده است که به حفظ نعوظ کمک می‌کند و دیگری نیز دستگاه مکنده است که در سالهای اخیر کاربرد آن برای کمک به مردان جهت ایجاد نعوظ رواج یافته است. به وسیله دستگاه مکنده می‌توان در اطراف احلیل فشار منفی ایجاد کرد که در پی این فشار، احلیل پرخون شده و نعوظ ایجاد می‌شود. سپس برای حفظ نعوظ قسمت انتهایی یا پایه آلت را به وسیله حلقه لاستیکی یا باند کشی می‌بندند، طوری که خون داخل اجسام غاری خارج نشود.

در یک بررسی انجام شده روی افرادی که از این وسیله برای نعوظ استفاده می‌کردند، ۶۸ درصد قادر به آمیزش جنسی بوده و از آن رضایت داشتند. ولی در مطالعات دیگر ادعا شده است که درصد اندکی از بیماران از این روش خرسند و حاضر به کاربرد آن بودند (شکلهای ۵- ۷ و ۶- ۷ را ببینید).



شکل ۵-۷: دستگاه مکنده که برای ایجاد نعوظ مورد استفاده قرار می‌گیرد.



شکل ۶- ۷: روش استفاده از دستگاه مکنده برای ایجاد نعوظ.

ز- تزریق دارو برای ایجاد نعوظ

در دهه‌های گذشته گزارشهای بسیاری درباره تزریق پاپاورین^۱ (که یک ماده شل‌کننده ماهیچه‌های صاف است) و مواد مشابه آن به جسم غاری احلیل مردان به منظور ایجاد نعوظ، منتشر

1- papavarine

شده است. نعوظهای حاصل از این روش ممکن است ۱ تا ۴ ساعت ادامه یابد و در بسیاری از موارد برای آمیزش رضایت بخش کافی است. به بیماران آموزش داده می شود که این تزریق ها را خود انجام دهند. تزریق دارو بدین صورت است که ابتدا ۲۰ میلی گرم پاپاورین به وسیله سرنگ انسولین داخل اجسام غاری تزریق می شود. اگر پس از ۱۲ دقیقه نعوظ کامل ایجاد نشود، در مرحله بعد ۴۰ میلی گرم پاپاورین تزریق می شود. حداکثر مقدار داروی مصرف شده در یک تزریق ۶۰ میلی گرم است. چنانچه پس از این مقدار تزریق نعوظ ایجاد نشود، بیمار احتمالاً به نوعی اختلال عروقی مبتلا است که باید توسط پزشک متخصص مورد بررسی قرار گیرد.

تزریق پاپاورین را برای درمان انزال زودرس نیز به کار می برند. در یک بررسی ۸ بیمار مبتلا به انزال زودرس تحت درمان با پاپاورین قرار گرفتند که همه آنان از این درمان راضی بودند. از این ۸ بیمار ۳ نفر بهبود یافتند و ۵ نفر دیگر به تزریق ادامه دادند. البته لازم به ذکر است که این نوع درمان با خطراتی نیز همراه است برای مثال ایجاد زخمهای همیشگی ناشی از سوزن، نعوظ مستمر و دردناک احلیل، بی نظمیهای ضربان قلب و آسیب دیدگیهای کبدی ناشی از تزریق درازمدت این دارو.

ح - داروی خوراکی برای ایجاد نعوظ

جدیدترین داروی کشف شده برای درمان ناتوانی جنسی در

مردان، دارویی است به نام «وایگرا»^۱ که به صورت قرصهای ۲۵، ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی به بازار آمده است. این دارو موجب تسهیل و تسریع جریان خون به آلت تناسلی می شود و تأثیر مثبت آن در ۶۰ تا ۸۰ درصد مردانی که از آن استفاده کرده اند به اثبات رسیده است. شروع اثرات این دارو پس از یک ساعت نمودار می شود و تا ۳ ساعت پس از مصرف نیز دوام دارد. بیش از ۶۰ درصد از مردانی که این دارو را مصرف کرده اند، گفته اند که این دارو نه تنها نیروی نعوظ بلکه میل جنسی آنها را نیز افزایش داده است.

در یک بررسی از تأثیر قرص «وایگرا» بر نیروی جنسی مردان بالای شصت سال، ۶۳ درصد از کسانی که از قرص های ۲۵ میلی گرمی وایگرا استفاده کرده اند، ۷۴ درصد از کسانی که قرص ۵۰ میلی گرمی وایگرا خورده اند و ۸۲ درصد کسانی که از قرص یکصد میلی گرمی استفاده نموده اند تأثیر مثبت آن را بر نیروی جنسی خود و افزایش نعوظ مورد تأیید قرار داده اند. با وجود این هنوز استفاده از این قرص بدون نسخه پزشک در آمریکا ممنوع است، زیرا برای پی بردن به عوارض جانبی این دارو پژوهشهای بیشتری باید انجام گیرد و استفاده بیش از اندازه از آن ممکن است عوارض پیش بینی نشده ای به بار بیاورد.

بسیاری از صاحب نظران از کاربرد این روش برای کمک به مردانی که مشکلات نعوظی آنان خاستگاه عضوی دارد یا در مورد کسانی که به روشهای روان شناختی یا رفتاری پاسخ نمی دهند،

دفاع کرده‌اند. با وجود این، باید پژوهشهای بیشتری در این زمینه انجام شوند و کاربرد این روش با رعایت احتیاط و در نظر گرفتن عوارض جانبی آن صورت گیرد.

۲- روشهای رفتاری در درمان کژکاریهای جنسی

الف - حساسیت‌زدایی منظم^۱

رایج‌ترین روش درمان رفتاری که برای کژکاری جنسی به کار می‌رود، حساسیت‌زدایی منظم است. این روش مبتنی بر این اصل است که می‌گوید شخص می‌تواند با نزدیک شدن تدریجی و در حالت روانی مهارکننده اضطراب (برای مثال هنگام خوردن یک لیوان آب پرتقال خنک و گوارا و یا هنگام آرامش و آسودگی جسمانی و روانی) بر احساس اضطراب و نگرانی ناشی از یک موقعیت یا موضوع خاص چیره شود.

در این روش درمانگر با پرسیدن از بیمار، ابتدا موقعیتهای اضطراب‌انگیز را تعیین و به کمک بیمار سلسله‌مراتبی از موقعیتهای اضطراب‌آور را (به ترتیب از موقعیتی که کمترین میزان اضطراب تا موقعیتی که بیشترین میزان اضطراب را برمی‌انگیزد) تنظیم می‌کند. سپس هنگامی که بیمار در حالت آرمیدگی (یعنی حالتی که در آن سطح هیجانها بویژه هیجانهای مانند اضطراب، ترس، خشم و نظایر آنها پایین است) قرار می‌گیرد این صحنه‌ها را به ترتیب از کم اضطراب‌آورترین تا پر اضطراب‌آورترین صحنه به

1- systematic desensitization

او ارایه می‌کند تا در ذهنش مجسم کند. صحنه‌ای که در پایین‌ترین جایگاه سلسله مراتب قرار دارد معمولاً شامل موضوعهای غیرجنسی است (برای مثال، نگاه کردن به همسر خود در یک اتاق شلوغ و یا در یک فروشگاه) و به تدریج به سوی موقعیتهای جنسی آشکار پیش می‌رود (مانند دراز کشیدن برهنه در کنار همسر در رختخواب). هدف از این درمان جانشین ساختن احساس آرامش به جای اضطراب در پاسخ به یک صحنه یا موقعیت جنسی است.

اگر بیمار هنگام تجسم صحنه‌های جنسی دچار اضطراب شد، به او می‌گوییم که تجسم آن صحنه را متوقف و سعی کند در خود ایجاد آرامش نماید. این فرایند آنقدر ادامه می‌یابد تا بیمار بتواند بدون احساس اضطراب، صحنه جنسی مربوط و پس از آن سایر صحنه‌های مربوط به سلسله مراتب را بدون احساس اضطراب تجسم کند و یا در شرایط واقعی آن را تجربه نماید. این فرایند درمانی ۱۵ جلسه یک ساعته یا اندکی بیشتر طول می‌کشد.

مشکل استفاده از روش حساسیت‌زدایی منظم در درمان کژکاری جنسی این است که تعمیم‌پذیری آن به شرایط واقعی ناممکن و یا حداقل دشوار است. برای مثال، چنانچه یک مرد دچار اوج لذت جنسی بازداری شده بتواند سلسله مراتب ارایه شده در این روش را با موفقیت به اتمام برساند به معنی آن است که وی می‌تواند بدون هیچگونه احساس اضطراب تصور کند که «در زمان دلخواه و به راحتی در داخل مهبل همسرش انزال می‌کند». اما این

که او می‌تواند در عالم خیال چنین عملکردی را بدون اضطراب تجربه کند الزاماً به معنای توانایی وی برای انجام چنین عملی در شرایط واقعی نیست. از این‌رو برخی از متخصصان بایستی برای فایق شدن بر این مشکل، به جای آنکه حساسیت‌زدایی منظم را به صورت تجسمی انجام دهند آن را به صورت واقعی یعنی در شرایطی که فرد رفتار جنسی را به طور عینی و واقعی تجربه می‌کند، به کار گیرند. برای مثال، شخص بیاموزد که حق دارد هنگام تنش و عصبانیت از شریک جنسی خود بخواهد ادامه فعالیت جنسی را تا زمانی که او به حالت آرامش برسد به تأخیر بیاندازد. چنین آموزشی به یک همسر عصبی و تنیده احساس کنترل و تسلط می‌دهد و احتمالاً زن و شوهر را تشویق می‌کند که آزادانه‌تر درباره احساسهایشان گفتگو کنند.

ب - درمان زوجی مسترز و جانسون

درمان زوجی مسترز و جانسون یک مجموعه درمانی کلی است که برای کژکاریهای جنسی، کاربرد گسترده‌ای دارد. در این روش، درمانگر زوجها را به اتفاق هم ملاقات می‌کند و در برخی از موارد هر زوج را یک گروه دو نفره از درمانگران مرد و زن مورد درمان قرار می‌دهند. درمان بسیار فشرده و شامل جلسه‌های روزانه طی یک دوره دو هفته‌ای است. ویژگیها و مراحل این روش را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

۱- مشکل موردنظر به عنوان یک مشکل مشترک مورد درمان قرار

می‌گیرد. این کار به کاهش نگرانی و احساس گناه در فردی که دچار مشکل است، می‌انجامد. همچنین بر نیاز به یادگیری یا بازآموزی و این که چگونه باید رابطه جنسی رضایت‌بخش مشترک داشت، تأکید می‌شود.

۲- کاهش اضطراب. معمولاً برای این کار از هرگونه تلاش جهت آمیزش جنسی جلوگیری می‌شود. این کار از فشار عملکرد می‌کاهد. همچنین می‌توان به عنوان یک وسیله کمکی از آموزش آرمیدگی استفاده کرد.

۳- تعیین تکالیف جنسی که باید در خانه اجرا شوند. این کارها شامل تکالیف رفتاری ویژه، مانند لمس کردن، نوازش و غیره است. در این مورد دو مرحله اصلی وجود دارد؛ نخست «تمرکز حسی غیرتناسلی»، که در آن لمس کردن اندامهای تناسلی و پستانها مجاز نیست، و دوم «تمرکز حسی تناسلی»، که در آن چنین کارهایی آزاد است. هدف این تکالیف ساده کمک کردن به زوجها برای یادگیری لذت بردن و لذت رساندن به وسیله لمس کردن است، بدون آن که اضطراب یا درخواست مقاربت وجود داشته باشد؛ همچنین از تعاملهایی که جنبه جنسی کمتری دارند به تدریج به سوی تعاملهای شهوانی تر روی آورده می‌شود.

۴- آموزش اطلاعات جنسی به زوجها؛ برای مثال، کالبدشناسی، فیزیولوژی و شیوه‌ها و وضعیت‌های مختلف جماع.

۵- کمک به زوجها برای پرورش مهارت‌های ارتباط جنسی.

۶- کاربرد فنون ویژه برای کثرت‌کاریهای خاص. موارد ذکر شده بالا

(موارد ۱ تا ۵) برای همه انواع کژکاری مشترک است، ولی برای مشکلات خاص روشهای درمانی ویژه‌ای نیز وجود دارد که معمولاً پس از طی مراحل فوق به کار برده می‌شوند.

لازم به ذکر است که کاهش اضطراب عنصر اصلی این مجموعه درمانی است. جلوگیری از تلاش برای آمیزش جنسی، ما را در دستیابی به این هدف (یعنی کاهش اضطراب) کمک می‌کند، زیرا با این روش اضطراب عملکرد در مردان و ترس از درد و غیره در زنان بلافاصله از بین می‌رود. همچنین تکالیف تمرکز حسی به زوجها کمک می‌کند تا آرمیدگی را در حضور یکدیگر بیاموزند و بدون آنکه نگران شکست باشند از تماس و ارتباط جسمانی لذت ببرند. در این فضای آرمیدگی و رضایت متقابل، آنها می‌توانند با اطمینان به‌سوی ارتباطهای صمیمانه‌تر حرکت کنند. به‌علاوه در موارد ضروری درمانگران سعی می‌کنند تا زوجین را به یادگیری شیوه‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی درباره موضوعهای لذت، احساسها و پاسخهای جنسی نیز ترغیب کنند (برای مثال، چگونه باید به همسر اشاره کرد که کجا را و چگونه باید لمس کند؛ همچنین چگونه باید احساس لذت از کاری را که همسر انجام می‌دهد، بیان کرد). جنبه‌های کلامی این نوع ارتباط را می‌توان در جلسه‌های درمانی و با ایفای نقش در حضور درمانگر تمرین کرد. در روش تمرکز حسی و کسب لذت بدون مقاربت، زن و شوهر باید از مقاربت مهملی - احلیلی و یا مالیدن آلت‌هایشان به یکدیگر خودداری کنند. در این روش به آنان توصیه می‌شود که به جای

مقاربت احلیلی - مهبل، سعی کنند از بدن یکدیگر به صورتهای دیگری غیر از مقاربت لذت ببرند. برای مثال، آنان می‌توانند با لمس کردن، بوسیدن، درآغوش کشیدن، ماساژ دادن یا رفتارهای مشابه کسب لذت کنند. در نخستین مرحله این روش، زن و شوهر مجازند تا از هر نقطه بدن یکدیگر به جز پستانها و آلت تناسلی لذت ببرند. این مرحله را لذت غیرتناسلی می‌نامند. پس از تکمیل موفقیت‌آمیز این مرحله، زن و شوهر به‌سوی تلذذ تناسلی گام برمی‌دارند اما باید بدانند که در این مرحله نیز رسیدن به اوج لذت جنسی و پرداختن به حرکات رفت و برگشتی مقاربت ممنوع است. در این مرحله دستور عمل آشکار درمانگر به شوهر آن است که هدف این تمرین‌ها، رسیدن به نعوظ نیست. در این مرحله زن و شوهر باید به حفظ انگیزتگی جنسی اقدام کنند و آماده مقاربت احلیلی - مهبل شوند. نکته حایز اهمیت در این مرحله آن است که آغاز مقاربت نباید بسیار سریع باشد بلکه این مرحله نیز باید با آرامش و آهستگی صورت گیرد. برای مثال، ممکن است درمانگر به زوجین بگوید که «سعی کنید در این مرحله به آهستگی احلیل را وارد مهبل کنید و همزمان با انجام این عمل به لذت حاصل از تماس احلیلی - مهبل و سایر بخشهای بدن خود و همسران بیندیشید». در آخرین مرحله این روش، حرکات رفت و برگشتی احلیلی - مهبل و انزال زن و شوهر مجاز شمرده می‌شود و درمان به پایان می‌رسد.

میزان بهبودی حاصل از کاربرد این روش توسط مسترز و

جانسون بسیار رضایت بخش توصیف شده است. به طوری که در نمونه‌ای متشکل از ۷۹۰ بیمار دچار کژکاری جنسی، میزان بهبودی حاصل از اجرای این روش در مورد افراد دچار انزال زودرس ۱۰۰ درصد و برای آنهایی که به کژکاریهای نعوظی تعمیم یافته و مادام‌العمر مبتلا بودند، نزدیک به ۶۰ درصد گزارش شده است.

ج - فنون اختصاصی در درمان کژکاریهای جنسی

برای درمان انواع کژکاریهای جنسی فنون اختصاصی وجود دارد که معمولاً پس از پشت سر گذاشتن موفقیت‌آمیز مراحل مقدماتی درمان زوجی به کار می‌روند. حال با توجه به توصیفهایی که از انواع کژکاریهای جنسی مردان در فصل ۶ ارایه کردیم، در این بخش به طور جداگانه و اختصاصی درمان رفتاری هریک از این کژکاری‌ها را معرفی نموده و شرح خواهیم داد.

۱ - ج: درمان بی میلی جنسی

اگر مشکل زیربنایی جدی وجود نداشته باشد، معمولاً بی میلی جنسی به تدریج و به خوبی قابل درمان است. یکی از رایجترین درمانها برای بی میلی جنسی، فراهم کردن شرایط تحریک جنسی به کمک موضوعهای شهوانی، تصاویر، نوارهای دیداری و شنیداری است. با وجود این باید توجه داشت که موضوعهای شهوانی پیشنهادی یا ارایه شده برای بیماران نباید ناخوشایند باشند، بنابراین باید انتخاب نوع شرایط و موضوعهای

تحریک‌کننده را به خود آنان واگذار کرد.

آموزش خیالپردازی یکی از شیوه‌های درمانی بی‌میلی جنسی است که برای بیماران فاقد خیالپردازی جنسی گاهی سودمند واقع می‌شود. برای تشویق خیالپردازیها می‌توان از رمانهای عشقی داغ استفاده کرد. همچنین کاربرد برنامه‌های زمان‌بندی توافق شده برای آمیزش جنسی مفید خواهد بود. در این مورد درمانگر برای تنظیم یک برنامه زمان‌بندی آمیزش جنسی، با زوجها مذاکره می‌کند و توافق می‌شود که آمیزش جنسی فقط در روزهای معینی از هفته انجام شود و یا هریک از همسران فقط در روزهای معینی برای آمیزش جنسی پیشقدم شود. این روش اغلب در مواردی مؤثر است که یکی از زوجها که میل جنسی کمتری دارد معتقد باشد خواسته‌های همسرش بسیار زیاد است و در نتیجه مشکل بی‌میلی او را بدتر می‌کند.

۲- ج: درمان اختلال نعوظی یا ناتوانی جنسی

همان‌طور که در بخشهای قبل گفتیم، اجرای فنون اختصاصی درمان کژکاریها، ادامه‌ای از روند درمانی مبتنی بر روش درمان زوجی مسترز و جانسون است. از این‌رو، برای درمان ناتوانی جنسی، پس از تعیین تکالیف جنسی که باید در خانه اجرا شوند (به مرحله ۳ بخش ب نگاه کنید)، در مرحله تمرکز حسی تناسلی، روش به اصطلاح «تشنه‌سازی یا سربه‌سر گذاشتن»^۱ به کار برده

1- teasing

می‌شود؛ یعنی برای مدتی آلت تناسلی را تحریک کرده و در پی آن تحریک را متوقف می‌کنند. در اثر این تحریک ممکن است نعوظ روی دهد اما بروز این نعوظ هدف درمان نیست بلکه باید زوجها را تشویق کرد تا اجازه دهند نعوظ فروکش کند و سپس دوباره عمل تحریک را از سر بگیرند. به زوجها آموزش داده می‌شود که به محض رخداد نعوظ، برای آمیزش شتاب نکنند زیرا باید مطمئن باشند که هرگاه نعوظ فروکش کند، دوباره قابل دستیابی است.

مرحله بعدی، مرحله آمیزش است که البته در این مرحله مرد هیچ حرکتی انجام نمی‌دهد و عمده فعالیت به عهده زن است. سرانجام مرد نیز در شروع و ادامه حرکات شرکت می‌کند. در این مرحله به زوجین پیشنهاد می‌شود که از وضعیتهای گوناگون آمیزش جنسی استفاده کنند.

۳- ج: درمان اختلال اوج لذت جنسی بازداري شده در مرد یا انزال دیررس

در این مورد، هدف درمان آن است که مرد بتواند در زمان دلخواه و هنگام جماع انزال بکند. معمولاً این هدف پس از طی مراحل تدریجی تحقق می‌یابد. در قدم نخست، آموزشها از مرحله لمس تناسلی آغاز می‌شود. در مردانی که در هیچ موقعیتی به آسانی انزال نمی‌کنند، تحریک شدید به کمک یک ماده لیزکننده مانند کرم KY توصیه می‌شود. اگر با این روش اوج لذت جنسی رخ دهد،

پس از مقداری تحریک، اقدام به آمیزش می‌شود. در مردانی که مشکل آنها ناتوانی برای انزال جماعی است، یک برنامه تدریجی تنظیم می‌شود که در آن اوج لذت جنسی با تحریک و در حالی که بدن مرد اندک اندک به بدن زن نزدیک می‌شود، به دست می‌آید. در مرحله بعد، پس از تحریک و با نزدیک شدن به اوج لذت جنسی، آمیزش انجام می‌شود. حتی در این مورد نیز پس از آمیزش ممکن است برای رسیدن به اوج لذت جنسی، تحریک لازم باشد. بعداً آمیزش تنها برای رسیدن به اوج لذت جنسی کافی خواهد بود.

۴- ج: درمان انزال زودرس

برای درمان انزال زودرس دو روش بسیار شبیه به یکدیگر وجود دارد. مسترز و جانسون روشی را توصیه کرده‌اند که اصطلاحاً شیوه «چلانیدن یا فشردن»^۱ نامیده می‌شود. در این روش از زوجها خواسته می‌شود تا این شیوه را در مرحله لمس تناسلی تمرین کنند. در این روش زمانی که مرد احساس می‌کند به اوج لذت جنسی نزدیک گشته، آن را با علامت از پیش تعیین شده خبر می‌دهد. سپس احلیل را به مدت ۲ تا ۳ ثانیه به شدت فشار می‌دهند. (به شکل ۷-۷ نگاه کنید). این فشار موجب می‌شود مرد میل به انزال و تا اندازه‌ای نعوظ را نیز از دست بدهد. در هر جلسه این فرایند تحریک و فشردن چندبار تکرار و تمرین می‌شود و با پیشرفت کار افزایش تدریجی در کنترل انزال به دست می‌آید.

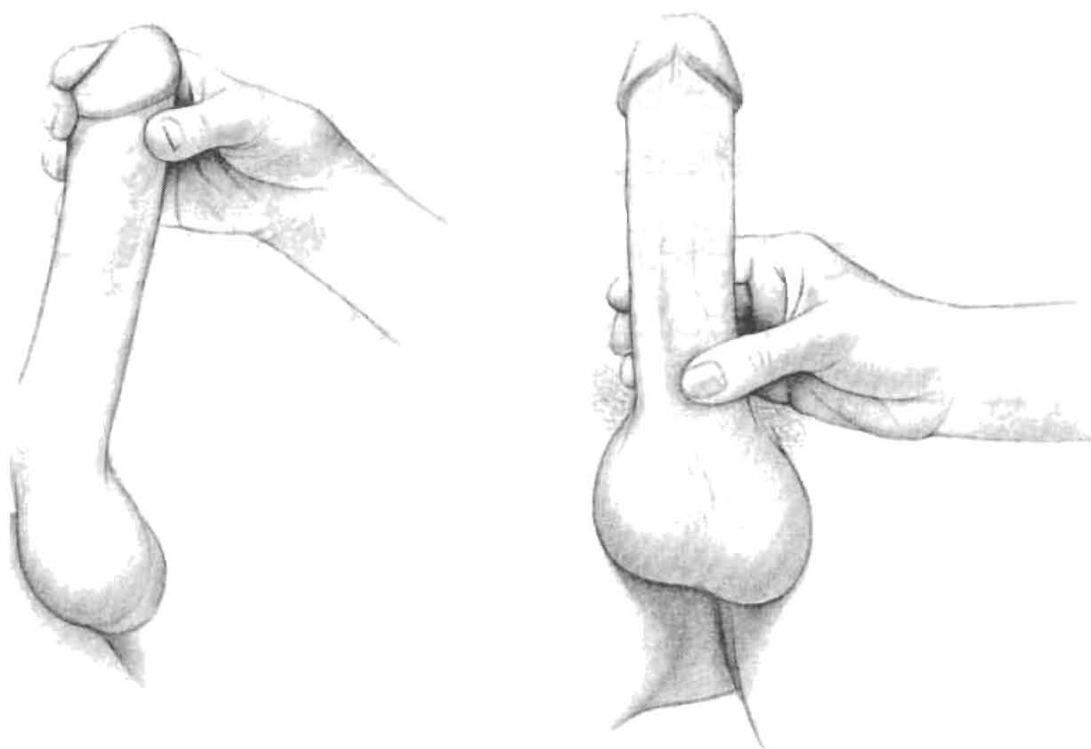
1- squeeze technique

برخی از متخصصان برای جلوگیری از کاهش نعوظ احلیل در این مرحله، روش فشردن پایه آلت تناسلی را توصیه کرده‌اند. (شکل ۷ - ۷ را ببینید). در پایان این برنامه درمانی، زوجها می‌توانند در هر وضعیتی که ترجیح می‌دهند، به آمیزش بپردازند.

روش دیگر، تکنیک تحریک - توقف^۱ است. این روش شامل تحریک احلیل و توقف آن در نقطه نزدیک به اوج لذت جنسی و سپس تکرار این فرایند به دفعات زیاد است.*

1- start - stop technique

*- برای آشنایی کامل با درمانهای فوق، خوانندگان محترم را به مطالعه بحثهای مربوط در فصل ۱۰ کتاب «اصول روانشناسی بزرگسالان»، نوشته لیندزی و پاول، ترجمه هامایاک آوادیس یانس و محمدرضا نیکخو، نشر بیکران، ۱۳۷۷ توصیه می‌کنم.



شکل ۷-۷: تکنیک فشردن یا چلانیدن

روش فشردن را می‌توان هم با فشار حشفه (شکل سمت چپ) و هم با فشار پایه احلیل (شکل سمت راست) به کار برد. این روش برای درمان انزال زودرس بسیار مؤثر است.

فصل ۸

انحرافهای جنسی مردان

در فرهنگ واژه‌ها، انحراف جنسی به معنی کسب لذت یا ارضای جنسی از راه‌های ناسازگارانه و غیرعادی است. اما مشکل این تعریف آن است که آنچه در یک زمان و مکان مشخص «انحراف» تلقی می‌شود ممکن است در زمان و مکانی دیگر عادی و بهنجار در نظر گرفته شود.

در این فصل سعی می‌کنیم تا ضمن توصیف ویژگیهای اصلی انحرافهای جنسی، رفتارهای غیرعادی جنسی و ویژگیها و انگیزه‌های افراد درگیر در این اعمال نامعمول (مانند افرادی که نسبت به کودکان میل جنسی دارند) را مورد بررسی قرار داده و مشکلاتی همچون بچه‌بازی و سایر انحرافهای جنسی را توصیف و تشریح کنیم. لازم به ذکر است که در برخی از رفتارهای جنسی انحرافی، شرکای جنسی فرد منحرف ناخواسته مورد آزار و تعرض قرار نمی‌گیرند بلکه به‌طور خود خواسته با وی درگیر این روابط

انحرافی می‌شوند، از این‌رو چنین انحرافهای جنسی را «غیرتعرضی»^۱ یا متمرکز به شریک جنسی موافق، می‌نامند؛ ولی مبتلایان به انحرافهای جنسی «تعرضی»^۲ یا متمرکز بر شریک جنسی ناموافق، با اقدام به رفتارهای جنسی انحرافی موجب آزار و اذیت قربانی یا افرادی می‌شوند که تمایلی به داشتن رابطه جنسی با آنان ندارند. همچنین از نقطه نظر واکنش اجتماع به این رفتارهای انحرافی می‌توان تمیزی میان این دو نوع انحراف جنسی قایل شد، به طوری که انحرافهای جنسی «غیرتعرضی» تنها تغییر و دگرگونی در رفتار عادی و بهنجار جنسی تلقی می‌شوند اما انحرافهای جنسی «تعرضی یا تجاوزکارانه» نوعی تجاوز به حقوق دیگران و مسلماً تخطی از قوانین مدنی محسوب می‌گردند که در اغلب موارد از نظر قانونی مستوجب کیفر هستند.

ما نیز در این فصل پس از توصیف ویژگیهای اصلی انحرافهای جنسی، نخست به توضیح انحرافهای جنسی غیرتعرضی خواهیم پرداخت و سپس بحث درباره انحرافهای جنسی تعرضی یا تجاوزکارانه را پیش می‌گیریم.

ویژگیهای اصلی انحرافهای جنسی

ویژگیهای اصلی انحرافهای جنسی عبارت از خیالپردازی‌های برانگیزاننده جنسی، امیال یا رفتارهای جنسی عودکننده و شدیدی است که به طور کلی به (۱) موضوعهای غیرانسانی، (۲) رنجاندن یا

تحقیر خود یا شریک جنسی، و ۳) کودکان یا سایر افراد ناموافق با این اعمال مربوط می‌شوند و به مدت حداقل ۶ ماه دوام می‌یابند. در مورد برخی از افراد، خیال‌پردازی‌ها یا محرکهای مربوط به انحراف جنسی برای انگیزختگی شهوانی ضروری هستند و همیشه در فعالیت جنسی وجود دارند. در برخی دیگر از افراد، رفتارهای انحرافی فقط به‌طور دوره‌ای روی می‌دهند (برای مثال در دوره‌های فشار روانی) و در مواقعی نیز شخص مبتلا قادر به انجام فعالیت جنسی بدون خیال‌پردازی‌ها یا محرکهای جنسی انحرافی نیست. این رفتارها، امیال یا خیال‌پردازی‌های جنسی، موجب بروز پریشانی یا مشکل در فعالیتهای اجتماعی، شغلی یا خانوادگی می‌شوند.

رفتار جنسی انحرافی ممکن است نسبت به یک شریک جنسی ناراضی (و یا بهتر است بگوییم قربانی جنسی) به‌گونه‌ای عملی شود که موجب آسیب رساندن به وی گردد (برای مثال در آزارگری جنسی یا بچه‌بازی). فرد مبتلا به انحراف جنسی آزارنده ممکن است دستگیر و زندانی شود. جرایم جنسی علیه کودکان نسبت قابل ملاحظه‌ای از تمام اعمال جنسی غیرقانونی گزارش شده را تشکیل می‌دهد و بیشتر مجرمان جنسی دستگیر شده را مبتلایان به عورت‌نمایی، بچه‌بازی، و تماشاگری جنسی تشکیل می‌دهند. در برخی موقعیتهای، انجام رفتار جنسی انحرافی ممکن است به آسیب‌دیدگی خود شخص بیمار منجر شود (برای مثال آن‌گونه که در آزارخواهی جنسی دیده می‌شود). اگر سایر افراد

رفتار جنسی غیرعادی را شرم‌آور یا منافی عفت قلمداد کنند یا اگر شریک جنسی فرد، همکاری در برآورده ساختن امیال جنسی انحرافی او را رد کند، ممکن است روابط اجتماعی و جنسی فرد آسیب ببیند. در برخی موارد، رفتار غیرعادی (مانند عورت‌نمایی یا جمع کردن اشیاء یادگار همچون بند جوراب یا کمرست زنانه) ممکن است فعالیت جنسی اصلی را در زندگی فرد تشکیل دهد. این افراد به‌ندرت درصدد چاره‌جویی برمی‌آیند و معمولاً فقط زمانی به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند که رفتارشان موجب تعارض یا درگیری با شرکای جنسی یا جامعه شده باشد.

در یک انحراف جنسی خاص، محرک ترجیحی ممکن است بسیار اختصاصی باشد. افرادی که به یک شریک جنسی موافق برای به‌اجراء درآوردن تمایلاتشان دسترسی ندارند ممکن است با دادن پول به زنان روسپی آنان را راضی به این کار کنند و یا احتمال دارد خیال‌پردازیهایشان را روی قربانیان ناراضی به‌عمل درآورند. مبتلایان به انحراف جنسی ممکن است شغلی را اختیار کرده یا کار تفریحی یا داوطلبانه‌ای را انتخاب کنند که تماس آنها با محرک مطلوب را فراهم می‌کند (مانند، فروشندگی کفش یا لباس زیر زنانه [در یادگارپرستی]، کار کردن با کودکان [در بچه‌بازی]، رانندگی آمبولانس [در آزارگری جنسی]، یا کارکردن در غسال‌خانه [در مرده‌خواهی]). آنان ممکن است به عمد عکسها، فیلمها و تصاویر کتابهایی را تماشا کنند، بخوانند، بخرند یا

جمع‌آوری کنند که درباره محرک ترجیحی مربوط به انحراف جنسی آنان است.

بسیاری از مبتلایان به این اختلالها ادعا می‌کنند که این رفتار موجبات پریشانی آنان را فراهم نمی‌کند و تنها مشکلشان درگیری‌هایی اجتماعی در نتیجه واکنش منفی دیگران به رفتار آنها است. برخی از افراد مبتلا به انحراف جنسی به این دلیل که فکر می‌کنند دارای رفتار جنسی غیرعادی هستند که از لحاظ اجتماعی پسندیده نیست یا این که دیگران آنها را افرادی فاسد می‌دانند احساس گناه، شرمندگی و افسردگی می‌کنند. برخی از مبتلایان به انحراف جنسی، همزمان دچار کژکاری جنسی و یا اختلال شخصیت هستند. همچنین ممکن است در آنان نشانه‌های افسردگی ظاهر شود و یا رفتار جنسی مکرر و بی‌مهابای آنان موجب ابتلا به یک عفونت یا انتقال آن به دیگران گردد که از راه فعالیت جنسی منتقل می‌شود. به‌علاوه، رفتارهای آزارگرانه و آزارخواهانه جنسی ممکن است به آسیب‌دیدگیهای جزئی یا خطرناک منجر شوند.

برخی از خیال‌پردازی‌ها و رفتارهای مرتبط با انحرافهای جنسی ممکن است در کودکی یا اوایل نوجوانی آغاز شوند اما در ضمن نوجوانی و اوایل بزرگسالی مشخص‌تر و گسترده‌تر گردند. بسط و تغییر خیال‌پردازی‌ها ممکن است در طول زندگی فرد ادامه یابد. همان‌طور که گفتیم، خیال‌پردازی‌ها و امیال مرتبط با این اختلالها، عودکننده‌اند. بسیاری از مبتلایان به این اختلالها

گزارش می‌کنند که خیال‌پردازی‌ها همیشه وجود دارند ولی در دوره‌هایی این خیال‌پردازی‌ها و شدت امیال به‌طور محسوسی تغییر می‌کنند. انحرافهای جنسی گرایش به مزمن شدن و مادام‌العمر بودن دارند، اما هم خیال‌پردازی‌ها و هم رفتارهای انحرافی اغلب با پیشرفت سن در بزرگسالان کاهش می‌یابند. این رفتارها در واکنش به عوامل تنش‌زای روانی - اجتماعی (مانند اخراج از کار، بی‌خانمانی یا از دست دادن یک عزیز)، در ارتباط با سایر اختلالهای روانی (مانند اضطراب، اختلال شخصیت یا افسردگی) یا همراه با افزایش فرصت برای پرداختن به این رفتارهای انحرافی (مانند زندگی در محله‌ها یا خانواده‌های بی‌بند و بار) افزایش می‌یابند.

به استثناء آزارخواهی جنسی که نسبت جنسی آن در مردان در مقایسه با زنان ۲۰ به ۱ برآورد می‌شود، سایر انحرافهای جنسی تقریباً هرگز در زنان تشخیص داده نمی‌شوند؛ اگرچه موارد معدودی نیز گزارش شده‌اند.

شایعترین مشکلات موجود در کلینیکهای ویژه درمان انحرافهای جنسی شامل بچه‌بازی، تماشاگری جنسی و عورت‌نمایی است. آزارخواهی جنسی و آزارگری جنسی به مراتب کمتر شایع هستند. تقریباً نیمی از مبتلایان به انحرافهای جنسی که به کلینیکهای درمانی مراجعه می‌کنند، متأهل هستند.

الف - انحراف‌های جنسی غیر تعرضی یا متمرکز بر شریک جنسی موافق

۱- یادگارپرستی یا فتیشیسم

اصطلاح «فتیش»^۱ یا یادگار از واژه پرتغالی «فتیکو»^۲ به معنی «طلسم شده» یا «شیفتگی و سواسی» اقتباس شده است. در اصطلاح روان‌شناسی، یادگارپرستی به استفاده از اشیاء بی‌جان برای رسیدن به انگیزختگی جنسی گفته می‌شود. متداول‌ترین اشیاء یادگار عبارتند از شورت، کمرست یا سینه‌بند، جوراب، کفش، چکمه یا سایر لباس‌های زنانه. شخص مبتلا به یادگارپرستی بیشتر در حین در دست گرفتن، مالیدن، یا بو کردن شیء یادگار استمناء می‌کند و یا ممکن است از شریک جنسی درخواست پوشیدن شیء یادگار را در حین آمیزش جنسی بنماید. معمولاً شیء یادگار برای انگیزختگی جنسی لازم یا به شدت مرجح است و در صورت فقدان آن احتمال دارد در مردان مبتلا به یادگارپرستی، کژکاری نعوظی روی دهد.

شخص یادگارپرست که معمولاً یک مرد است، سعی می‌کند با صحبت کردن درباره شیء یادگار و یا در دست گرفتن و نوازش آن (برای مثال نوازش و بوییدن شورت توری یا ابریشمی یک زن) هیجانهای جنسی خود را قبل از آمیزش جنسی شدت بخشد. اگر این موضوع چندان جدی گرفته نشود و مورد قبول همسر فرد یادگارپرست باشد، نسبتاً بی‌ضرر است. اما اگر مرد به‌رغم اعتراض همسر و نفرت او از جانشین‌سازی یک شیء به جای وجود خود

او، بر استفاده از یادگار اصرار بورزد، موضوع را باید اختلال شمرده و آن را حداقل برای همسر فرد مضر تلقی کرد. لازم به ذکر است که دلبستگی و تمرکز افراطی بر اجزایی از بدن زن (مانند مو، انگشت پا یا گوشها) نیز چنانچه به منظور عشق‌بازی قبل از آمیزش جنسی نباشد، جنبه یادگارپرستی پیدا می‌کند.

در نوع شدید یادگارپرستی، موضوعی غیرانسانی به‌طور کامل جانشین همسر می‌گردد. در این وضعیت وقتی شخص تنها است و یادگار مورد علاقه‌اش را نوازش می‌کند، انزال روی می‌دهد. در برخی از موارد، یادگارپرستی به دزدی از فروشگاه‌ها منجر می‌شود که درگیری با قانون را در پی دارد. در چنین مواردی به‌نظر می‌رسد که دزدی از فروشگاه (برای مثال دزدیدن شورت، کفش یا جوراب زنانه) در شخص موجب تحریک جنسی می‌شود.

علت یادگارپرستی را می‌توان در دو مقوله جستجو کرد. یکی آنکه فرض می‌شود تجربه‌هایی از اوان کودکی وجود دارند که به ناسازگاری، عزت‌نفس پایین و احساس بی‌کفایتی، بویژه در نقش جنسی، منجر شده‌اند؛ به‌طوری که ابراز نقشها و انگیزه‌های غیرهمجنس‌گرایانه فرد مهار شده و یا فرد به ترس بیهوده از رابطه جنسی با زنها دچار گشته است. بنابراین شیء یادگار به مثابه آلت مردانه‌ای قلمداد می‌شود که او را برای انجام آمیزش جنسی یا کسب لذت یاری می‌کند. مقوله دیگر معمولاً رویدادهای شرطی‌کننده‌ای هستند که هنگام رویارویی با آنها، فرد به‌طور تصادفی و با واکنش هیجانی قوی نسبت به یک شیء بی‌جان دچار

اوج لذت جنسی شده است. برای مثال، نوجوانی که هنگام استمناء در خفا ناگهان با بدن عریان مادر که جورابهای ساق بلند پوشیده است روبه‌رو می‌شود و در همان زمان به اوج لذت جنسی می‌رسد، پس از چنین تجربه‌ای ممکن است بعدها نیز به منظور تشدید هیجانهای خود هنگام استمناء از همان جورابها یا لباسهای زیر زنانه استفاده کند.

یادگارپرستی معمولاً در اوایل نوجوانی آغاز می‌شود و پس از تثبیت، گرایش به مزمن شدن دارد. در مطالعه‌ای که روی ۱۰۰ نفر مرد یادگارپرست (با تعلق خاطر شدید به اشیای لاستیکی) انجام شد، مشخص گردید که نخستین گرایشهای آنان به اشیاء لاستیکی از قبل از ۱۱ سالگی آغاز شده بود.

موردی از یادگارپرستی

آقای «ق. ی.» یک مرد ۳۳ ساله متأهل است که هنگام مراجعه به روان‌شناس، از نیازهای غیرطبیعی جنسی خود شکوه می‌کند. او می‌گوید: «چند سالی است که با دیدن جورابهای ساق بلند نایلونی زنانه از نظر جنسی بسیار برانگیخته و تحریک می‌شوم. از هنگام نوجوانی عادت داشتم که جورابهای ساق بلند نایلونی زنان همسایه را که روی بند پهن کرده بودند، بدزدم. وقتی به دانشکده می‌رفتم معمولاً جورابها را از فروشگاه‌های لباس زیر زنانه می‌دزدیدم و از آنها برای استمناء استفاده می‌کردم. وقتی ازدواج کردم، همواره از همسرم می‌خواستم که قبل از آمیزش جنسی حتماً از این نوع جورابها پوشد.

در اوایل ازدواجمان او حرفی نداشت اما سرانجام نسبت به این خواسته من اعتراض کرد و گفت که [تو بیش از آنکه نسبت به اندام و خود من علاقه داشته باشی، از این جورابه‌های لعنتی لذت می‌بری!!]. اکنون از موقعی که همسرم برای اثبات گفته‌اش از پوشیدن این جورابه‌ها خودداری می‌کند، من نیز هنگام معاشقه و آمیزش جنسی نمی‌توانم به تحریک کامل و نعوظ برسم».

۲- یادگارپرستی همراه با مبدل پوشی جنسی

مردی که برای رسیدن به انگیزختگی و تحریک جنسی نیاز شدیدی به پوشیدن لباسهای زنانه احساس می‌کند، از نظر روان‌شناسی دچار مبدل‌پوشی^۱ است. معمولاً یک مرد مبتلا به یادگارپرستی همراه با مبدل‌پوشی جنسی، مجموعه‌ای از لباسهای زنانه تهیه می‌کند که به‌طور متناوب آنها را برای مبدل‌پوشی مورد استفاده قرار می‌دهد. در حین مبدل‌پوشی، فرد معمولاً استمناء می‌کند و در خیالپردازی‌های جنسی، خود را هم به‌عنوان فاعل مذکر و هم مفعول مؤنث مجسم می‌کند. این اختلال فقط در مردان دگر جنس‌خواه^۲ (یعنی مردانی که نسبت به زنان میل جنسی دارند و نه مردان) گزارش شده است. لازم به ذکر است که چنانچه یک فرد دچار اختلال هویت جنسی (برای مثال مردی که خود را یک زن می‌داند و از مرد بودن خود ناراضی است) مبدل‌پوشی کند، چنین تشخیصی (یعنی یادگارپرستی همراه با مبدل‌پوشی) در مورد

او مصداق ندارد. برخی مردان تنها یک تکه از لباس زنانه (مانند زیرپوش یا جوراب نایلونی) را زیر لباسهای مردانه‌شان می‌پوشند و بعضی دیگر به‌طور کامل مانند زنان لباس می‌پوشند و آرایش می‌کنند.

مردان مبدل‌پوش در حالت عادی مردانه عمل و رفتار می‌کنند. اگرچه رجحان جنسی اصلی این قبیل مردان، زنان هستند (یعنی برای آمیزش و فعالیت جنسی نسبت به زنان تمایل دارند) ولی ممکن است در اعمال همجنس‌خواهانه نیز درگیر شوند. یکی از ویژگیهای همراه این اختلال، وجود صفت آزارخواهی جنسی است. این اختلال معمولاً همراه با مبدل‌پوشی در دوران کودکی یا نوجوانی آغاز می‌شود، اما در بسیاری از موارد مبدل‌پوشی تا بزرگسالی در جلوی جمع انجام نمی‌شود. نخستین تجربه مبدل‌پوشی ممکن است به‌صورت جزئی یا کلی باشد، اما به هر صورت مبدل‌پوشی جزئی اغلب تا مبدل‌پوشی کامل پیش می‌رود. یک تکه لباس مورد علاقه ممکن است خودبه‌خود شهوت‌انگیز باشد و به‌طور عادی، نخست هنگام استمناء و سپس در آمیزش جنسی استفاده شود. در برخی افراد انگیزه مبدل‌پوشی ممکن است در طول زمان به‌طور موقت یا دایم، کاهش یابد و یا از بین برود. به عبارت دیگر مبدل‌پوشی در حکم پادزهری است که برای اضطراب یا افسردگی به کار می‌رود و احساس آرامش و آسودگی ایجاد می‌کند. بنابراین بسته به این که فرد تا چه اندازه دچار تنش و پریشانی است ممکن است شدت پرداختن به مبدل‌پوشی متفاوت باشد.

گروه اندکی از مبدل‌پوشان دچار ملال یا اندوه جنسی هستند و چنین اندوهی با تمایل به لباس پوشیدن و زندگی دایم به صورت یک زن همراه شده و آنان را به فکر تغییر جنسیت به وسیله هورمون یا جراحی می‌اندازد. افراد دچار یادگارپرستی همراه با مبدل‌پوشی هنگامی در پی درمان برمی‌آیند که به ملال جنسی گرفتار شده باشند. به عبارت دیگر این افراد هنگامی در پی کمک حرفه‌ای برمی‌آیند که درباره نقش یا هویت جنسی خود دچار نگرانی و ناراحتی مستمر شده باشند.

مطالعات گسترده بیانگر آن است که مبدل‌پوشها غالباً مردان متأهل و دارای فرزند هستند. مسایل آنان بیشتر ممکن است ناشی از تعارضهای زناشویی و طلاق به دلیل اعتراض همسرشان نسبت به مبدل‌پوشی آنان باشد. مردهای مبدل‌پوش غالباً سابقه‌ای از ملبس شدن به لباسهای دخترانه توسط مادران ناآگاه و بستگان مؤنث بسیار هیجانی‌شان دارند. چنین رویدادهایی یا بیانگر فقدان پدری است که پسر با او همانندسازی کند و یا اگر پدری هم وجود داشته بسیار ضعیف و نسبت به تربیت پسر خود بی‌علاقه بوده است. از سوی دیگر چنانچه مبدل‌پوشی کودک در دوران کودکی مورد قبول والدین قرار گیرد و پسر را برای پوشیدن لباسهای دخترانه تقویت و تشویق کنند، ناخواسته وی را به سوی ادامه چنین رفتار نابهنجاری سوق می‌دهند که به احتمال زیاد در آینده موجب بروز اختلال در هویت جنسی فرد و آشفتگی‌هایی همچون مبدل‌پوشی خواهد شد.

موردی از یادگارپرستی همراه با مبدل پوشی جنسی آقای «ع. ق.»، ۲۱ ساله و متأهل است. وی بعد از اقرار به جرم از سوی دادگاه به مشاور روانپزشکی ارجاع شد. اتهام وی رفتار مخالف نظم و دستگیر شدن در رختکن زنانه بخش پوشاک یک فروشگاه بزرگ بود. وی در موقع بازداشت، ملبس به لباس زنانه بود. در بررسی که توسط پلیس از او به عمل آمد معلوم شد که به طور کامل ملبس به جامه زنانه از جمله کمرست زنانه و جورابهای ساق بلند زنانه نایلونی بوده است. وی اعتراف کرد که در گذشته (تقریباً دو هفته پیش) نیز مبادرت به پوشیدن لباس زنانه نموده است. او احساس می کرد که مشکل وی نقطه اوجی از یک مشکل نسبتاً ریشه دار و عمیق جنسی است و اظهار کرد که به هنگام ورود به رختکن زنانه فروشگاه، احساس انگیزش مطبوعی داشته، درست شبیه تحریک و انگیزش که قبلاً هنگام داخل شدن به دستشویی زنانه در تئاتر شهر داشته است. او گزارش کرد که صرف پوشیدن لباس زنانه او را از نظر جنسی تحریک می کند. در بررسیهای روانپزشک مشخص شد که وی فردی خام و ساده است و تا آن زمان هیچگونه سابقه قانون شکنی یا رفتارهای جرم آفرین نداشته است.

۳- آزارگری جنسی یا سادیسم^۱

واژه سادیسم از نام مارکی دوساد^۲ نویسنده فرانسوی (۱۸۱۴ - ۱۷۴۰) اقتباس شده است. او در نوشته های خود اشخاصی را

1- sadism 2- Marquis de Sade

توصیف کرده که از آزار و اذیت شریک جنسی خود، لذت بسیار زیادی کسب می‌کرده‌اند. از این‌رو در ادبیات روان‌شناسی نیز چنین رفتار آزارگرانه‌ای را سادیسم می‌نامند.

ویژگی اصلی این اختلال، اعمالی است که شخص با انجام آنها از رنج روانی (از جمله تحقیر شدن) یا جسمانی قربانی خود، انگیزه‌ی جنسی به‌دست می‌آورد. برخی از مبتلایان به این اختلال، از خیال‌پردازیهای آزارگرانه خود که ممکن است فقط در جریان فعالیت جنسی، و نه در سایر زمینه‌ها، بدانها متوسل شوند در رنجند؛ در این قبیل موارد، خیال‌پردازیهای آزارگرانه معمولاً شامل تحت کنترل داشتن کامل قربانی است که از احتمال آزار دیدن وحشت‌زده می‌شود. سایر مبتلایان به این اختلال، امیال جنسی آزارگرانه را روی یک شریک جنسی موافق و راضی که مشتاقانه از درد یا تحقیر رنج می‌برد (و او نیز ممکن است به آزارخواهی جنسی دچار باشد) اعمال می‌کنند. با وجود این، بعضی از مبتلایان به آزارگری جنسی امیال جنسی خود را روی قربانیان ناراضی انجام می‌دهند.

در همه موارد فوق، آنچه فرد مبتلا به آزارگری جنسی را از نظر جنسی برمی‌انگیزد، رنج بردن فرد قربانی است. خیال‌پردازی‌ها یا اعمال جنسی ممکن است شامل فعالیت‌هایی باشند که تسلط شخص روی قربانی را نشان می‌دهند (مانند، مجبور کردن قربانی به چهار دست و پا رفتن یا حبس کردن قربانی در یک قفس). این اعمال ممکن است شامل دربند کشیدن، بستن چشم، لگدمال کردن، سیلی

زدن، تازیانه زدن، نیشگون گرفتن، کتک زدن، سوزاندن، دادن شوک برقی، تجاوز جنسی، بریدن، خنجر زدن، خفه کردن، شکنجه کردن، قطع کردن عضو یا حتی کشتن باشد.

خیالپردازیهای آزارگرانه جنسی ممکن است در دوران کودکی نیز وجود داشته باشند. سن شروع فعالیت‌های آزارگرانه، متغیر است؛ اما معمولاً در اوایل بزرگسالی روی می‌دهد. آزارگری جنسی معمولاً مزمن است و وقتی روی شرکای جنسی ناراضی اعمال شود ممکن است تا زمان دستگیری فرد منحرف، ادامه یابد. برخی از مبتلایان به آزارگری جنسی ممکن است سالها دست به اعمال آزارگرانه بزنند بدون این که نیازی به تشدید آزارها داشته باشند. با این حال، در بیشتر موارد اعمال آزارگرانه در طول زمان افزایش می‌یابند و خشن‌تر می‌شوند. وقتی آزارگری جنسی شدید است، بویژه هنگامی که فرد مبتلا به این اختلال دارای یک شخصیت جامعه‌ستیز یا قانون‌شکن است، فرد منحرف ممکن است قربانیان خود را به گونه‌ای وحشیانه مجروح کرده و یا به قتل برساند.

علل آزارگری جنسی، بیشتر به یادگارپرستی شباهت دارد. هر نوع هیجان قوی ممکن است احساسهای غیرارادی انگیزش جنسی را بوجود آورد به طوری که اگر آزار و اذیت فرد دیگر در یک موقعیت لذت‌بخش انجام گیرد، احساس تسلط و برتری حاصل از این موقعیت ممکن است رفتار آزارنده و در نتیجه میل به تکرار آن رفتار در شرایط تحریک جنسی را افزایش دهد. از سوی دیگر آزارگری ممکن است با نگرش منفی نسبت به موضوعهای

جنسی (که احتمالاً در یک زمینه مذهبی پدید آمده است) رابطه داشته باشد. در این مورد، آزارگری را می‌توان اقدامی انحرافی و حتی غریب و غیرعادی برای تنبیه زنی تلقی کرد که رابطه جنسی را می‌پذیرد یا از آن لذت می‌برد. برخی از روانشناسان معتقدند که افراد مرتکب قتل زنان روسپی که اسمشان در عناوین روزنامه‌ها چاپ می‌شود، تظاهری از چنین انگیزشی را به نمایش می‌گذارند.

موردی از آزارگری جنسی

آقای «ج» یک مهندس ۳۲ ساله است که مشکل اصلی خود را ناتوانی در حفظ روابط پایدار و بلندمدت با یک زن عنوان می‌کند. او می‌گوید که در نخستین ملاقاتهایش با هر زنی، بسیار دوست داشتنی و جذاب جلوه می‌کند اما وقتی با آن زن قرار نامزدی می‌گذارد و صمیمیت بیشتر در روابطشان مطرح می‌شود، رفتارهای آقای «ج» به کلی تغییر می‌کند. در این دوران است که او شروع به انتقاد کردن از نحوه لباس پوشیدن و آرایش نامزدش می‌کند و اندیشه‌ها و افکار او را به تمسخر می‌گیرد، و درست در همین گیر و دار است که نامزدهایش از ادامه رابطه با او خودداری می‌ورزند و او را ترک می‌کنند. البته دخترانی هم بوده‌اند که او را خیلی تحمل کرده‌اند ولی هرچه روابطشان طولانی‌تر می‌شد، اهانتها و خرده‌گیری‌های آقای «ج» نسبت به آنان شدت می‌یافت.

آقای «ج» عنوان می‌کند که در برخی از موارد با نامزدهایش روابط جنسی نیز داشته است، اما همه این زنان او را غیرقابل تحمل

توصیف کرده‌اند. آقای «ج» می‌گوید: «وقتی با آنان بودم، شروع به ایراد گرفتن از اندامشان می‌کردم و آنقدر آنها را تحقیر می‌کردم تا به گریه بیافتند. درست در همین حالت احساس تحریک جنسی فوق‌العاده‌ای به من دست می‌داد و کار را تمام می‌کردم».

۴- آزارخواهی جنسی یا مازوخیسم^۱

واژه مازوخیسم از نام لئوپولد فون ساخر - مازوخ^۲ نویسنده اتریشی (۱۸۹۵ - ۱۸۳۶) اقتباس شده است. او در نوشته‌های خود زنانی را توصیف کرده است که هنگام آمیزش جنسی خواهان خشونت و قساوت هستند و از زجر کشیدن و تحقیر شدن لذت می‌برند. بنابراین در ادبیات روان‌شناسی نیز چنین رفتار آزارخواهانه‌ای را مازوخیسم می‌نامند.

ویژگی اصلی این اختلال، میل شدید به تحقیر شدن، کتک خوردن، به بند کشیده شدن یا رنج بردن به هر صورت دیگری است. برخی افراد از خیالپردازیهای آزارخواهانه خود که ممکن است فقط در جریان آمیزش جنسی یا استمناء بدانه‌ها متوسل شوند، در رنجند. در این قبیل موارد، خیالپردازیهای آزارخواهانه معمولاً شامل مورد تجاوز قرار گرفتن در حالتی است که فرد به وسیله

دیگران طوری بسته یا به بند کشیده می شود که فرار ممکن نیست. سایر افراد مبتلا به این اختلال، امیال جنسی آزارخواهانه را توسط خودشان (مانند، بستن خودشان، فرو کردن میخ و دادن شوک الکتریکی به خود، یا تحقیر خویشتن) یا به وسیله شریک جنسی به اجرا درمی آورند. اعمال آزارخواهانه ای که ممکن است از شریک جنسی خواسته شوند عبارتند از: مهار کردن (به بند کشیدن جسمی)، بستن چشم (محدودیت حسی)، لگد مال کردن، سیلی زدن، تازیانه زدن، کتک زدن، دادن شوک الکتریکی، بریدن، زخمی کردن، خراشیدن، با گیره بستن و تحقیر کردن (مانند ادرار و مدفوع کردن شریک جنسی روی او، چهار دست و پا رفتن و عوعو کردن مانند سگ یا مورد فحاشی واقع شدن).

مبدل پوشی اجباری ممکن است به دلیل تحقیرآمیز بودن این عمل، انجام شود. فرد ممکن است تمایل داشته باشد تا با او مانند یک نوزاد درمانده یا قنداق شده رفتار کنند. نوع خطرناکی از آزارخواهی جنسی آن است که فرد به وسیله فشردن قفسه سینه، بستن شریان گردن، به دار آویختن، کشیدن کیسه پلاستیکی روی سر خود یا استفاده از برخی مواد شیمیایی (مانند نیتريت فرار که موجب کاهش موقتی اکسیژن مغز می شود) خود را از اکسیژن محروم می کند و از این راه به انگیزختگی جنسی می رسد. عمل محروم کردن از اکسیژن ممکن است به تنهایی یا توسط شریک جنسی انجام شود. گاهی اوقات به دلیل ناشی گری یا نقص ابزار، اشتباه در شیوه به دار آویختن خود یا شریان بندی و اشتباهاتی از

این قبیل ممکن است عمل فرد منجر به مرگ او شود. برخی از مردان مبتلا به آزارخواهی جنسی، همزمان دچار یادگارپرستی، یادگارپرستی همراه با مبدل‌پوشی جنسی یا آزارگری جنسی نیز هستند. خیال‌پردازیه‌های آزارخواهانه جنسی ممکن است در دوران کودکی نیز وجود داشته باشند. سنی که در آن فعالیت‌های آزارخواهانه برای نخستین بار با شرکای جنسی صورت می‌گیرد، متغیر است، اما معمولاً در اوایل بزرگسالی روی می‌دهد. آزارخواهی جنسی معمولاً مزمن است و شخص به تکرار نوع ثابتی از عمل آزارخواهانه تمایل دارد. برخی از مبتلایان به آزارخواهی جنسی ممکن است سالها دست به اعمال آزارخواهانه بزنند بدون این که شدت آسیب‌های وارد بر خود را افزایش دهند. اما پاره‌ای از مبتلایان به این انحراف، شدت اعمال آزارخواهانه‌شان را در طول زمان یا در جریان دوره‌هایی از زندگی که تحت فشار روانی قرار می‌گیرند، افزایش می‌دهند به طوری که احتمال دارد این اعمال سرانجام به آسیب‌دیدگی جدی یا حتی مرگ آنها بیانجامد. برخی از روان‌شناسان، آزارخواهی جنسی یا مازوخیسم را با تجربه‌ی دردی شدید در اوایل زندگی که احتمالاً به طور تصادفی با یک رویداد جنسی رضایت‌بخش همراه شده است، مربوط می‌دانند. برای مثال، در شرح حال یک مرد دچار آزارخواهی جنسی چنین آمده است: «هنگامی که پسر بچه‌ای بودم، استخوان دستم شکست و در آن دوران شکستگی استخوان را بدون داروی ضد درد یا بیهوشی جا می‌انداختند. وقتی از درد به خودم

می‌پیچیدم، متوجه شدم که پرستاری مرا نوازش می‌کند و به گونه‌ای آرامش‌بخش من را به سینه‌اش می‌فشارد. این تجربه در من واکنشی جنسی به وجود آورد که لذت آن بلافاصله پس از آن درد شدید بود و چنین تجربه‌ای بعدها نیز میل به درد کشیدن را در من تقویت کرد». البته لازم به ذکر است که در چنین مواردی برخی صفات شخصیتی زمینه‌ساز وجود دارند که موجب می‌شوند این قبیل تجربه‌ها تأثیری تا بدین اندازه پایدار به جا بگذارند.

برخی دیگر از روان‌شناسان، میل به تحمل درد و رنج هنگام آمیزش جنسی را ناشی از احساس گناهی می‌دانند که در اثر تربیت تعصب‌آلود نسبت به رابطه جنسی در فرد ایجاد شده است. چنین فردی تحمل درد و رنج را بهایی می‌داند که باید برای این لذت گناه‌آلود بپردازد. از این‌رو با زجر کشیدن هنگام رابطه جنسی، به‌طور ناخودآگاه خود را برای این عمل گناه‌آلود (البته از نظر دیدگاه تربیتی او) تنبیه و سرزنش می‌کند.

موردی از آزارخواهی جنسی

خانم «ض» به تازگی با آقای «س» ازدواج کرده و هر دوی آنها ۲۷ ساله و خبرنگار روزنامه هستند. آقای «س» برای مشاوره زناشویی به روان‌شناس مراجعه کرده تا از برخی رفتارهای همسرش که او را گیج کرده بیشتر آگاهی یابد. او به روان‌شناس می‌گوید: در نخستین روز ماه‌عسل که به هتلی در جنوب کشور رفته بودیم، همسر من مشغول آماده کردن خود برای رفتن به دریا بود که در کنار او نشستم.

در این حالت همسرم به یکباره از من خواست که دستهای او را ببندم و موهای او را با شدت هرچه بیشتری بکشم. او این کار را بسیار دوست دارد ولی به عکس من را بسیار ناراحت می‌کند زیرا احساس می‌کنم یک جای این رابطه ایراد دارد!!

ب - انحرافهای جنسی تعرضی یا متمرکز بر شریک جنسی ناموافق

۱- تماشاگری جنسی یا نظربازی

در جوامع غربی نگاه کردن به تصاویر و صحنه‌های تحریک‌کننده جنسی امری نسبتاً شایع است که با زندگی غربی و آداب و رسوم آن درآمیخته است. برای مثال در آمریکا برخی از شبکه‌های تلویزیونی فیلمهای شهوانی نشان می‌دهند و نوارهای ویدئویی ویژه بزرگسالان به آسانی قابل دسترسی است. همچنین در برخی از محله‌ها، میخانه‌هایی وجود دارند که رقصهای شهوانی در آنها نمایش داده می‌شود.

گذشته از این موضوع که چنین فرهنگی با فرهنگ کشور ما مغایرت کامل دارد و خوشبختانه در کشور ما چنین هرزه‌نگاریهایی با منع قانونی و شرعی روبرو است، ولی آیا می‌توان چنین رفتارهایی را به‌طور کلی انحراف دانست؟

باید بگوییم که نه!! تفاوت میان انحراف تماشاگری جنسی و چشم‌چرانی یا کسب لذت از راه نگاه کردن به تصاویر و صحنه‌های جنسی در این است که در چشم‌چرانی معمولی، نگاه کردن به صحنه‌های جنسی و شهوانی، بیشتر مقدمه‌ای برای پرداختن به فعالیت جنسی بهنجار و طبیعی است. برای مثال، بعضی از زوجها فیلمهای شهوانی را هم برای یاد گرفتن و هم برای افزایش فعالیت جنسی خود تماشا می‌کنند. اما در انحراف تماشاگری جنسی یا نظربازی، پرداختن به عمل جنسی با شخص مورد مشاهده وجود ندارد و این عمل مقدمه‌ای برای انجام یک فعالیت جنسی طبیعی نیست. به عبارت دیگر، در انحراف نظربازی، کار تماشاگری جنسی جانشین فعالیت جنسی طبیعی و بهنجار می‌شود.

ویژگی اصلی افراد دچار انحراف تماشاگری جنسی، مشاهده دزدانه افراد بی‌خبر و معمولاً غریبه‌هایی است که برهنه، در حال برهنه شدن و یا انجام فعالیت جنسی هستند. عمل تماشاگری یا دیدزدن دزدانه به منظور کسب انگیزختگی جنسی انجام می‌شود. معمولاً ممکن است در جریان عمل تماشاگری یا در واکنش به خاطره آنچه که شخص منحرف شاهد بوده، اوج لذت جنسی از راه استمناء روی دهد. به عبارت دیگر، شخص نظرباز معمولاً همزمان با نظربازی یا بلافاصله پس از آن اقدام به استمناء می‌کند. اغلب این افراد رابطه جنسی با شخص مشاهده شده را در ذهن خود مجسم می‌کنند، اما این عمل به ندرت در واقعیت روی

می‌دهد. در حالت شدید این اختلال، فرد منحرف فقط از راه دیدزدن کسب لذت می‌کند و توانایی ایجاد یک رابطه جنسی واقعی را ندارد.

اغلب افراد دچار این اختلال، دارای سابقه بزهکاری و جرایم نه چندان بزرگ هستند. رفتار تماشاگری جنسی مستلزم همان نوع بالا رفتن پنهانی از پنجره یا دیوار است که برای دزدی صورت می‌گیرد. اگرچه این کار تفاوت اساسی با دزدی دارد ولی نگاه کردن از پنجره یا بالای دیوار یک خانه یا آپارتمان، نوعی «تجاوز به حریم دیگران» است که به‌طور نمادین با دزدی (اما در اینجا دزدی جنسی) قابل مقایسه است. هرچند شخص نظرباز دقت زیادی به خرج می‌دهد که از نظر زنهایی که آنها را دید می‌زند پنهان بماند، اما غالباً خود را در معرض شناخته شدن توسط دیگران قرار می‌دهد. به همین دلیل، بیشتر نظربازها را رهگذران یا همسایه‌ها لو می‌دهند، نه قربانیان آنها.

آغاز انحراف تماشاگری جنسی معمولاً قبل از سن ۱۵ سالگی است و معمولاً گرایش به مزمن شدن دارد. طبق یک گزارش، ۳۰ تا ۵۰ درصد تماشاگرهای جنسی متأهل هستند و تعارض زناشویی و میزان طلاق در میان آنها بیشتر از جمعیت کلی نیست، اما دسته‌ای دیگر از پژوهش‌ها بیانگر آنند که این قبیل بیماران از کمیت و کیفیت رابطه جنسی خود با شریک جنسی‌شان ناخرسند هستند.

علت به‌وجود آمدن این اختلال همانند سایر انحراف‌های جنسی کاملاً روشن نیست، اما فرضیه‌هایی مبنی بر بروز تصادفی

رابطه میان انگیزختگی جنسی و دیدزدن مطرح شده است. برخی از روان‌شناسان (بویژه روان‌شناسان رفتارگرا) معتقدند که اگر یک مرد هنگام دیدزدن یا پس از تماشاگری جنسی و هنگام به یاد آوردن صحنه مورد مشاهده و خیالپردازی درباره آن استمناء کند، رابطه‌ای میان لذت جنسی حاصل از دیدزدن و اوج لذت جنسی ناشی از استمناء بوجود خواهد آمد که در اثر تکرار مستحکم‌تر شده و سرانجام رفتار نظربازی به عنوان منبع اصلی انگیزختگی جنسی ادامه خواهد یافت. برخی دیگر از نظریه‌پردازان روان‌شناسی (روان‌کاوان) معتقدند که افراد دچار این انحراف در کودکی شاهد رابطه جنسی والدین خود بوده‌اند و چنین تجربه‌ای آنان را به تماشاگری جنسی سوق داده است. بعضی دیگر نیز معتقدند که فعالیت‌های نظربازانه در میان نوجوانان راهی برای ابراز کنجکاوی جنسی است که بعدها تجربیات مستقیم جای آن را می‌گیرد؛ اما دوام این رفتار در برخی از نوجوانان بیشتر ناشی از فقدان مهارت‌های اجتماعی و جنسی در برخورد با دختران (مانند خجالتی بودن، رفتار ناشیانه و دست و پا چلفتی بودن در برخورد با دختران) و یا سد شدن راه ابراز میل جنسی به‌طور طبیعی است. به عبارت دیگر افراد دچار این انحراف به دلیل نداشتن مهارت‌های اجتماعی و جنسی بهنجار و ترس از ناکامی در روابط اجتماعی با جنس مخالف، تنها راه کسب لذت جنسی را نظربازی دزدانه می‌دانند.

موردی از نظربازی جنسی

آقای «د» یک مرد مجرد ۴۱ ساله است که به تازگی توسط پلیس و به جرم ورود غیرمجاز به محوطه خانه یکی از همسایه‌ها دستگیر شده است. پلیس او را در حالتی دستگیر کرد که پشت درختچه‌های شمشاد پنجره خانه مذکور مشغول عکس برداری دزدانه به وسیله یک دوربین عکاسی مجهز به عدسی دوربرد بود. عکسهای چاپ شده از دوربین آقای «د» مربوط به اندام برهنه زن همسایه بود که در اتاق خواب خود به پوشیدن لباس مشغول بوده است.

وکیل آقای «د» از او خواست تا قبل از حاضر شدن در دادگاه با یک روانپزشک مشاوره کند. در مصاحبه با روانپزشک، آقای «د» اعتراف کرد که سالها است به دیدزدن دزدانه خانه و اتاق خوابهای همسایه‌ها می‌پردازد و وقتی زنان همسایه را با بدنهای برهنه می‌دید، اغلب اوقات در همان حالت استمناء می‌کرد، و چنانچه شرایط مهیا نبود با عکس برداری از بدنهای عریان آنها و چاپ این عکسها در خانه، با دیدن عکسها استمناء می‌کرد.

۲- عورت‌نمایی

عورت‌نمایی یا نمایش‌گری جنسی عبارت است از نشان دادن مکرر آلت تناسلی به رهگذران (معمولاً زنان) بی‌خبر برای کسب هیجان جنسی اما بدون اقدام برای فعالیت جنسی بیشتر!! به عبارت دیگر فرد دچار عورت‌نمایی ضمن نشان دادن آلت تناسلی خود به یک فرد غریبه (و یا خیالپردازی درباره این که آلت تناسلی خود را

به فردی غریبه نشان می‌دهد) استمناء می‌کند و اگر فرد قربانی مطابق با این امیال عمل کند، به‌طور کلی هیچ تلاشی برای انجام فعالیت جنسی گسترده‌تر با غریبه‌ها نشان نمی‌دهد.

عورت‌نمایی ۳ ویژگی خاص دارد: (۱) همیشه برای زنهای بیگانه صورت می‌گیرد، (۲) همیشه در محلی که امکان نزدیکی جنسی وجود ندارد انجام می‌شود (برای مثال در یک فروشگاه شلوغ)، و (۳) برای متعجب ساختن و وحشت‌زده کردن زنی که مشاهده‌کننده است طرح‌ریزی می‌شود. گزارشهایی وجود دارد مبنی بر این که وقتی زن واکنشی نشان ندهد، عمل عورت‌نمایی فاقد قدرت ایجاد انگیزش جنسی در مرد است و هرچه شوکه شدن و وحشت‌زدگی زن بیشتر باشد، انگیزختگی جنسی فرد عورت‌نما بیشتر خواهد بود.

موقعیتهایی که در آنها افراد عورت‌نما بیش از همه به عمل انحرافی خود دست می‌زنند عبارتند از سالنهای تاریک سینما، مکانهای خلوت مانند پارکها یا موزه‌ها، مراکز خرید مانند فروشگاه‌های بزرگ، جلوی مدارس یا دانشگاه‌ها و خلاصه هرجایی که امکان حیرت‌زده کردن قربانی وجود داشته باشد و در عین حال از مأموران پلیس نیز خبری نباشد. در چنین موقعیتهایی، فرد عورت‌نما معمولاً احلیل نعوظ یافته خود را در معرض دید قربانی قرار می‌دهد و ممکن است در لحظه نمایش یا پس از فرار قربانی، استمناء و انزال کند. برخی از افراد عورت‌نما در ذهن خود تصور می‌کنند که مشاهده‌گر از لحاظ جنسی برانگیخته خواهد شد

و چنین تصویری برای آنان لذت‌بخش است، اما واقعیت این است که تا به حال گزارشی مبنی بر ایجاد انگیزتگی جنسی در قربانی‌های چنین بیمارانی ارایه نشده است!!

آغاز این اختلال معمولاً قبل از سن ۱۸ سالگی است، اما مواردی نیز بوده‌اند که در سنین بالاتر آغاز شده‌اند. در میان افرادی که به جرم عورت‌نمایی دستگیر می‌شوند، افراد سالمند کمتر دیده می‌شود و این یافته بیانگر آن است که با افزایش سن، بویژه پس از ۴۰ سالگی، از شدت این انحراف کاسته می‌شود.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند کسانی که اقدام به عورت‌نمایی می‌کنند با مشکلات و استرس‌های زیادی روبرو هستند که با کاهش این استرس‌ها از شدت رفتار عورت‌نمایی آنان کاسته می‌شود. آن دسته از منحرفانی که به کرات اقدام به این عمل می‌کنند، به رغم درمان توسط روانپزشکان و روان‌شناسان و تنبیه شدن توسط دادگاه‌ها و نیروهای انتظامی، احتمالاً به رفتار خود ادامه خواهند داد. بررسی پرونده‌های موجود در محاکم قضایی نشانگر آن است که میزان محکومیت دوباره پس از نخستین محکومیت به جرم عورت‌نمایی، پایین اما پس از دومین محکومیت بالا است. آمارها نشان می‌دهند که بیشتر منحرفان عورت‌نما دست به اعمال خشونت‌آمیز نمی‌زنند و مزاحم کودکان نیز نمی‌شوند. بیشترین قربانیان این بیماران را زنان ۱۶ تا ۳۰ سال تشکیل می‌دهند که البته به جز آزار روانی ناشی از شوکه کردن آنها، معمولاً خطر دیگری برای آنان ندارند.

از جمله علت‌هایی که برای این اختلال ذکر شده است می‌توان به احساس ناایمنی و عدم اطمینان نسبت به توانایی جنسی مردانه اشاره کرد. به عبارت دیگر، این قبیل افراد با نشان دادن احلیل خود به یک زن غریبه، می‌کوشند تا از راه تحت‌تأثیر قرار دادن او، به یک احساس توانایی و تسلط جنسی دست یابند؛ زیرا اغلب روان‌شناسان و روانپزشکان معتقدند که افراد عورت‌نما از نظر شخصیتی دچار احساس حقارت، فقدان قاطعیت و از نظر اجتماعی منزوی هستند. همچنین دوام رفتار عورت‌نمایی ممکن است وابسته به میزان لذتی باشد که فرد پس از استمنای متعاقب عورت‌نمایی به دست می‌آورد. هرچه این لذت جنسی و شرایط مهیاکننده آن برای فرد خوشایندتر باشد، به دوام رفتار عورت‌نمایی بیشتر کمک می‌کند. از طرف دیگر ناتوانی فرد برای برقراری ارتباط‌های جنسی بهنجار و تعامل‌های اجتماعی مناسب با زنان ممکن است عاملی مؤثر در ادامه این رفتار بیمارگون باشد.

شروع عورت‌نمایی در میان‌سالی یا پیری به احتمال زیاد ناشی از یک بیماری مغزی است.

موردی از عورت‌نمایی

آقای «ت»، یک مرد ۳۶ ساله متأهل است که در قسمت اغذیه‌فروشی یک سینما کار می‌کند و اخیراً به جرم عورت‌نمایی در ایستگاه اتوبوس دستگیر شده است. موضوع دستگیری آقای «ت»، از این قرار بوده است که یک روز عصر هنگام رفتن به سرکار، میل

شدیدی برای نشان دادن غافلگیرانهٔ احلیل خود به یک زن غریبه احساس می‌کند. او به روان‌شناس دادگاه می‌گوید: «همین‌طور که مشغول قدم‌زدن در خیابان بودم و به ایستگاه اتوبوس نزدیک می‌شدم، ناگهان ایستگاه را خالی از مسافر و فقط یک زن جوان تنها را دیدم که روی نیمکت ایستگاه منتظر اتوبوس بود. با دیدن این صحنه به کنار خیابان رفتم و در پناه یک درخت آلت خود را از شلواریم بیرون کشیدم و آن را زیر بارانی خود مخفی کردم و دوباره به راه افتادم. وقتی به ۲ یا ۳ متری آن زن رسیدم، فریاد زدم «اینجا رو ببین». آن زن وقتی این صحنه را دید اندکی متعجب و گیج شد. سپس با بی‌اعتنایی به آلت من نگاه کرد و گفت: این هم یک نوع جدید از گدایی؟ با شنیدن این گفته و دیدن بی‌اعتنایی این زن کاملاً یکه‌خوردم که ناگهان فریاد کشید «سهراب این آشغال را ادب کن!!». از بدشانشی من شوهر این خانم که رفته بود آن طرف خیابان سیگار بخرد با سرعت به سمت من دوید و در همین گیر و دار اتوبوس هم رسید و خلاصه لت و پارم کردند و تحویل پلیس دادند».

آقای «ت» در مصاحبهٔ خود با روان‌شناس دادگاه اظهار کرد که قبلاً نیز بارها میل شدیدی به عورت‌نمایی احساس کرده بود ولی همواره از عملی ساختن آن هراس داشت.

۳- مالش دوستی

ویژگی اصلی این اختلال، لمس و مالش یک شخص ناموافق با انجام این عمل است.

فرد مالش دوست در حین انجام این رفتار انحرافی معمولاً در ذهن خود تصور می‌کند که فرد مقابل از انجام این کار لذت می‌برد، اما در عین حال می‌داند که برای اجتناب از تعقیب قانونی احتمالی باید پس از لمس قربانی‌اش فرار کند.

رفتار مالش دوستی معمولاً در مکانهای شلوغی که فرد می‌تواند به آسانی از آنجاها بگریزد انجام می‌شود (مانند پیاده‌روهای شلوغ یا داخل وسایل نقلیه عمومی همچون اتوبوس). شروع این اختلال معمولاً در سنین نوجوانی است به طوری که بیشتر اعمال مالش‌گری در سنین ۱۵ تا ۲۵ سالگی روی می‌دهد و سپس فراوانی آن رو به کاهش می‌گذارد.

از نظر شخصیتی فرد مالش دوست بسیار فعل‌پذیر و منزوی است و تنها منبع ارضای جنسی او مالیدن است. پژوهشها نشانگر آنند که مالش دوستی اغلب در ترکیب با سایر انحرافهای جنسی روی می‌دهد. به طوری که تقریباً بیش از ۷۰ درصد از افراد دچار این انحراف، همزمان به نظربازی، عورت‌نمایی یا تجاوز به عنف نیز اقدام کرده‌اند.

علت پدیدآیی مالش دوستی را نیز می‌توان در فقدان مهارتهای اجتماعی سازگاران در برخورد با جنس مخالف و احتمالاً احساس حقارت جنسی ناشی از بازداریهای جنسی در دوران کودکی دانست.

موردی از مالش دوستی

آقای «ز» یک مرد ۲۴ ساله مجرد است که به تنهایی زندگی می‌کند و از نظر سایر همسایگان فردی درون‌گرا و منزوی است. او بعد از ظهرها در یک کتابخانه کار می‌کند و اغلب همکارانش وی را فردی خجالتی می‌دانند که بویژه از جواب دادن به اعضای زن کتابخانه عاجز است. تخیلات جنسی آقای «ز» به‌طور کلی مغایر با آن ظاهر آرام و خجالتی اوست.

تنها راه ارضای جنسی آقای «ز» سوار شدن به اتوبوسهای مملو از مسافر و مالیدن آلتش به بدن زنانی است که به علت ازدحام جمعیت سوءظنی به او نمی‌برند و اساساً از قصد جنسی او بی‌خبرند. در چنین وضعیتی آقای «ز» خود را سرگرم خواندن یک روزنامه نشان می‌دهد و اغلب زنان وقتی تماس بیش از اندازه بدن خود را با او حس می‌کنند بدون این که چیزی بگویند با ناراحتی و خجالت خود را عقب می‌کشند. در این موقع آقای «ز» توجهش را به‌سوی زنی دیگر معطوف می‌کند. در حین انجام این کارها وی کوشش بسیاری می‌کند که تماسهای بدنی خود با زنان را تصادفی جلوه دهد و به محض این که حس می‌کند قربانی او در حال عصبانی شدن است، مالش را متوقف می‌سازد. البته گاهی نیز پیش آمده که توسط یکی از قربانی‌ها سبلی با کتک خورده و متعاقب این رویداد به سرعت از اتوبوس پیاده شده است.

۴- بچه‌بازی

بچه‌بازی به عمل نوازش جنسی کودک یا اقدام به آمیزش جنسی با او گفته می‌شود. مبتلایان به بچه‌بازی عموماً به‌سوی کودکان متعلق به یک دامنه سنی خاص گرایش و کشش دارند. برخی از بچه‌بازها کودکان پسر و برخی دیگر کودکان دختر را ترجیح می‌دهند و عده‌ای از آنها نیز نسبت به هر دو جنس (پسر و دختر) تمایل جنسی نشان می‌دهند. کسانی که به کودکان دختر تمایل دارند معمولاً کودکان ۸ تا ۱۰ سال را ترجیح می‌دهند ولی آنهایی که به‌سوی کودکان پسر جذب می‌شوند معمولاً کودکان بزرگتر را ترجیح می‌دهند. برخی از بچه‌بازها فقط نسبت به کودکان تمایل جنسی نشان می‌دهند در حالی که سایرین گاهی نسبت به بزرگسالان نیز کشش پیدا می‌کنند.

مبتلایان به بچه‌بازی که امیالشان را روی کودکان اعمال می‌کنند ممکن است فعالیت بچه‌بازی را با عورت‌نمایی بی‌شرمانه به کودک یا نشان دادن او روی زانوها شروع کنند و سپس به فعالیت‌هایی مانند برهنه کردن کودک و تماشا کردن او، استمناء کردن در حضور کودک یا لمس ملایم و نوازش کردن کودک اقدام کنند. برخی از بچه‌بازها رفتارهای انحرافی شدیدتری مانند قضیب‌لیسی^۱ (مکیدن و تحریک احلیل با دهان) یا فرج‌لیسی^۲ (لیسیدن و تحریک فرج با دهان) را روی کودک اعمال می‌کنند و در بعضی از موقعیت‌ها انگشتانشان، اشیاء خارجی یا آلتشان را به مهبل، دهان یا

1- fellatio 2- cannilingus

مقعد کودک فرو می‌کنند و ممکن است برای انجام این کارها حتی به زور متوسل شوند. این فعالیتها معمولاً با عذرخواهی از کودک یا توضیحات و توجیهات ظاهر فریبانه‌ای همچون «این کارها برای تو ارزش آموختنش را دارد»، «بعدها لذتی از این کار می‌بری که با هیچ نوع بازی قابل مقایسه نیست»، «بچه‌های باهوش و زرنگ باید این کارها را بلد باشند» و غیره تبیین می‌شوند. به‌ندرت ممکن است عکس‌برداری از اندام برهنه کودک در وضعیتهای مختلف نیز انجام شود.

افراد بچه‌باز ممکن است امیال انحرافی خود را به کودکان خویش، فرزندخوانده‌ها یا خویشاوندانشان محدود کنند و یا احتمال دارد کودکان خارج از خانواده را انتخاب نمایند. برخی از بچه‌بازها، بویژه آنهایی که به‌طور مکرر به فعالیت جنسی با کودکان می‌پردازند، از راه‌های پیچیده‌ای برای دست یافتن به کودکان استفاده می‌کنند. برای مثال، کسب اعتماد مادر کودک، ازدواج با زنی که کودکی جذاب دارد، داد و ستد کودکان با سایر مبتلایان به بچه‌بازی، به عهده گرفتن پرورش کودکان بی‌سرپرست یا ربودن کودکان غریبه. به استثناء مواردی که این اختلال همراه با آزارگری جنسی است، شخص بچه‌باز ممکن است برای جلب محبت، علاقه و وفاداری کودک و پیشگیری از افشای فعالیت جنسی با کودک، خواسته‌ها و نیازهای کودک را برآورده کند (برای مثال، خرید اسباب‌بازی یا انواع خوراکی برای کودک و به عهده گرفتن برخی از مسئولیتهای همچون امضای کارنامه ضعیف یا حمایت از

کودک در برابر دوستان و همکلاسیهای زورگو).

انحراف بچه‌بازی معمولاً در نوجوانی آغاز می‌شود ولی برخی افراد مبتلا به بچه‌بازی گزارش می‌کنند که آنها تا میانسالی نسبت به کودکان میل جنسی نداشته‌اند. به‌طور کلی فرد بچه‌باز معمولاً مردی است که در دهه چهارم عمر به سر می‌برد و دسترسی آسان به بچه‌ها دارد (برای مثال ممکن است یکی از بستگان نزدیک، معلم، مربی مهدکودک یا مربی ورزشهایی همچون شنا، ژیمناستیک و غیره باشد). فراوانی رفتارهای نابهنجار بچه‌بازی اغلب به‌دنبال فشارهای روانی و اجتماعی نوسان می‌کند و روند این اختلال معمولاً مزمن است، بویژه در افرادی که نسبت به کودکان پسر تمایل جنسی دارند. به‌طوری که میزان تکرار اعمال بچه‌بازی در افرادی که کودکان پسر را ترجیح می‌دهند تقریباً دو برابر کسانی است که دختران را ترجیح می‌دهند.

بچه‌بازها اغلب به ناتوانی شدید در ارتباط با افراد بالغ و ترس از رابطه با زن‌ها دچارند. اغلب این افراد دارای احساس عمیق بی‌کفایتی مردانه و از نظر جنسی ناتوان هستند، در نتیجه از روابط جنسی طبیعی با یک زن بالغ به دلیل انتظار طردشدگی و شکست، وحشت دارند. بیشتر مردان بچه‌باز تصور می‌کنند که آلت تناسلی آنها کوچکتر از اندازه طبیعی است بنابراین به‌طور ناخودآگاه فکر می‌کنند که کودکان شرکای جنسی پذیرنده‌تری هستند و نیروی جنسی فراوانی را طلب نمی‌کنند. دسته‌ای از گزارشها بیانگر آنند که درصد زیادی از افراد بچه‌باز در خانواده‌هایی که دارای جوی ناشاد

هستند پرورش یافته‌اند و با پدران خود رابطه نامطلوبی داشته‌اند. همچنین برخی از افراد کم‌هوش، مبتلا به زوال عقل و الکلی نیز ممکن است به بچه‌بازی روی آورند.

آثار درازمدت بچه‌بازی روی کودکان معلوم نیست. برخی از متخصصان عنوان کرده‌اند که چنانچه کودکی تا زمان مورد تجاوز قرار گرفتن رشد طبیعی داشته باشد، بعید به نظر می‌رسد که تجربه یک بار تجاوز موجب رفتار ناسازگارانه دایمی در او شود. زیرا تأثیر عمل بچه‌بازی روی کودک احتمالاً بیشتر به واکنش والدین او و میزان درگیری بعدی کودک با جریانهای قانونی مربوط است تا نفس عمل بچه‌بازی! البته باید توجه داشت که نمی‌توان بدون آگاهی از شدت و مدت اعمال تجاوزکارانه تجربه شده از سوی کودک با قطعیت چنین حکمی صادر کرد که «قربانی بچه‌بازی شدن چندان اثرات زیانباری برای کودک در پی نخواهد داشت»!!

موردی از بچه‌بازی

آقای «چ»، یک مربی شای ۲۶ ساله و متأهل است که در مرکز اصلاح رفتار کودکان بزه کار تدریس می‌کند. رابطه او با پسران ساکن در مرکز بسیار پدرانه و توأم با محبت است و علاوه بر تدریس شنا گاهی اوقات با پسران فوتبال یا سایر ورزشهای دسته جمعی را نیز انجام می‌دهد. آقای «چ»، در مواقع تدریس شنا، اصرار دارد که پسرها با همکاری او لباسهایشان را از تن درآورند و مایو بپوشند. به نظر او کمک وی به پسرها در رختکن موجب می‌شود تا آنان فرصت بیشتری

برای انجام تمرینهای شنا داشته باشند و وقت را با حرف زدن در رختکن هدر ندهند. او هنگام کمک به پسرها برای لخت شدن، آنان را به خود می فشارد و می گوید: «می خواهم سفتی ماهیچه های شما را امتحان کنم!». آقای «چ» به پسران بزرگتر توجه بیشتری نشان می دهد. او به آنها می گوید که باید در حضور او شورت خود را درآورند تا وی بتواند با معاینه موهای آلت تناسلی آنها مطمئن شود که شپش ندارند!! اگر یکی از پسرها در برابر این کار اعتراض کند آقای «چ» به او می گوید: «تو که نمی خواهی به مربی تربیتی بگویم در اینجا هم دست از دزدی برداشته ای و می خواهی از اینجا فرار کنی؟». با چنین تهدیدهایی اغلب پسران تسلیم وی می شوند.

۵- حیوان خواهی

رابطه جنسی انسان با جاننداری غیر از انسان (مانند سگ، اسب یا گوسفند) را انحراف جنسی حیوان خواهی یا جانورگرایی^۱ می گویند. استفاده از حیوانات به منظور کسب لذت جنسی و ترجیح این رابطه به یک رابطه انسانی بسیار نادر است. به عبارت دیگر، در اغلب موارد، رابطه جنسی با حیوانات به دلیل در دسترس نبودن شریک جنسی انسانی است (برای مثال، در دهاتهای دورافتاده ای که جوانان امکان برقراری رابطه جنسی با جنس مخالف ندارند و در عین حال به لحاظ ماهیت زندگی کشاورزی و دامداری، با حیوانات اهلی همچون اسب، سگ و گوسفند ارتباطی

نزدیک دارند). اما شرایطی نیز وجود دارند که فرد حیوان خواه صرفاً به دلیل گرفتار شدن به یک نیاز روانی نابهنجار، رابطه جنسی با حیوانات را بر رابطه انسانی ترجیح می‌دهد. در این حالت فرد حیوان خواه یک حیوان دست‌آموز را طوری تربیت می‌کند که از راه لیسیدن یا مالیدن اندام تناسلی او باعث انگیزش و تحریک جنسی وی شود.

انحراف حیوان‌خواهی را می‌توان در آثار هنری کلاسیک و اسطوره‌های یونانی نیز به وضوح مشاهده کرد. یکی از معروفترین این آثار هنری، طرحی است که پابلو پیکاسو^۱ (نقاش معاصر اسپانیایی) از معاشقه قنطورس^۲ (یکی از صورتهای فلکی که نیم تنه اسب بالدار و سر انسانی دارد) و یک زن عریان حکاکی کرده است. در ادبیات کهن ایران نیز بهترین نمونه این انحراف، توسط مولوی شاعر و عارف بلندآوازه ایرانی در قالبی پندآمیز و به صورت داستان منظوم «کنیزک و خر خاتون» در مثنوی معنوی آورده شده است. داستان چنین آغاز می‌شود:

از وفور شهوت و فرط گزند	یک کنیزک یک خری بر خود فگند
خر جماع آدمی پی برده بود	آن خر نر را بگن خو کرده بود
در نرش کردی پی اندازه را	یک کدویی بود حیلست سازه را
تا رود نیم ذکر وقت سپوز	در ذکر کردی کدو را آن عجز

در یک مطالعه (کینزی^۳، ۱۹۴۸ به نقل از آلگایر و آلگایر، ۱۹۹۵)، ۸ درصد از مردان و ۴ درصد از زنان مورد بررسی، به نوعی

رابطه جنسی با حیوانات را تجربه کرده بودند و این نسبت در مردان روستایی به طور قابل توجهی بالاتر از مردان شهری بود. در همان مطالعه، ۱۷ درصد از پسران روستایی گزارش کرده بودند که حتی در اثر رابطه جنسی با حیوانات اهلی به اوج لذت جنسی دست یافته‌اند.

رابطه جنسی با حیوانات، بیشتر در دوران بلوغ و نوجوانی شایع است و اغلب پسران نوجوان با رسیدن به سن بزرگسالی چنین رفتاری را کنار می‌گذارند. برخی از گزارشها بیانگر آنند که شیوع این اختلال در افراد عقب‌مانده ذهنی و یا بیماران روانی بسیار آشفته بیشتر از سایر گروه‌ها است.

موردی از حیوان‌خواهی

خانم «س»، یک زن سی ساله متأهل است که به علت افسردگی به یک روانپزشک مراجعه کرده است. خانم «س»، علت عمده افسردگی خود را از دست دادن گربه خانگی‌اش می‌داند که به تازگی در اثر تصادف با یک اتومبیل در خیابان مرده بود. او می‌گوید که با شوهرش تفاهم دارد اما از نظر جنسی هیچ میلی به او ندارد.

در جلسه پنجم مشاوره روانپزشکی، خانم «س»، فاش ساخت که علت اصلی احساس اندوه و افسردگی او دل‌بستگی شدیدی است که از نظر جنسی به گربه‌اش داشته است.

او می‌گفت: با داشتن «لوسی»، هیچوقت از نظر جنسی احساس کمبود نمی‌کردم. «لوسی» را به گونه‌ای تربیت کرده بودم که هر وقت

می‌خواستم با او به اوج لذت جنسی می‌رسیدم. با داشتن لوسی دیگر نیازی به خیانت نبود!!.

۶- مرده‌خواهی

برقرار کردن رابطه جنسی با یک مرده را مرده‌خواهی می‌گویند. در این اختلال، لذت جنسی تنها از نزدیکی و آمیزش جنسی با اجساد مردگان حاصل می‌شود. بیشتر افراد مبتلا به مرده‌خواهی، جسد مورد استفاده خود را از قبرستانها یا مراکز نگهداری و آماده‌سازی اجساد مردگان برای انجام مراسم تدفین به دست می‌آورند و برخی از آنها نیز سابقه نبش قبر و دزدی جسد دارند. در برخی از موارد شدید این اختلال، فرد مرده‌خواه برای ارضای میل انحرافی خود، اقدام به قتل می‌کند و پس از قتل به آمیزش جنسی با مقتول می‌پردازد.

شیوع این انحراف بسیار نادر است و در اغلب موارد فرد مرده‌خواه دچار یک بیماری روانی شدید است که احتمالاً بینش و آگاهی او نسبت به واقعیت را تباه کرده است.

موردی از مرده‌خواهی

آقای ۵۱، یک مرد ۳۴ ساله مجرد و بیکار است که به علت نبش قبر و تجاوز به جسد یکی از مردگان دفن شده در قبرستان بیرون شهر توسط مأموران پلیس دستگیر و به روان‌شناس دادگاه ارجاع شده

است. ظاهر وی بسیار نامرتب و ژولیده است و به طور دایم زیر لب اصوات نامفهومی را زمزمه می‌کند. پس از حوصله بسیار بالاخره به حرف می‌آید و می‌گوید: «زن‌ها همه دندان دارند! می‌فهمی چی می‌گم دکتر! ... یعنی اونجاشون دندون داره! هه... هه... اگر بخواهی با اونا بخوابی تمام اسباب و اثاثیه‌ات را می‌کنن و اونوقت بدبخت می‌شی. ولی وقتی مردن دیگه دندوناشون هم از کار افتاده!!».

گزارش پزشکی قانونی بیانگر آن است که آقای «ی» قبل از نزدیکی با جسد مذکور، میزانی از بافت مهبل را با چاقو کنده بود که احتمالاً علت آن ترس وی از دندان‌دار بودن مهبل جسدی بوده است که قصد داشته با او جماع کند.

۷- هرزه‌گویی تلفنی

هرزه‌گویی تلفنی عبارت است از کسب لذت جنسی از راه تلفن‌زدن به زنان غریبه و بیان گفته‌های زشت و وقیحانه، و پیشنهاد ملاقات و رابطه جنسی با تلفن‌کننده. برخی از متخصصان، هرزه‌گویی تلفنی را نوعی «عورت‌نمایی کلامی» معرفی کرده‌اند. به نظر این متخصصان، همان‌گونه که یک منحرف عورت‌نما با نشان دادن آلت تناسلی خود به یک زن غریبه موجب پاسخ ترس و یکه خوردن قربانی می‌شود و از این راه کسب لذت می‌کند، در هرزه‌گویی تلفنی نیز فرد هرزه‌گو با بیان وقیحانه الفاظ و واژه‌های جنسی موجب ترس و شوکه شدن قربانی می‌گردد.

اغلب افراد هرزه‌گو هنگام تلفن‌زدن به قربانی خود، استمناء

می‌کنند و در بیشتر موارد این مردان هستند که به هرزه‌گویی اقدام می‌کنند. در یک مطالعه (آلگایر و آلگایر، ۱۹۹۵) نشان داده شد که ۶۱ درصد از زنان مورد بررسی، حداقل یک‌بار در زندگی خود از سوی یک مرد هرزه‌گو آزار شده‌اند. همانند مورد عورت‌نمایی، آنچه یک هرزه‌گو را از نظر جنسی برمی‌انگیزد، شوکه شدن یا ترسیدن قربانی است. از این‌رو توصیه می‌شود که هنگام روبرو شدن با چنین تماس‌هایی، بدون بیان هیچ جمله‌ای تلفن را قطع کنید و یا ابتدا یکی از این جمله‌ها را بگویید «متأسفم من برای شنیدن این چرندیات وقت ندارم»، «خودتان را به یک روانپزشک معرفی کنید» و بلافاصله تلفن را قطع کنید.

افراد دچار هرزه‌گویی تلفنی نیز همانند بسیاری از منحرفان جنسی، از احساس حقارت و ناتوانی در برقراری یک رابطه بهنجار و سالم با جنس مخالف رنج می‌برند و در اغلب موارد وقتی قربانی با پیشنهاد آنان موافقت می‌کند، از ترس این که مبادا در محل ملاقات توسط پلیس دستگیر شوند، هراسان شده و از آمدن به سر قرار خودداری می‌کنند*.

* - برابر با ماده ۶۴۱ قانون مجازات اسلامی «هرگاه کسی به وسیله تلفن یا دستگاه‌های مخابراتی دیگر برای اشخاص ایجاد مزاحمت نماید، علاوه بر اجرای مقررات خاص شرکت مخابرات، مرتکب به حبس از یک تا شش ماه محکوم خواهد شد».

موردی از هرزه‌گویی تلفنی

آقای دل، یک مرد مجرد ۲۰ ساله است که به جرم مزاحمت تلفنی دستگیر شده و به روان‌شناس دادگاه ارجاع شده است. وی مدت ۶ ماه به یک دختر شانزده ساله تلفن می‌کرده و حرفهای وقیحانه‌ای می‌زده است.

او اقرار کرد که ضمن این تلفن‌ها از نظر جنسی تحریک شده و در چند مورد هنگام صحبت با آن دختر استمناء کرده است. در حین مصاحبه ناراحت به نظر می‌رسید، حالت دفاعی داشت و مطلب زیادی راجع به خودش بروز نمی‌داد. نامبرده از سوی دادگاه به شش ماه حبس محکوم شد.

انحرافهای جنسی بسیار نادر

علاوه بر انحرافهای جنسی که در مباحث پیشین توضیح دادیم، برخی افراد از نظر جنسی توسط اشیاء یا موضوعهائی تحریک می‌شوند که برای اغلب مردم هیچگونه جنبه تحریک‌کنندگی یا شهوانی ندارند. برای مثال، در مدفوع‌خواهی^۱، فرد منحرف از لمس مدفوع شریک جنسی و یا مدفوع کردن روی شریک جنسی لذت جنسی می‌برد؛ در ادرارخواهی^۲ نیز همانند مورد فوق فرد منحرف از ادرار کردن روی شریک جنسی و یا ادرار

1- coprophilia 2- urophilia

شدن روی او توسط شریک جنسی اش لذت جنسی کسب می‌کند و در تنقیه‌خواهی^۱ فرد منحرف از فرو کردن دستگاه تنقیه به مقعد خود لذت جنسی به دست می‌آورد.

لازم به توضیح است که در انحرافهای جنسی، شدت اختلال فرد ممکن است از خفیف (داشتن تخیلات و امیال جنسی انحرافی بدون اقدام برای عملی ساختن آنها) تا متوسط (عملی کردن تمایلات جنسی انحرافی به صورت گهگاهی) و شدید (عملی کردن تمایلات انحرافی جنسی به صورت مکرر و همیشگی) در نوسان باشد که بسته به شدت تعارضهای روانی و احساس ناکامی و آشفتگی شخصیتی فرد، به یکی از صورتهای فوق تظاهر می‌کند.

موردی از مدفوع‌خواهی

خانم «ژ» یک زن ۲۸ ساله متأهل و خانه‌دار است که برای راهنمایی گرفتن از روان‌شناس درباره روابط خود با همسرش به کلینیک مراجعه کرده است. او در طول مصاحبه با روان‌شناس بسیار خجالت‌زده بود و برای بیان مشکل خود دایماً از روان‌شناس عذرخواهی می‌کرد. پس از گذشت چند دقیقه سکوت با پرسش روان‌شناس مبنی بر این که «به چه فکر می‌کنید؟»، بالاخره خانم «ژ» سر صحبت را باز کرد. او می‌گوید: «شوهرم مرد بسیار خوبی است و من را هم خیلی دوست دارد. اما، ... ولی ... یک عادت جنسی غیرعادی دارد که من را کلافه کرده است». در این موقع خانم «ژ»

صدای خود را پایین می‌آورد و اندکی به‌سوی روان‌شناس خم می‌شود و می‌گوید: «واقعیت را بگوییم؟» و روان‌شناس می‌گوید: «راحت باشید».

خانم «ژ» سرش را پایین می‌اندازد و صحبت خود را ادامه می‌دهد: «شوهرم همیشه در رختخواب قبل از نزدیکی از من می‌خواهد که باد خالی کنم و سپس انگشتش را داخل مقعدم می‌کند و آنقدر آن را می‌چرخاند تا با مدفوع آلوده شود. شوهرم می‌گوید تا زمانی که بوی مدفوع من را احساس نکند از نظر جنسی تحریک و برانگیخته نمی‌شود، اما من می‌دانم که این کار کار درستی نیست و به همین جهت بسیار ناراحتم. از سوی دیگر او را خیلی دوست دارم و واقعاً نمی‌دانم چکار کنم». روان‌شناس می‌پرسد: «آیا شوهرتان احساس ناخوشایند شما را درباره‌ی این کار می‌داند؟» و خانم «ژ» پاسخ می‌دهد: «بله، اما می‌گوید که نمی‌تواند این کار را ترک کند!!».

فصل ۹

درمان انحرافهای جنسی مردان

آن دسته از منحرفان جنسی که برای درمان اختلالهای خود به پزشک یا روان‌شناس مراجعه می‌کنند، انگیزه‌های متفاوتی دارند. بسیاری از آنها به این دلیل به پزشک یا روان‌شناس مراجعه می‌کنند که رفتار جنسی آنها برای همسر، سایر بستگان یا پلیس آشکار شده است. چنین افرادی میل اندکی به تغییر رفتار خود دارند و چنانچه به آنها گفته شود که درمان مؤثری وجود ندارد، بسیار خوشحال می‌شوند زیرا بدین وسیله بهانه‌ای برای ادامه رفتار انحرافی خود به دست می‌آورند.

گاهی منحرفان جنسی به علت افسردگی و احساس گناه درباره رفتار خود به درمانگران مراجعه می‌کنند. در چنین مواردی، میل شدیدی به تغییر کردن ابراز می‌شود اما همین که افسردگی فرد بهبود یافت و خلق وی به حالت طبیعی برگشت، میل به تغییر از میان می‌رود. از این‌رو برای آنکه بتوان یک درمان مؤثر و

موفقیت‌آمیز را برای چنین بیمارانی تدارک دید، نخست باید میزان انگیزه بیمار برای درمان و پایایی یا موقتی بودن این انگیزه مشخص شود.

به علاوه، هدف درمان باید با بیمار در میان گذاشته شود. آیا منظور این است که رفتار انحرافی کنترل یا در صورت امکان ترک شود و یا تعدیلی در شدت آن رفتار صورت گیرد که به واسطه آن احساس گناه و ناراحتی بیمار کمتر شود. در هر صورت، ذکر این نکته حایز اهمیت است که درمان انحرافهای جنسی مستلزم همکاری و تلاش قابل توجه از جانب بیمار است.

در درمان انحرافهای جنسی، نخستین گام درمان اضطراب‌هایی است که احتمالاً مانع ایجاد روابط اجتماعی سازگارانه و طبیعی با جنس مقابل می‌شود. سپس با استفاده از روشهایی که در زیر معرفی می‌شوند ویژگیهای انحرافی رفتار جنسی تصحیح و رفتارهای جنسی مؤثر و سازنده جایگزین آنها خواهند شد.

۱- روان‌درمانی

پژوهشها نشانگر آنند که مشاوره و روان‌درمانی تأثیر چندانی بر اصلاح رفتارهای انحرافی ندارند. به عبارت دیگر میزان موفقیت این روشها تقریباً به اندازه موفقیت آنها در درمان اعتیاد به مواد مخدر و الکلیسم است. برخی از پژوهشگران عنوان کرده‌اند که ثبات روانی و ذهنی افراد منحرف، بستگی به ادامه رفتار انحرافی

آنان دارد. بر این اساس، کنار گذاشتن رفتار انحرافی موجب ابتلا به آشفته‌گی روانی شدید خواهد شد. در مقابل، دسته‌ای دیگر از پژوهشگران نشان داده‌اند که درمانهای رفتاری - شناختی اثر بسیار سودمندی در درمان انحرافهای جنسی دارند.

با این که اکثر افراد منحرف به دلیل رفتار نابهنجارشان مورد سرزنش و تنبیه قرار می‌گیرند اما در برخی از موارد نیز به واسطه این رفتار تقویت و تشویق می‌شوند. برای مثال، دسته‌ای از منحرفان جنسی که رفتار آنها موجب دستگیر شدنشان می‌شود (مانند عورت‌نماها، نظربازها و بچه‌بازها) نیاز شدیدی به فرار از این موقعیتها دارند. خطر دایمی دستگیر شدن به وسیله مقامات قضایی به اندازه انگیزندگی حاصل از فعالیت جنسی برای فرد منحرف برانگیزاننده است. به عبارت دیگر، نفس فرار از دست قانون و همزمان اقدام به یک رفتار جنسی انحرافی، برای فرد بیمار لذت‌بخش است. همان‌طور که می‌دانیم تا به حال کسی در صدد اصلاح رفتار منحرفان جنسی به وسیله جانشین ساختن رفتارهای اجتماعی قابل قبول‌تر به جای رفتارهای خطر جویانه آنان بر نیامده است. برای مثال می‌توان با ترغیب این افراد به انجام تمرینهای سقوط آزاد یا پرش با موتورسیکلت، نیاز آشکار آنان به خطر کردن و ماجراجویی را ارضا کرد. چنین روشی در ترکیب با درمان عنصر جنسی مشکل فرد، حداقل از سایر روشهای بیزاری‌آور و دردناکی که در گذشته برای درمان این اختلالات به کار می‌رفت (مانند اخته کردن یا دادن شوک برقی)، مؤثرتر و با درد کمتری همراه است.

مشکلات موجود بر سر راه درمان افراد دچار انحراف جنسی، بیشتر با محیط‌های محدودکننده و از نظر هیجانی آسیب‌زا مربوط است که در دوران کودکی و نوجوانی این افراد تأثیر بد خود را به جا گذاشته‌اند. بسیار ساده‌انگارانه خواهد بود اگر فکر کنیم که می‌توانیم رفتارهای شرطی شده‌ای را که در عرض سالها شکل گرفته و پایدار شده‌اند، در عرض چند هفته یا چند جلسه از میان ببریم یا اصلاح کنیم. زیرا در مقایسه با سایر بزه‌کاران، اغلب منحرفان جنسی دستگیر شده، در کودکی یا نوجوانی بیشتر تحت تجاوز جنسی یا آزار و اذیت جسمانی قرار گرفته‌اند. پژوهشها نشانگر آنند که ارتکاب جرایم جنسی در افرادی که هنگام کودکی مورد تجاوز جنسی یا بدرفتاری قرار گرفته‌اند، ۸ برابر بیشتر از آنهایی است که چنین تجاربی را نداشته‌اند. در هر صورت، شکل‌گیری یک انحراف جنسی خاص احتمالاً به شرطی شدنهای اتفاقی بیشتر مربوط است تا سایر شرایط. از این‌رو، کاربرد درمانهای رفتاری - شناختی جهت اصلاح رفتارهای انحرافی بیماران موفقیت‌آمیزتر از سایر روشهاست و شاهد این مدعا گزارشهای متعددی مبنی بر اثرمندی این روشها در کاهش امیال انحرافی و هدایت این امیال به سوی یک موضوع جنسی بهنجار و طبیعی است.

۲- درمانهای رفتاری - شناختی

درمانگران رفتاری - شناختی فنونی را به بیماران یاد می‌دهند که به وسیله آنها بتوانند انگیزه و رفتار جنسی انحرافی خود را

کاهش دهند یا کنترل کنند. عنصر شناختی این درمانها شامل اصلاح افکار یا شناختهای انحرافی است که افراد منحرف آنها را برای توجیه رفتارشان به کار می‌برند. در اغلب برنامه‌های جامع رفتاری - شناختی راهبردهای چهارگانه زیر به کار گرفته می‌شوند.

الف - استفاده از رفتار درمانی برای کاهش انگیزتگی جنسی نامناسب و افزایش یا حفظ انگیزتگی جنسی مناسب؛

ب - آموزش مهارت‌های اجتماعی و یا افزایش این مهارتها؛

ج - اصلاح افکار یا شناختهای انحرافی و ایجاد حس همدلی با افراد قربانی؛ و

د - پیشگیری از عود انحرافهای جنسی به منظور افزایش و حفظ فواید درمانی.

نمونه‌ای از روش رفتاری - شناختی برای درمان عورت‌نمایی توسط مارشال^۱، اسلرز^۲ و بربری^۳ (۱۹۹۱) به نقل از لیندزی و پاول، (۱۹۹۴) گزارش شده است. آنها به برخی از افراد عورت‌نما توصیه کردند که هنگام میل و نیاز شدید به عورت‌نمایی، یک محلول بدبو مانند اسید والریک^۴ را بو بکشند. این عمل به فرد منحرف کمک می‌کند تا بر افکار انحرافی خود از راه ایجاد پیوند میان بوی ناخوشایند و تخیلات انحرافی، مسلط شود. جنبه دیگری از این نوع درمان حساس‌سازی نهانی است. در این روش درمانگر کارتهایی را به بیمار نشان می‌دهد که روی آنها موقعیتهای گوناگون برانگیزاننده میل به عورت‌نمایی توصیف شده است و در پشت

این کارتها عوارض ناگوار عورت‌نمایی توصیف شده است. در این روش درمانگر از بیمار می‌خواهد که حداقل روزی ۳ بار و همچنین هر بار که میل به عورت‌نمایی در او به وجود آمد، دو روی این کارتها را بخواند. جنبه‌های دیگری از این نوع درمان شامل آموزش ابراز وجود و کنترل فشار روانی، تغییر شناخت‌های انحرافی از راه ایفای نقش (برای مثال از بیمار می‌خواهند که نقشی متفاوت با آنچه هنگام تخیل یا عمل به یک میل انحرافی ایفا می‌کند را بازی کند و این حس متفاوت را بارها تجربه کند) و تمرین مهارت‌های ارتباطی مثبت با زنان یا مردان است.

۳- درمان‌های شیمیایی

هدف عمده این نوع درمان تجویز داروهایی است که میل جنسی منحرفان را کاهش دهد. پژوهش‌ها نشانگر آنند که تجویز استروژن در مردان دچار انحراف جنسی، موجب کاهش میل جنسی می‌شود اما عوارض جانبی این دارو (از جمله بزرگ شدن پستانها، تحلیل رفتن بیضه‌ها و پوکی استخوان) موجب شده است که اغلب متخصصان از تجویز آن به منظور درمان چنین انحراف‌هایی خودداری کنند. در مقابل، می‌توان از داروهای ضد آندروژنی^۱ که موجب تداخل در عملکرد تستوسترون می‌شود استفاده کرد زیرا این داروها به‌رغم کاهش میل جنسی در افراد دچار انحراف جنسی، عوارض ناخوشایند استروژنها را در پی ندارند. نمونه‌ای از

1- antiandrogenic

این داروها عبارتند از مدروکسی پروژسترون^۱ و سپروترون استات^۲.

این قبیل داروها با متوقف ساختن اثر تستوسترون بر اندامهای هدف (یعنی اندامهایی که به تستوسترون جواب می دهند) موجب کاهش میل جنسی می شوند. همچنین دسته ای از گزارشهای پزشکی بیانگر آنند که مصرف این داروها موجب فرو نشاندن تخیلات، میل و انگیزتگی جنسی در مردان می شود. بنابراین، مصرف این داروها در ترکیب با روان درمانی ممکن است سودمندتر از به کار بستن هریک از آنها به تنهایی باشد. پژوهشها نشان داده اند که بهترین نتیجه مربوط به آن دسته از منحرفان جنسی است که خودشان برای درمان مراجعه کرده اند و از حمایتهای اجتماعی خوبی برخوردارند.

۴- جراحی روانی^۳

جراحی روانی یعنی استفاده از اعمال جراحی اعصاب به منظور تعدیل علایم بیماری روانی که ضمن آن عمل جراحی روی هسته های مغز یا ماده سفید مغز انجام می شود. امروزه استفاده از جراحی روانی برای کنترل یا از میان بردن رفتار جنسی به ندرت انجام می شود. برای مثال دسته ای پژوهشگران در آلمان غربی گزارش کرده اند که از سال ۱۹۶۲ تا ۱۹۹۵ فقط ۷۰ نفر مرد تحت

1- medroxyprogesterone 2- cyproterone acetate
3- psychosurgery

عمل جراحی روانی قرار گرفته‌اند. در این روش، بخشهایی از هیپوتالاموس تخریب و در بعضی دیگر از موارد بخشهایی از مغز به کلی برداشته می‌شوند.

به نظر برخی از متخصصان، تأثیر این نوع جراحی بر رفتار جنسی انسان هنوز به طور کامل مشخص نیست. این روش روی مردانی که دچار پرخاشگری جنسی، عورت‌نمایی، میل جنسی زیاد و همجنس‌گرایی بوده‌اند به کار رفته اما نتایج قطعی به بار نیاورده است. به علاوه، برخی از گزارشها بیانگر آنند که این قبیل جراحی‌ها عوارض جانبی ناخوشایندی مانند گیجی، احساس گرسنگی زیاد، افزایش وزن و گرایش به پرخاشگری کلامی را دربرداشته‌اند که خود دلیلی بر کاربرد احتیاط‌آمیز جراحی روانی است. از این رو، بسیاری از متخصصان پیشنهاد کرده‌اند که تا هنگام به دست آوردن اطلاعات بیشتر درباره اثرات حاصل از آسیب دیدگیهای تصادفی مغز روی رفتار جنسی افراد آسیب دیده، استفاده از این روش را باید به تأخیر انداخت.

۵- سایر درمانها

علاوه بر درمانهای رفتاری - شناختی و جسمانی (شیمیایی و جراحی روانی)، دامنه گسترده‌ای از فنون درمانی وجود دارند که می‌توان از آنها برای کمک به بیمار منحرف جهت یادگیری مهارتها و الگوهای اجتماعی تر انگیزختگی جنسی استفاده کرد. برای مثال،

در خودانگیزی هدایت شده^۱، به بیمار دچار انحراف جنسی توصیه می‌شود که همزمان با تصور کردن موضوعهای جنسی بهنجار و از نظر اجتماعی قابل قبول دست به استمناء بزند و از این راه، رسیدن به اوج لذت جنسی را براساس یک رابطه بهنجار و نه یک خیالپردازی یا رابطه انحرافی تجربه کند. با ادامه این فرایند، بیمار یاد می‌گیرد که می‌تواند به گونه‌ای موفقیت‌آمیز توسط موضوعهای غیرانحرافی برانگیخته شود و لذت ببرد و بدین وسیله نگرش و دیدگاه انحرافی او نسبت به موضوع سکس و فعالیت جنسی تغییر کرده و حالتی طبیعی و بهنجار به خود می‌گیرد. البته روشن است که مراحل نخستین این برنامه با توسل به تخیلات بهنجار جنسی و استمناء آغاز می‌شود و سرانجام به رابطه جنسی واقعی تعمیم پیدا می‌کند. سایر روشهای درمانی شامل روان‌درمانی خانواده، گروه درمانی، روان‌کاوی و حساسیت‌زدایی منظم است*.

پژوهشهای مختلف نشان داده‌اند که درمانهای رفتاری - شناختی تأثیر چشمگیری در کاهش میزان تکرار رفتارهای جنسی انحرافی داشته است. عاملی که اثر درمانی یک روش خاص را در مورد منحرفان جنسی دستگیر شده با تردید مواجه می‌سازد این واقعیت است که درمان این قبیل افراد در شرایطی صورت می‌گیرد

1- directed masturbation therapy

* - برای آشنایی کامل با این روشها خوانندگان عزیز را به مطالعه کتاب «مباحث عمده در روان‌درمانی»، نگارش و ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس، انتشارات کتاب امروز، توصیه می‌کنم.

که آنها دستگیر شده و در حال گذراندن دوره محکومیت خود در بیمارستانهای روانی یا زندانی هستند.

اغلب زندانها از داشتن متخصصان امور روانی بی بهره‌اند و یا تعداد اندکی از روان درمانگران با زندانها همکاری می‌کنند، از این رو درمان منحرفان جنسی دستگیر شده در چنین موقعیتهایی به‌طور ظاهری و سرسری صورت می‌گیرد. حال سؤال این است که آیا فقط زندانی و مجازات کردن این افراد می‌تواند از تکرار دوباره اعمال انحرافی آنان پیشگیری کند یا آنکه باید در فکر درمان و توانبخشی دوباره چنین منحرفانی بود. روشن است که انتخاب راه حل نخست به معنی پذیرفتن احتمال تکرار دوباره این اعمال انحرافی و متعاقب آن قربانی شدن تعداد بیشتری از زنان است.

فصل ۱۰

اختلال هویت جنسی در مردان (نارضایتی جنسیتی^۱ در مرد)

همان طور که در فصل ۵ توضیح دادیم، آگاهی فرد از مرد یا زن بودن خویش را هویت جنسی می نامند. به عبارت دیگر، این که فرد خود را یک مرد یا زن بداند، همان هویت جنسی او را تشکیل می دهد. با توجه به این تعریف، یک مرد زمانی مبتلا به اختلال هویت جنسی است که در احساس خود از هویت جنسی خویش دچار سردرگمی و ابهام باشد و چنین وضعیتی به پریشانی وی یا بروز اختلالهای عمده در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های زندگی او منجر شود.

مردان دچار این اختلال با آرزوی زندگی کردن به عنوان یک زن اشتغال ذهنی پیدا می کنند*. این اشتغال ذهنی ممکن است

1- transsexualism

* - این قبیل مردان در جامعه به «اواخواهر» معروفند.

به صورت میل شدید برای ایفای نقش اجتماعی یک زن یا به دست آوردن ظاهر جسمانی و جنسی زنانه از راه مصرف هورمونهای زنانه یا جراحی تغییر جنسیت، نشان داده شود. مردان دچار این اختلال، از این که توسط دیگران به عنوان یک مرد در نظر گرفته شوند یا اعمالشان در جامعه براساس جنسیت اصلی آنها (یعنی همان مرد بودن) تعبیر و تفسیر شود، بسیار ناخشنود می گردند.

این قبیل مردان، رفتار، لباس پوشیدن و اطوارگریهای زنانه را به درجات مختلف نشان می دهند. برای مثال، آرایش زنانه می کنند و موهای خود را به شکل زنانه درمی آورند، موهای صورت و بدن را به وسیله الکترولیز یا سایر مواد موبر از بین می برند، سعی می کنند صدای خود را تغییر دهند و با آهنگی زنانه و عشوه گرانه صحبت کنند و بیشتر در پی مشاغل زنانه از جمله آشپزی، دوخت و دوز و منشی گری برمی آیند. این افراد احتمال دارد به طور پنهانی وقت بسیار زیادی را صرف مبدل پوشی و تلاش برای تبدیل ظاهر خود به یک زن صرف نمایند. لازم به توضیح است که رفتار مبدل پوشی این افراد به منظور کسب لذت انجام نمی شود (آنگونه که در مبدل پوشی جنسی انجام می شد) و از سوی دیگر این قبیل بیماران برخلاف مبدل پوشان جنسی، آلت تناسلی خود را به عنوان یک منبع لذت نگاه نمی کنند بلکه از آن انزجار دارند و مصرانه خواستار آنند که با عمل جراحی، بیضه ها و احلیل آنها برداشته شود.

به طور کلی، فعالیت جنسی این قبیل بیماران به شرکای همجنس محدود می شود زیرا ترجیح می دهند شرکای جنسی نه آلت تناسلی شان را ببینند و نه لمس کنند. در مورد بعضی از مردانی که این اختلال در آنان دیرتر ظاهر می شود (اغلب پس از ازدواج رابطه جنسی با یک زن معمولاً همراه با این خیالپردازی است که هر دو عشاق لزبین^۱ (زنان همجنس باز) هستند یا این که شریک جنسی وی یک مرد است و او یک زن.

بسیاری از مردان دچار نارضایتی جنسیتی، از وضع ناجور خود در رنجند. ابتلا به افسردگی در آنان شایع است و ویژگیهای شخصیتی همچون خودمدار بودن، پرتوقعی و توجه طلبی را از خود نشان می دهند. در برخی از پژوهشها عنوان شده است که تقریباً یک سوم این افراد ازدواج می کنند و نیمی از این ازدواجها به طلاق می انجامد! همچنین سابقه اقدام به خودکشی در تعداد قابل توجهی از آنان (تقریباً ۱۶ درصد) گزارش شده است.

مردان دچار نارضایتی جنسیتی معمولاً از پزشک یا درمانگر خود انتظار دارند که اندام تناسلی و پستانهای آنها را به شکل زنان درآورد. از این رو نخستین درخواست آنان از پزشکان تجویز استروژن برای بزرگ شدن پستانهایشان است، و به دنبال این تقاضا، خواستار انجام عمل جراحی روی پستانها، اخته کردن، قطع احلیل و حتی ایجاد یک اندام تناسلی زنانه می شوند. لازم به ذکر است که چنین تقاضاهایی را باید جدی گرفت زیرا در اغلب موارد

1- lesbian lovers

مطرح کردن چنین درخواستهایی با توسل به تهدید و خودکشی و یا قطع عضو همراه است. بعضی از این بیماران اقدام به اخته کردن خود نموده و چنین وانمود می‌کنند که آسیب تصادفی بوده است. حتی برخی از مردان دچار این اختلال ممکن است به روسپی‌گری روی آورند که آنها را در معرض خطر ابتلا به بیماری ایدز قرار می‌دهد. به‌رغم برخی گزارشهای حاکی از رضایت افراد عمل شده برای تغییر جنسیت، کلینیک تغییر جنسیت دانشگاه جانز هاپکینز^۱ آمریکا که تعدادی از نخستین عملهای تغییر جنسیت در آنجا انجام شد، به این عملها خاتمه داده و اعلام کرده است که «به هیچ وجه نمی‌توان با عمل تغییر جنسیت، سازگاری و تعامل اجتماعی مثبت بیمار را تضمین کرد». تعدادی از گزارشهای پژوهشی بیانگر آنند که بیشتر نارضایان جنسیتی عمل شده، از زندگی اجتماعی و جنسی خود رضایت ندارند، غالباً از خانواده خود جدا شده‌اند و روابط آنها با دیگران ناسازگارانه است. به‌علاوه در اغلب جوامع، عمل تغییر جنسیت ممکن است به بهای از دست دادن بسیاری از موقعیتهای شغلی - اجتماعی تمام شود (شکل ۱ - ۱۰ را ببینید).

شکل‌گیری اختلال هویت جنسی در مردان بزرگسال به دو صورت است. نخست ممکن است این اختلال در دوران کودکی یا اوایل نوجوانی آغاز شود که نشانه‌های نارضایتی جنسیتی در این افراد معمولاً در اواخر نوجوانی یا بزرگسالی نمایان می‌شوند. در نوع دیگر، بسیاری از علایم نارضایتی جنسیتی دیر هنگام و



شکل ۱ - ۱۰: کارن اولان

اولان از جمله نارضایان جنسیتی است که پس از عمل جراحی تغییر جنسیت
مرد به زن در سال ۱۹۸۴، شغل خلبانی را از دست داد.

آهسته‌تر ظاهر می‌شوند. افراد این گروه ممکن است احساس
دوگانگی بیشتری درباره عمل جراحی تغییر جنسیت داشته باشند،
از نظر جنسی به زنان بیشتر تمایل دارند و احتمالاً پس از عمل
جراحی تغییر جنسیت از وضعیت خود رضایت کمتری خواهند

داشت. اختلال هویت جنسی در مردانی که از نظر جنسی متمایل به مردان هستند اغلب در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی ظاهر می‌شود و با سابقه ملال جنسی مادام‌العمر همراه است. به عکس، مردانی که از نظر جنسی متمایل به زنان هستند یا به هیچ‌یک از دو جنس گرایش ندارند، دیرتر گرفتار این اختلال شده‌اند و سابقه یادگارپرستی همراه با مبدل‌پوشی جنسی دارند. لازم به ذکر است که چنانچه اختلال هویت جنسی در بزرگسالی ظاهر شود، گرایش به مزمن شدن دارد. اما شواهدی دال بر بهبود خودبه‌خود این اختلال نیز در دست است.

در مورد علت ابتلای برخی از افراد به اختلال هویت جنسی یا نارضایتی جنسیتی شواهد قطعی وجود ندارد. زیرا این اختلال نه مبنای ژنتیکی دارد و نه ناشی از مشکلات هورمونی مادر در ضمن دوران حاملگی است. برخی از یافته‌ها بیانگر آنند که تقریباً در یک سوم افراد دچار نارضایتی جنسیتی، الگوی امواج مغزی نشانگر حالت‌های غیرطبیعی است. چنین فرض می‌شود که این الگوهای نابهنجار ناشی از آسیب‌دیدگی مغز (بویژه بخش‌هایی از مغز که رفتارهای قالبی زنانه و مردانه را کنترل می‌کنند) در دوران جنینی و به واسطه قرار گرفتن جنین در یک وضعیت عدم تعادل هورمونی بوده است. اما مطالعه ساختار مغز نارضایان جنسیتی پس از مرگ، نشانگر آن است که مغز این قبیل افراد از نظر کالبدشناختی هیچ تفاوتی با افراد سالم ندارد.

برخی از پژوهشگران علت نارضایتی جنسیتی را در شیوه‌های

فرزندپروری و خانواده‌ای که فرد در آن پرورش یافته است جستجو می‌کنند. برای مثال، اگر پدر نسبت به پسرش سلطه‌جو و متخاصم، یا برعکس بی‌تفاوت و سرد باشد، پسر از همانندسازی مردانه (یعنی تقلید کردن الگوهای رفتاری پدر) فاصله می‌گیرد. در این وضعیت، پسر به مادر خود نزدیک شده و اطوارهای زنانه او را تقلید می‌کند. همچنین، اگر پدر و مادری اجازه دهند که موی سر پسرشان بلند و دخترانه بماند، بیشتر لباسهای دخترانه به او بپوشانند و او را به انجام بازی‌های دخترانه مانند عروسک‌بازی و خاله‌بازی تشویق کنند، کودک در مورد نقش جنسی مناسب خود دچار سردرگمی و احتمالاً منحرف خواهد شد. البته لازم به ذکر است که پذیرش این تفسیرها باید مبتنی بر آزمایشهای به دقت کنترل شده‌ای باشد که بتواند تمام ابعاد و عوامل تأثیرگذار به زندگی یک فرد را مورد بررسی و مشاهده قرار دهد، حال آنکه در حوزه علوم انسانی و بویژه روان‌شناسی، تنوع رفتارهای انسانی و محیط پیرامون او به اندازه‌ای گسترده است که ما را از پذیرش بی‌چون و چرای چنین تفسیرهایی باز می‌دارد.

موردی از اختلال هویت جنسی (نارضایتی جنسیتی در مرد)
 آقای وح، یک مرد ۲۴ ساله مجرد است که برای عمل جراحی
 تغییر جنسیت (مرد به زن) در بیمارستان بستری شده است. او در شهر
 کوچکی در جنوب ایالت مینه‌سوتا^۱ متولد شده و زندگی بسیار سالمی

۱- minnesota (یکی از ایالت‌های آمریکا)

داشته است.

وی می‌گوید تا آنجا که به یاد می‌آورد از ابتدا خود را دختر می‌دانسته و در تمام طول زندگی جز این احساسی نداشته است. پوشیدن لباسهای خواهرش که از خودش دو سال بزرگتر بود از جمله نخستین خاطرات او به‌شمار می‌رفت. او صرفاً علاقمند به عروسک، بازیهای دخترپچه‌ها، و همبازی شدن با دخترها بود. وی دوست نداشت که با پسرها بازی کند و در بازیهای آنها شرکت جوید. او علاقمند به عروسک‌بازی و آشپزی بود و در دوران دبیرستان نیز علاقمند به خیاطی و گلدوزی بود. او گفت که در شهر زادگاهش همواره از سوی دخترها «به‌عنوان یک دختر، پذیرفته می‌شد. در اواخر دوره دبیرستان، به دلیل رفتارهای زنانه‌اش، پسرها سربه‌سرش می‌گذاشتند.

غیر از چند مورد تجربه جنسی مقعدی، وی منکر هرگونه رابطه جنسی دیگر شد. او از داشتن رابطه با مردان واهمه داشت و می‌گفت که «اگر با مردی آشنا شوم، به زودی همه چیز را درباره من خواهد فهمید». وی هرگز رابطه جنسی با یک زن نداشته و می‌گفت که «چنین عملی برایم مشمژکننده است». او بارها استمناء می‌کرد و به پشت دراز می‌کشید و در تخیل خویش نقش زنی را به خود می‌گرفت که احلیل مرد عاشق خیالی خود را می‌پذیرد.

تقریباً از چهار سال و نیم پیش وی شروع به مصرف استروژن و پوشیدن لباسهای زنانه کرده است و در این مدت سینه‌های او رشد قابل ملاحظه‌ای نموده و آلت تناسلی مردانه‌اش «کوچکتر، شده و

قدرت نعوظ را از دست داده است. وی از احلیل و بیضه‌های خود تنفر داشت و هیچ وقت آنها را حس نمی‌کرد و همیشه آنها را در میان پاهایش پنهان می‌ساخت. همچنین برای کارآموزی در یک آموزشگاه آرایش و زیبایی ثبت‌نام کرد و در همان جا با یک فرد دچار نارضایتی جنسیتی دوست شد. تقریباً دو سال قبل از بستری شدن، برای حجیم‌تر و سفت‌تر کردن پستانهایش اقدام به تزریق سیلیکون مایع در داخل آنها کرده بود.

او دارای پوست سفید و موی بور بود و مشکل چندانی از نظر پرمویی تن و صورت نداشت. با این حال هر ده روز یک بار به وسیله الکترولیز، موهای صورت و شکم خود را می‌سوزاند و موهای دستها و پاهایش را به‌طور دایم موم می‌انداخت. با توجه به بررسی‌های روانی به‌عمل آمده و آمادگی و میل وی به پذیرش دایمی هویت زنانه، پزشکان انجام عمل جراحی تغییر جنسیت را بلامانع تشخیص دادند.

درمان نارضایتی جنسیتی در مرد

تردید نیست که نارضایتی جنسیتی یک اختلال روانی است نه جسمانی زیرا شخص دچار نارضایتی جنسیتی از نظر جسمانی کاملاً سالم است ولی از نظر روانی ماهیت جسمانی و جنسیت خود را قبول ندارد. اما متأسفانه آنچه اغلب این بیماران درخواست می‌کنند یک درمان جسمانی است نه روانی!!

دسته‌ای از متخصصان روانپزشکی و روان‌شناسی معتقدند که منطقی‌ترین درمان روانی برای این قبیل بیماران آن است که باور

آنها در مورد تعلق داشتن به جنس مقابل را تغییر دهیم. اما گزارشهای متعدد بیانگر آنند که ایجاد چنین تغییری به سادگی امکان‌پذیر نبوده و مستلزم صرف وقت و ارایه برنامه‌های درمانی حمایتی است. منظور از درمانهای حمایتی کمک به بیمار برای حل بحرانهای ناشی از سردرگمی هویتی و ارایه راه‌حلهای مؤثر در کنار آمدن با مسایل اجتماعی بدون توسل به رفتارهای ناهمخوان با جنسیت اصلی خویش است.

به‌طور کلی درمان مردان دچار نارضایتی جنسیتی مراحل گوناگونی دارد که آنها را به اختصار توضیح می‌دهیم. نخست باید بدانیم که مردان دچار نارضایتی جنسیتی معمولاً سه هدف را دنبال می‌کنند: پیدا کردن ظاهر زنانه، زندگی به روال و شیوه یک زن و تغییر دادن آلت تناسلی. هدف اول با استفاده از الکترولیز و از بین بردن ریش و سبیل و موهای بدن صورت می‌گیرد. بیمار می‌تواند یاد بگیرد که مانند زن‌ها صحبت کند و اطوارهای مناسب زنانه را هنگام راه رفتن، نشستن و حتی معاشقه تقلید کند. این مرحله از درمان ممکن است بسیار مشکل باشد، اما آموزش مهارت‌های اجتماعی از راه شرکت در جلسات گروهی و دیدن فیلم‌های آموزنده می‌تواند به آنها کمک کند. در مورد آن دسته از مردان دچار نارضایتی جنسیتی که خواستار بزرگ کردن پستانهای خود هستند، می‌توان از تجویز استروژن و تزریق سیلیکون مایع به داخل پستانها استفاده کرد. اما لازم به توضیح است که به دلیل خطرات بالقوه استفاده از داروهای هورمونی، هیچ‌کدام از این روشها را نباید در

مراحل نخستین درمان به کار گرفت، بلکه می‌توان با تشویق بیمار به پوشیدن لباسهای مناسب این خواسته را تا اندازه‌ای برآورده ساخت.

پس از طی مراحل فوق، ممکن است بیمار دوباره روی هدفهای خود اصرار بورزد و بخواهد که همانند یک زن زندگی کند. در این مرحله معمولاً درمانگران از فرد می‌خواهند که به مدت ۱۸ ماه تا ۲ سال همانند یک زن زندگی کند تا از این راه میزان علاقمندی واقعی آنان به تغییر جنسیت روشن شود. معمولاً گذر از این مرحله بسیار دشوار است زیرا زندگی کردن به صورت یک زن ممکن است فرد داوطلب تغییر جنسیت را آنچنان تحت تأثیر قرار دهد که از اهداف خود صرف‌نظر کند. اگر پس از طی مدت مذکور بیمار همچنان خواستار جراحی تغییر جنسیت باشد و در عین حال بررسی‌های روانشناختی گویای شخصیت با ثبات وی باشند، می‌توان توضیح کاملی از آنچه با جراحی امکان‌پذیر است در اختیار وی گذاشت. در این مرحله باید به بیمار تفهیم شود که هیچ نوع عمل جراحی نمی‌تواند مرد را به زن تبدیل کند بلکه آنچه می‌توان از جراحی تغییر جنسیت انتظار داشت، شبیه‌سازی نه چندان دلچسبی از جسم یک زن است. در این مرحله می‌توان برای متورم و حجیم ساختن پستانها و همچنین انباشتن بیشتر چربی در ناحیه کفل و رانها از استروژن استفاده کرد*.

* از جمله عوارض جانبی مصرف استروژن می‌توان به تهوع، سرگیجه، آکنه، انفارکتوس عضله قلب و افسردگی اشاره کرد.

پس از طی مراحل درمانی فوق و در صورت تأیید روانپزشکان و روانشناسان مبنی بر این که انجام عمل جراحی تغییر جنسیت می‌تواند نتایج مثبتی برای بیمار به همراه داشته باشد، مشاوره با یک جراح مجرب ضرورت می‌یابد. با در نظر گرفتن توصیه‌های روانشناسان و روانپزشکان، جراح در مورد امکان‌پذیر بودن عمل جراحی تغییر جنسیت و نوع آن نظر می‌دهد و در اصل این جراح است که تصمیم آخر مبنی بر جایز بودن عمل جراحی تغییر جنسیت را اتخاذ می‌کند.

در برخی از منابع علمی عنوان شده که نتایج درازمدت این جراحی‌ها نامعلوم است، اما دسته‌ای دیگر از گزارشها بیانگر آنند که تقریباً ۷۵ درصد از افراد جراحی شده پس از عمل، سازگاری بهتری با شرایط زندگی به دست آورده‌اند و خود را خوشبخت‌تر و خوشنودتر از گذشته توصیف کرده‌اند. در مقابل برخی از پژوهشها نیز نشان داده‌اند که تقریباً ۷ درصد از افراد جراحی شده پس از عمل پشیمان شده‌اند و حتی عده‌ای نیز خودکشی کرده‌اند زیرا پس از انجام عمل تغییر جنسیت، بازگشتن به حالت نخست غیرممکن است. به‌طور کلی میزان رضایت از عمل تغییر جنسیت و سازگاری پس از جراحی در زنانی که به مرد تغییر یافته‌اند بیشتر از مردانی است که زن شده‌اند. در هر صورت، تبلیغات مربوط به موارد موفق جراحی تغییر جنسیت نباید سبب شود که در تصمیم‌گیری برای درمان اختلال هویت جنسی، روی جراحی زیاد تأکید گردد.

فصل ۱۱

همجنس‌گرایی در مردان

اصطلاح همجنس‌گرایی^۱ یعنی داشتن احساسات و افکار شهوانی نسبت به یک فرد همجنس. برای مثال، مردی که عشق و علاقه جنسی خود را به مرد دیگر ابراز می‌کند و علاقمند به ایجاد روابطی پایدار و مبتنی بر رضایت جنسی با اوست، دچار همجنس‌گرایی است.

همجنس‌گرایی از دوران بسیار قدیم وجود داشته و نگرش اجتماع نسبت به این رفتار در طول زمان و در مکانها و فرهنگهای گوناگون تغییرات گسترده نشان داده است. برای مثال، بریتانیایی‌ها در دوران فعلی ظاهراً پذیرش بیشتری نسبت به این رفتار نشان می‌دهند، کشورهای اسکاندیناوی همچون سوئد و دانمارک به شدت با آن مخالفند و در ایران نیز همه مردم آن را محکوم می‌کنند و از نظر دین اسلام یک عمل نابخشودنی و بسیار مذموم است.

1- homosexuality

در سال ۱۹۷۴ طی یک بررسی به عمل آمده در آمریکا، مشخص شد که ۷۰ درصد از افراد مورد بررسی همجنس‌گرایی را «یک رفتار جنسی نابهنجار» می‌دانند و به باور ۵۰ درصد از آنان، «همجنس‌گراها افرادی منحرف» هستند و ۴۰ درصد نیز عنوان کردند که «همجنس‌گرایی یک بیماری روانی است». با تمام این اوصاف امروزه شاهد آنیم که در غرب همجنس‌گراها نیز همانند سایر گروه‌های اقلیت یک جامعه دارای حقوق مدنی مختص به خود شده‌اند و در زمینه‌های گوناگون (به جز خدمات نظامی و ارتش) به کار مشغول می‌شوند.

همجنس‌گرایی ممکن است خودپذیر^۱ و یا خودناپذیر^۲ باشد. همجنس‌گرایان خودپذیر دسته‌ای از همجنس‌گراها هستند که از گرایش همجنس‌خواهانه خود راضی بوده و میلی به تغییر آن ندارند، به عبارت دیگر این قبیل افراد با رفتار همجنس‌گرایی خود به خوبی سازگار شده‌اند و از آن خرسندند. در مقابل، همجنس‌گرایان خودناپذیر آنهایی هستند که از گرایش همجنس‌خواهانه خود ناراضی بوده و میل به تغییر دارند. به عبارت دیگر این قبیل افراد با رفتار همجنس‌گرایی خود سازش نیافته‌اند و از آن در رنجند.

در مردها رفتار همجنس‌گرایی معمولاً به صورت استمناء متقابل، تماس دهانی - تناسلی و در مواردی اندک، نزدیکی جنسی از راه مقعد است. در این رفتارها معمولاً طرفین نقش خود را

عوض می‌کنند، ولی در بعضی موارد یکی از طرفین همیشه مفعول و دیگری فاعل است. روابط میان مردان همجنس‌گرا به پایایی و ثبات روابط میان یک مرد و زن و یا دو زن همجنس‌گرا نیست. زنهای همجنس‌گرا بر حمایت هیجانی و تشابه ارزشهای یکدیگر بیشتر تأکید می‌کنند اما تأکید عمده مردان همجنس‌گرا بر فعالیت‌های جنسی است.

مردان همجنس‌گرا را نمی‌توان از ظاهرشان شناخت. آنها شبیه سایر مردان هستند؛ برخی عضلانی و نیرومند و برخی دیگر باریک‌اندام و لاغر هستند. برای مثال، ممکن است یک قهرمان وزنه‌برداری یا مشت‌زنی که ظاهری تنومند و مردانه دارد، از نظر گرایش جنسی همجنس‌گرا باشد.

معدودی از مردهای همجنس‌گرا روشی زنانه را برای زندگی خود انتخاب می‌کنند و ترجیح می‌دهند در مشاغل و فعالیت‌های خاص زنانه خود را مشغول سازند. بعضی از آنها اطوار کاملاً زنانه داشته و عده معدودی نیز دوست دارند لباس زنانه به تن کنند (که در چنین حالتی ممکن است با ناراضایان جنسیتی اشتباه شوند، اما آنچه باید در نظر داشت این است که برخلاف ناراضایان جنسیتی، افراد همجنس‌گرا به هیچ‌وجه از وضعیت جسمانی و هویت جنسی خود به‌عنوان یک مرد ناراضی نیستند و میلی هم به تغییر آن ندارند).

با وجود این، دوباره یادآور می‌شویم که همه مردهای همجنس‌گرا چنین رفتارهایی ندارند و برخی از آنها در رفتار

اجتماعی خود کاملاً مردانه عمل می‌کنند. بعضی از مردان همجنس‌گرا با ایجاد روابط پایا با یک شریک جنسی مرد، زندگی خود را به خوشی افراد غیرهمجنس‌گرا می‌گذرانند اما بیشتر آنان با رسیدن به میان‌سالی احساس انزوا، تنهایی و افسردگی کرده و زندگی رنج‌آوری را تجربه می‌کنند زیرا با افزایش سن، سرزنشهای اجتماعی برای آنان بیشتر شده و به دست آوردن شریک جنسی دشوارتر می‌گردد. از این‌رو برخی از آنان ممکن است به نوجوانان همجنس‌گرا یا حتی کودکان روی آورند. بررسیهای انجام شده درباره گروه‌هایی از مردان همجنس‌گرا، نشانگر آن است که تنها ۱۰ درصد از این مردان از روابط همجنس‌گرایانه خود احساس رضایت و خرسندی می‌کنند و میزان ابتلا به کژکاریهای جنسی در این قبیل مردان به اندازه افراد غیرهمجنس‌گرا است.

در مورد علل روی آوردن به همجنس‌گرایی هنوز توضیحی که مورد قبول همه پزشکان و روان‌شناسان باشد وجود ندارد. برخی از متخصصان به عوامل روانی - اجتماعی اشاره کرده‌اند و برخی دیگر بر عوامل زیستی تأکید دارند. برای مثال، عصب‌شناسی به نام سیمون لوی^۱ در سال ۱۹۹۱ گزارش کرد که در مغز مردان همجنس‌گرا، اندازه بخشی از هیپوتالاموس فقط یک چهارم بخش مشابه در مردهای غیرهمجنس‌گرا است. اهمیت این یافته در فهم علت همجنس‌گرایی این است که پژوهشهای انجام شده قبلی روی حیوانات نیز نشان داده است که آسیب‌دیدگی این بخش از

مغز موجب می‌شود که حیوان نر علاقه خود را به حیوان ماده از دست بدهد و میل جنسی خود را با استمناء ارضا کند.

از سوی دیگر در دیدگاه‌های روانی - اجتماعی به جای پرداختن به علل زیستی، بر روابط آشفته میان والدین و فرزندان، یادگیری‌های نادرست و محیط اجتماعی ناسالم تأکید می‌شود. برای مثال، دسته‌ای از متخصصان گزارش کرده‌اند که اغلب مردان همجنس‌گرا در کودکی روابط سُستی با پدر داشته‌اند و شاهد غیبت‌های طولانی پدر از خانه بوده‌اند و این مسئله مانع از الگوگیری و همانندسازی مردانه پسر با پدر شده است. از سوی دیگر، برخی از روان‌شناسان معتقدند که وقتی تجارب نخستین با افراد غیرهمجنس به شکست، تمسخر شدن، تنبیه یا طرد شدن بیانجامد، ممکن است شخص برای پرهیز از نتایج آزارنده رفتار ناهمجنس‌گرا، رو به رفتارهای همجنس‌گرایانه آورد. برای مثال، تنبیه پسر بچه‌ای که مشغول کنجکاو‌یهای جنسی با دختر بچه‌ای دیگر است و یا ایجاد محدودیتهای غیرمنطقی از نظر تماس با دختران و سرخوردگیهای جنسی برای نوجوانان پسر ممکن است آنها را به جستجوی روابط صمیمانه و جنسی با یک همجنس وادارد. در هر صورت بعید است که رفتار همجنس‌گرایانه معلول تنها یک عامل خاص باشد بلکه منطقی‌تر آن است که بگوییم در پدیدآیی این رفتار، ترکیبی از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در کار است.

موردی از همجنس‌گرایی خودناپذیر در مردان

آقای «ص»، یک مرد مجرد ۲۷ ساله است. وی بعد از این که در نیروی زمینی ارتش پذیرفته نشد، با یک روانپزشک به مشاوره پرداخت. او اظهار داشت که از خیلی وقت پیش، یعنی از سن ده سالگی، به علت میل شدید به همجنس‌گرایی دچار دردسر شده است. یک بار در کلاس اول دبیرستان به اندازه‌ای شیفته پسر دیگری شد که چند روزی به شدت ناخوش و مجبور به بستری شدن در خانه گشت.

بعد از فارغ‌التحصیلی از هنرستان، به عنوان گرافیکست آگهی‌های تجاری استخدام شد و فعلاً نیز با موفقیت همین کار را دنبال می‌کند. او هیچ دوست صمیمی نداشت و همواره به دلیل امیال همجنس‌گرایانه‌اش از برقرار کردن رابطه دوستی با مردان دیگر خودداری می‌کرد.

او پدرش را مردی آرام و نرم‌خو توصیف می‌کرد و مادرش را «نقطه مقابل، پدرش یعنی فوق‌العاده سختگیر، خشن و تندخو می‌دانست. مادر برقرارکننده نظم و انضباط در خانواده بود و اگرچه می‌کوشید نقش مردانه‌ای را ایفا کند ولی اغلب هر دو هفته یک یا دو روز را بیمار می‌شد و در خانه بستری می‌گشت. رابطه عاطفی و هیجانی آقای «ص» نسبت به مادرش نزدیکتر از پدرش بود.

آقای «ص» تا دو سال قبل می‌توانست امیال همجنس‌گرایانه خود را کنترل کند، تا این که یک روز به علت مستی اجازه داد تا مرد دیگری او را اغوا کند. از آن زمان به بعد چندبار تجربه معاشقه

همجنس‌گرایانه داشته است. به دلیل احساس گناه شدید، همواره می‌کوشد تا امیال همجنس‌گرایانه‌اش را کنترل کند و از این بابت در رنج است.

درمان همجنس‌گرایی در مردان

مطرح کردن بحث درمان در مورد همجنس‌گرایی فقط شامل همجنس‌گرایان خودناپذیر می‌شود، زیرا همجنس‌گرایان خودپذیر، در پی ترک رفتار و گرایشهای همجنس‌خواهانه خود نیستند.

برای آن دسته از همجنس‌گرایانی که میل شدیدی به تغییر گرایش جنسی خود دارند می‌توان از روشهای رفتاری بویژه شرطی‌سازی انزجاری یا بیزارکننده استفاده کرد. در این روش از فرد می‌خواهند که هنگام تخیل دربارهٔ یک رابطهٔ جنسی همجنس‌خواهانه میزان لذت و احساس جنسی خود را با اشاره‌هایی به درمانگر اطلاع دهد. آنگاه درمانگر با وارد ساختن شوک برقی یا یک محرک آزارندهٔ دیگر (مانند بوی ناخوشایند یک محلول نمکی) فرد را از ادامهٔ این تخیلات باز می‌دارد و بلافاصله از او می‌خواهد که به تخیل دربارهٔ یک رابطهٔ جنسی غیرهمجنس‌خواهانه (برای مثال معاشقه با یک زن) فکر کند. در این وضعیت درمانگر به محض مشاهدهٔ هر نوع اشاره یا نشانه‌ای

دال بر تحریک یا انگیزختگی جنسی شروع به آرایه یک محرک خوشایند (مانند یک بوی مطبوع، آهنگی دلنشین یا یک خوردنی مورد علاقه) می‌کند. ادامه این برنامه به تدریج موجب می‌شود که حالت بیزاری و ناخوشایند حاصل از دریافت محرکهای دردآور، به میل جنسی همجنس‌خواهانه و حالت لذت و آرامش حاصل از دریافت محرکهای خوشایند، به میل جنسی ناهمجنس‌خواهانه انتقال یابد و پس از چند جلسه درمان فرد دیگر تمایلی به تخیل یا تفکر درباره موضوعهای همجنس‌خواهانه نشان ندهد. به عبارت دیگر در این روش فرد از راه شرطی شدن یاد می‌گیرد که پیامد یک رفتار همجنس‌خواهانه، ناخوشایند و ابراز رفتار غیرهمجنس‌خواهانه موجب آرامش و لذت است.

در برخی از موارد به مردان همجنس‌گرای داوطلب درمان توصیه می‌شود تا از موقعیتهایی که احساسات همجنس‌گرایانه آنان را تحریک می‌کند، اجتناب کرده و در پی فرصتهایی باشند که به برقراری رابطه سالم و لذت‌بخش با زنان می‌انجامد. به طور کلی علاوه بر روشهای فوق، تأکید بر کاهش اضطراب و ایجاد الگوهای رفتاری غیرهمجنس‌گرایانه از اهم اقدامات درمانی است که برای این قبیل مردان صورت می‌گیرد.

فصل ۱۲

تجاوز به عنف

هرگونه فعالیت جنسی تحمیل شده بر شریک جنسی ناموافق، خواه با زور و تهدید و یا فریبکاری بدون خشونت، تجاوز به عنف^۱ نامیده می‌شود. انگیزه تجاوز به عنف را می‌توان در چهار مقوله زیر خلاصه کرد.

۱- تجاوز به عنف به منظور قدرت‌نمایی: در این حالت انگیزه فرد متجاوز پیروزی و تسلطی است که از تجاوز جنسی و هتک ناموس قربانی به دست می‌آورد. پژوهش انجام شده توسط گراث^۲ و همکارانش در سال ۱۹۷۷ نشانگر آن است که انگیزه تقریباً ۴۴ درصد از تجاوزهای جنسی، ابراز قدرت و برتری طلبی است.

۲- تجاوز به عنف به منظور اثبات مردانگی: در این حالت انگیزه فرد متجاوز اطمینان یافتن از نیروی جنسی مردانه خویش است که با غلبه بر یک قربانی زن حاصل می‌شود. در پژوهش گراث و

1- rape 2- Groth

همکارانش مشخص شد که انگیزه ۲۱ درصد از تجاوزهای جنسی، اثبات مردانگی بوده است.

۳- تجاوز به عنف به منظور ابراز خشم و انتقام جویی: این نوع تجاوز خطرناک‌ترین نوع تجاوز به عنف است که اغلب به قتل قربانی پس از عمل تجاوز می‌انجامد و از نفرت فراگیر نسبت به جنس زن سرچشمه می‌گیرد. در مطالعه گراث و همکارانش، انگیزه ۳۰ درصد از تجاوزهای به عنف، نفرت از جنس زن بوده است و نه ارضای میل جنسی!!

۴- تجاوز به عنف به منظور ارضای میل جنسی دگرآزارانه: انگیزه ارتکاب چنین عملی دست یافتن به انگیزه جنسی است و به طور کلی گونه‌ای افراطی از رفتار آزارگری جنسی محسوب می‌شود (به فصل ۸ نگاه کنید). گراث و همکارانش، انگیزه ۵ درصد از تجاوزهای به عنف را ارضای میل جنسی دگرآزارانه گزارش کرده‌اند.

متجاوزان جنسی تقریباً همیشه مرد هستند، اما قربانیان آنها را اغلب زنان و در مواردی اندک مردان تشکیل می‌دهند. تجاوز به مردان احتمالاً به دلیل ننگ همراه با آن کمتر گزارش می‌شود، زیرا جامعه از مردان انتظار دارد از خود دفاع کنند. بنابراین، مردی که قربانی تجاوز شده ممکن است متهم به همجنس‌گرا بودن شود. اغلب متجاوزان جنسی در رفتار کلی خود تکانشی و پرخاشگر هستند. این افراد معمولاً ۱۶ تا ۲۴ سال دارند و از طبقات پایین اجتماعی - اقتصادی برخاسته‌اند. البته مواردی از تجاوز جنسی نیز

گزارش شده است که خاص افراد تحصیل کرده، بویژه دانشجویان دوره لیسانس است. در این قبیل موارد اغلب متجاوزان عنوان می‌کنند که دختر یا زنی که به بی‌بند و باری شهرت داشته «چراغ سبز» نشان داده ولی بعداً قصد تمسخر یا ناکام گذاشتن آنها را داشته است. از این‌رو در واکنش به جواب رد و این احساس که نباید ناکام گذاشته شوند، خشمگین شده و به زور متوسل گشته‌اند.

واکنش اولیه قربانیان تجاوز جنسی اغلب به شکل شوک، ناباوری، احساس گناه و شرمساری ظاهر می‌شود. بعدها یعنی پس از سپری شدن چند روز یا چند هفته، مرحله بی‌تفاوتی و ملال فرا می‌رسد و به دنبال آن افسردگی ظاهر می‌شود که ممکن است ماه‌ها به طول انجامد. همچنین خانواده‌های قربانیان تجاوز جنسی ممکن است دچار آشفتگی و ناراحتیهای شدید شوند. گذشته از این پیامدهای ناراحت‌کننده، موضوع مهم تحقیری است که قربانی تجاوز ممکن است در جلسات محاکمه احساس کند، این منصفانه است که متهم به تجاوز تا زمانی که جرم او ثابت نشده است بی‌گناه تلقی شود، اما برخی از قوانین و رفتارهای دستگاه قضایی به گونه‌ای است که انگار قربانی تحت محاکمه است!! متأسفانه بدین علت برای حفظ آبرو و پیشگیری از چنین تحقیرهایی، بسیاری از زنانی که مورد تجاوز جنسی قرار می‌گیرند موضوع را به مراجع قانونی اطلاع نمی‌دهند. پژوهشها نشان داده‌اند که آسیب هیجانی ناشی از تحقیقات قانونی در مورد

تجاوز جنسی را می‌توان با گماردن مأمور انتظامی و پزشک همجنس برای انجام مصاحبه و معاینه قربانیان، کاهش داد. در بعضی از کشورها، قربانیان تجاوز جنسی را برای دریافت حمایت و مشاوره به مراکز درمانی ویژه‌ای ارجاع می‌دهند که اغلب تأثیر سودمندی دارد. جدول ۱ - ۱۲ نشانگر درصد بروز برخی از مشکلاتی است که بلافاصله پس از قربانی تجاوز جنسی شدن و یک سال پس از آن توسط گروهی از قربانیان تجاوز جنسی گزارش شده است.

اشاره به این نکته حایز اهمیت است که در $\frac{1}{3}$ موارد تجاوز به عُنف، قربانی تجاوز از آشنایان متجاوز است و در $\frac{1}{5}$ موارد به‌نظر می‌رسد که قربانی در رخدادهایی که به تجاوز منجر شده با متجاوز همکاری و یا دست‌کم مقدمات آن را فراهم کرده است. گاهی گفته می‌شود زنهایی که مورد تجاوز قرار می‌گیرند، غالباً «خواهان تجاوز بوده‌اند و یا چراغ سبز نشان داده‌اند» زیرا مقاومت چندانی نکرده‌اند. اما در حقیقت توجیه قانع‌کننده‌ای برای درستی این گفته وجود ندارد. برخی از متخصصان گزارش کرده‌اند که تقریباً نیمی از قربانیان تجاوز جنسی، مورد تهدید کلامی یا مسلحانه قرار گرفته‌اند و با $\frac{1}{3}$ از آنها بدرفتاری و خشونت شده است. در چنین مواردی تسلیم شدن بدون مقاومت، چندان غیرقابل توجیه به‌نظر نمی‌رسد.

جدول ۱ - ۱۲: درصد بروز مشکلات سازگاری در قربانیان تجاوز به عنف

مشکلات سازگاری	بلافاصله پس از	یک سال پس از
	تجاوز به عنف	تجاوز به عنف
- ترس زیاد از خیابانها	۶۵/۹٪	۵۴/۱٪
- احساسات منفی شدید نسبت به مردان نا آشنا	۵۷/۵	۵۰/۷
- افت فعالیتهای اجتماعی	۵۰/۳	۵۳/۶
- تغییر الگوهای خواب	۴۹/۹	۴۳
- تغییر الگوهای تغذیه	۴۷/۳	۴۳
- روابط جنسی آشفته با همسر یا شریک جنسی	۴۶/۶	۳۹/۱
- ترس زیاد از تنها ماندن در خانه	۴۳/۲	۲۴/۸
- روابط آشفته با افراد ناهمجنس	۴۰/۲	۲۶/۲
- احساسات منفی شدید نسبت به مردان آشنا	۳۶/۶	۲۹/۳
- افزایش کابوسهای شبانه	۳۱/۱	۲۰/۷
- روابط آشفته با شوهر یا نامزد	۲۶/۹	۲۶
- احساس ناایمنی به علت جذابیت جنسی خود	۱۸/۷	۱۵/۷
- روابط آشفته با خانواده	۱۷	۱۵/۲

منبع: مک کاهیل و همکاران (۱۹۷۹)؛ برگرفته از آلگایر و آلگایر، ۱۹۹۵.

درمان متجاوزان جنسی* و قربانیان تجاوز جنسی

اغلب افرادی که مرتکب تجاوز جنسی می‌شوند به نوعی از یک اختلال و یا مشکل روانی رنج می‌برند. برای مثال، برخی از تجاوزکاران ممکن است دارای شخصیتی ناپخته باشند که در رویارویی با فشار روانی و مشکلات زندگی، به جای حل آنها و کنار آمدن با مسایل، خود را درگیر موقعیتهای بزهکارانه‌ای همچون تجاوز جنسی می‌کنند. همچنین گروهی از این افراد دچار معلولیت ذهنی، اختلال روانی و یا انزواجویی شدید هستند. با توجه به این واقعیات، اغلب اقدامهای تأدیبی یا جزایی به‌عمل آمده درباره این افراد در صورتی مؤثر و مفید خواهند بود که مشکلات و مسایل زیربنایی چنین بزهکارانی را مدنظر قرار دهند و به‌طور اساسی آنها را درمان کنند. از این‌رو، استفاده از روشهای آموزش و درمان فردی و گروهی با نظارت روانپزشکان و روان‌شناسان در یک محیط حفاظت شده (مانند مراکز اصلاح و بازپروری) می‌تواند به میزان چشمگیر در بهبود کارکردهای اجتماعی و آموختن روشهای سازگارانه کنار آمدن با مشکلات و فشارهای روانی در این افراد مؤثر باشد. به‌علاوه، تجویز برخی از داروهای کاهنده میل جنسی (مانند مدروکسی پروژسترون

* - برابر بند «د» ماده ۸۲ قانون مجازات اسلامی، مجازات تجاوز به عنف مرگ است. روشن است که در کشور ما بحث از درمان در مورد متجاوزانی مصداق دارد که به سبب اختلال روانی مرتکب چنین عملی شده‌اند.

استات^۱) یا کاربرد روشهای رفتاری بیزارکننده ممکن است مفید واقع شوند.

در مورد قربانیان تجاوز به عنف ذکر این نکته حایز اهمیت است که ۱۰ تا ۲۰ درصد از آنان، پس از تجربه تجاوز جنسی ممکن است تا سالها بعد در روابطشان با همسر یا شریک جنسی دچار کژکاری جنسی شوند. در این قبیل موارد می‌توان با درمان کژکاریهای جنسی آنان (به فصل ۷ نگاه کنید) و بحث درباره احساساتشان تا اندازه‌ای قابل توجه از ابراز خشم و رنجش آنان نسبت به مردان، احساس گناه و سرزنش خود و نگرش منفی نسبت به همسرشان که احتمالاً به دنبال تجاوز جنسی ایجاد شده است، بکاهیم. قربانیان تجاوز جنسی باید بدانند که بعد از تجاوز چه کنند و به کجا بروند. آنها نیازمند مراقبتهای پزشکی فوری و پیگیر برای آسیب‌دیدگیهای جنسی احتمالی، جمع‌آوری شواهد و دلایل از طریق مراجعه به پزشکی قانونی، پیشگیری از بیماری مقاربتی و جلوگیری از بارداری ناخواسته هستند. همچنین بهتر است یک روان‌شناس یا روانپزشک به صحبت‌های قربانیان تجاوز جنسی گوش دهد و آنان را کمک کند تا در مورد تجربه‌هایشان و اثر این تجارب در زندگی خود به بحث بپردازند. روان‌درمانگران با ارایه اطلاعات اساسی و مفید به قربانیان جنسی، می‌توانند آنها را برای تصمیم‌گیریهای بعدی راجع به زندگی و مسایل متعاقب تجاوز، یاری دهند.

فصل ۱۳

زنا با محارم

از نظر قانونی، زنا با محارم به عمل جنسی یک مرد با زن یا دختری اطلاق می‌شود که میان آنها رابطهٔ نسبی وجود دارد. برای مثال، رابطهٔ جنسی پدر و دختر، برادر و خواهر یا مادر و پسر. در بیشتر موارد، زنا با محارم شامل خواهران و برادران است، ولی موارد زیادی نیز میان پدران و دختران گزارش شده است. زنا میان مادران و پسران از تمام موارد دیگر زنا با محارم نادرتر است. در کشورهای غربی نیمی از موارد گزارش شدهٔ زنا با محارم مورد محاکمه قرار می‌گیرند و در ایران برابر بند «الف» مادهٔ ۸۲ قانون مجازات اسلامی، مجازات زنا با محارم نسبی، مرگ است.

تقریباً در تمام زمانها و در همهٔ فرهنگها، زنا با محارم ممنوع بوده است که البته برای این تحریم و ممنوعیت دلایل محکمی وجود دارد. نخستین دلیل آن است که مقاربت منجر به بارداری میان محارم نسبی با احتمال زیاد تولد فرزندان ناقص و دچار

نابهنجاریهای ذهنی و جسمانی را به همراه دارد. به طوری که در یک مطالعه به عمل آمده روی ۱۸ کودک حاصل از حاملگی مربوط به زنا با محارم، نتایج تأسف بار زیر گزارش شد. ضمن ۶ ماه پس از تولد این کودکان، ۵ کودک مردند؛ دو نفر از آنها دچار عقب ماندگی ذهنی شدید (نمره هوشبهر ۲۰ تا ۴۰) بودند*؛ سه نفر هوش مرزی (نمره هوشبهر ۵۰ تا ۷۰) داشتند و یکی از آنها با شکاف کام متولد شده بود.

دلیل دیگر ممنوعیت زنا با محارم آن است که این عمل (خواه بین والد و کودک یا بین برادران و خواهران) تنشهای هیجانی شدید و تفرقه انگیزی را در زندگی خانوادگی سبب می شود. وقتی پدر و دختر روابط جنسی داشته باشند، زن و شوهر به احتمال زیاد در کنار هم احساس راحتی نمی کنند و رقابت و تنش حاصل از روابط زنایی در برادران و خواهران موجب از هم پاشیدگی ساختار خانواده خواهد شد. از این رو تحریم زنا با محارم برای حفظ کیان خانواده ضروری است و اقدامی مثبت جهت افزایش و حفظ سلامت جامعه به شمار می رود.

دخترانی که روابط زنایی (بویژه با پدر) را تجربه کرده اند، در زندگی مشترک خود با همسرشان به واکنشهای هیجانی ناراحتی برانگیز مانند افسردگی، احساس گناه، اضطراب و کاهش احترام به نفس دچار خواهند شد. توانایی این قبیل قربانیان برای برقراری روابط میان فردی صمیمانه به شدت آسیب می بیند و اغلب

* - نمره هوشبهر در افراد عادی ۹۰ تا ۱۱۰ است.

احساسهای خصمانه و کینه‌جویانه‌ای را نسبت به جنس مقابل گزارش می‌کنند و اگر چنین دخترانی قربانی روابط زنایی مکرر و با چند نفر از محارم یا اعضای خانواده شوند، سرانجام به روسپی‌گری یا نوعی سکس بدون احساس روی می‌آورند.

مردانی که مرتکب تجاوز به دختر خود می‌شوند، اغلب فقیر و بی‌کار و کم‌سواد گزارش شده‌اند. البته این گزارشها ممکن است ناشی از آن باشد که احتمال شناسایی و دستگیر شدن این قبیل افراد بیشتر است. در یک مطالعه که توسط گبهارد^۱ و همکارانش در سال ۱۹۶۵ گزارش شد، اکثر افرادی که با دختران زیر ۱۲ سال رابطه زنایی داشتند مردانی منفعل و کم‌رو بودند که اختلافهای زناشویی عمیقی داشتند. بیشتر 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 نظر جنسی و اجتماعی محافظه‌کار بودند اما در سوابق خود رفتارهای تکانشی و مشروب‌خواری مفرط داشتند. در چنین وضعیتهایی، پدران اغلب در نخستین اقدامهای خود با بزرگترین دخترشان رابطه جنسی برقرار می‌کردند و سپس با بالغ شدن دخترهای بعدی، اعمال زناکارانه خود را متوجه آنان می‌ساختند.

برخی از متخصصان گزارش کرده‌اند که روابط زناکارانه پدر با دختر، گاهی از رابطه مهرآمیز و طولانی میان پدر و دختری بالغ در شرایطی که مادر مرده یا از پدر جدا شده است، پدید می‌آید. با

وجود این، معقولتر آن است که بگوییم بخشی از روابط زناکارانه، در خانواده‌های به شدت آشفته و بیمار و به طور عمده توسط پدران لأبالی، مسئولیت‌ناپذیر و بی‌بند و بار صورت می‌گیرد.

آثار درازمدت زنا با محارم روی اعضای خانواده و بچه‌هایی که قربانی این عمل می‌شوند، چندان مشخص نیست. چنانچه این موضوع آشکار شود و فرد زناکار (بویژه پدر) به مجازات برسد، تأثیر مخربی بر خانواده خواهد داشت. این قبیل خانواده‌ها نیازمند حمایت روانی - اجتماعی قابل ملاحظه‌ای هستند، بویژه اگر پدر زندانی نشده باشد. در کشورهای غربی برای کمک به چنین خانواده‌هایی کلینیکهای تخصصی تأسیس شده‌اند. از جمله اهداف درمانی این کلینیکها آن است که به جای دستگیری و به زندان فرستادن پدر خانواده، با اجازه محاکم قضایی او را در موقعیت تحت نظر آزاد می‌گذارند و در عوض او را ملزم می‌کنند که شبها و تعطیلات آخر هفته را به کلینیک درمانی مراجعه کند و تحت درمان قرار گیرد. در این برنامه، همسر فرد متجاوز و فرزندان او به طور همزمان مورد مشاوره قرار می‌گیرند و اغلب در یک گروه حمایتی متشکل از خانواده‌هایی با مشکلات مشابه شرکت می‌جویند.

منابع فارسی

- ۱- آسیموف، آیزاک. اسرار مغز آدمی. ترجمه محمود بهزاد. انتشارات علمی و فرهنگی، چاپ سوم، ۱۳۷۲.
- ۲- احمدوند، محمدعلی. روان‌شناسی فیزیولوژیک. انتشارات دانشگاه پیام نور، چاپ اول، ۱۳۷۴.
- ۳- انجمن روانپزشکی آمریکا. چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (DSM-IV). جلد دوم. ترجمه محمدرضا نیکخو و همکاران، انتشارات سخن، چاپ اول، ۱۳۷۴.
- ۴- بشارت، محمدعلی. مشکلات جنسی: طبقه‌بندی، علت‌شناسی، سنجش و درمان. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی. سال سوم، شماره ۹ و ۱۰، پاییز و زمستان ۱۳۷۷.
- ۵- بولر، فرانسوا و فرانک، آلن. اختلال در عمل جنسی ناشی از اختلالهای عصبی. ترجمه فاطمه حاج میرفتاح. مرکز نشر دانشگاهی، چاپ اول، ۱۳۶۷.
- ۶- پورافکاری، نصرت‌الله. فرهنگ جامع روان‌شناسی و روان‌پزشکی. جلد اول و دوم. انتشارات فرهنگ معاصر، چاپ اول، ۱۳۷۳.
- ۷- پورمند، غلامرضا و اشراقی، برهان. علل عضوی ناتوانی جنسی. انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۳.
- ۸- حائری روحانی، علی. فیزیولوژی اعصاب و غدد. انتشارات سمت، چاپ اول، ۱۳۶۸.

- ۹- خُدام، رامین. راهنمای جیبی کاربرد داروهای ژنریک ایران. مؤسسه فرهنگی انتشاراتی حیان، چاپ چهارم، ۱۳۷۶.
- ۱۰- راو، کلارنس ج. مباحث عمده در روانپزشکی. ترجمه جواد وهابزاده و ویراسته حسن مرندي. انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی، چاپ دوم، ۱۳۷۰.
- ۱۱- ساراسون، ایروین جی و ساراسون، باربارا آر. روان‌شناسی مرضی. جلد دوم. ترجمه بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری مقدم و محسن دهقانی. انتشارات رشد، چاپ اول، ۱۳۷۳.
- ۱۲- سینگر، کارلوس و وینر، ویلیام جی. اختلالات رفتار جنسی در مردان. ترجمه سیدمحمدعلی مدینه‌ای و مجید میرزاده. انتشارات طنین، چاپ اول، ۱۳۷۶.
- ۱۳- فرجی، ذبیح‌الله. انگیزش و هیجان. انتشارات خردمند، چاپ اول، ۱۳۷۱.
- ۱۴- کاستلو، تیموتی و کاستلو، جوزف. روان‌شناسی نابهنجاری. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. انتشارات آزاده، چاپ اول، ۱۳۷۳.
- ۱۵- گایتون، آرتور. فیزیولوژی بدن انسان. جلد دوم. ترجمه گروه فیزیولوژی دانشگاه تبریز. انتشارات ذوقی، چاپ دوم، ۱۳۶۸.
- ۱۶- گریسهایمر و ویدمن. فیزیولوژی انسان. ترجمه فرخ شادان و ابوالحسن حکیمیان. انتشارات پیام، چاپ هشتم، ۱۳۷۰.
- ۱۷- گیلدر، مایکل؛ مه‌یو، ریچارد و گات، دنیس. روان‌پزشکی آکسفورد ۱۹۸۹. جلد دوم. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. انتشارات ذوقی، چاپ اول، ۱۳۶۹.
- ۱۸- لیندزی، اس. جی. و پاول، جی. بی. اصول روان‌شناسی بالینی بزرگسالان. جلد اول. ترجمه هامایاک آوادیس یانس و محمدرضا نیکخو. انتشارات بیکران، چاپ اول، ۱۳۷۷.
- ۱۹- مسترز، ویلیام و جانسون، ویرجینیا. واکنش جنسی انسان. ترجمه هدایت موتابی.

- نشر پرستو، چاپ دوم، ۱۳۷۷.
- ۲۰- منصور، جهانگیر. قانون مجازات اسلامی. نشر دیدار، چاپ چهارم، ۱۳۷۸.
- ۲۱- میشارا، بریان ال و رایدل، روبرت جی. روان‌شناسی پیری. ترجمه حمزه گنجی و همکاران. انتشارات اطلاعات، چاپ دوم، ۱۳۶۷.
- ۲۲- نورانی، مهدی. کالبدشناسی و فیزیولوژی برای پرستاران. انتشارات چهر، چاپ سیزدهم، ۱۳۶۶.
- ۲۳- نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانس، هامایاک. اصول روان‌پزشکی بالینی. انتشارات سخن، چاپ اول، ۱۳۷۶.
- ۲۴- نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانس، هامایاک. مباحث عمده در روان‌درمانی. انتشارات کتاب امروز، چاپ اول، ۱۳۷۵.
- ۲۵- هوشمندویژه، محمد. کالبدشناسی و فیزیولوژی دانشگاهی ویژه علوم پزشکی. انتشارات بهجت، چاپ اول، ۱۳۷۱.

منابع انگلیسی

- 1- Allgeier, A. R. & Allgcier, E. R. (1995). *Sexual Interaction*.
Lexington, MA: D. C. Heath and Company.
- 2- Carlson, N. R. (1992). *Physiological Psychology*. Boston: Allyn
& Bacon.
- 3- Davison, G. C. & Neale, J. M. (1994). *Abnormal Psychology*.
NewYork: John Wiley & Sons, Inc.
- 4- Durand, V. M. & Barlow, D. H. (1997). *Abnormal Psychology*.
USA: Brooks / Cole Publishing Company.
- 5- Fauman, M. A. (1994). *Study Guide to DSM-IV*. Washington,
DC: American Psychiatric Press, Inc.

۱۴۰۰ تومان



لیلا شریف