

زندگی جنسی زنان

آشنایی با رفتارهای جنسی

و روشهای شناخت و درمان اختلالهای جنسی زنان

دکتر محمدرضا نیکخو

هامایاک آوادیس یانس



زندگی جنسی زنان

آشنایی با رفتارهای جنسی

و

روشهای شناخت و درمان اختلالهای جنسی زنان

دکتر محمد رضا نیکخو

هامایاک آوادیس یانس



نیکخو، محمدرضا، ۱۳۴۷ -
زندگی جنسی زنان: آشنایی با رفتارهای جنسی و روشهای شناخت و درمان
اختلالهای جنسی زنان / محمدرضا نیکخو، هامایاک آوادیس یانس. - تهران:
سخن، ۱۳۸۰.
[۲۱۰] ص.: مصور، جدول.

ISBN 964 - 6961 - 77 - 0

فهرست نویسی براساس اطلاعات فیپا.
کتابنامه: ص. [۲۰۷ - ۲۱۰].
۱. زنان - رفتار جنسی. ۲. امور جنسی - اختلالات. ۳. زناشویی - امور
جنسی. الف. آوادیس یانس، هامایاک، ۱۳۴۰ - ، ب. عنوان. ج. عنوان:
آشنائی با رفتارهای جنسی و روشهای شناخت و درمان اختلالهای جنسی زنان.
۹ ز ۹۵ ن / ۳۱ HQ ۳۰۶/۷۷
کتابخانه ملی ایران
۱۷۵۰ - ۸۰ م



انتشارات سخن

زندگی جنسی زنان
تألیف: محمدرضا نیکخو، هامایاک آوادیس یانس

چاپ سوم: ۱۳۸۳

تیراژ: ۵۰۰ نسخه

حروفچینی: سینا (قانعی)

لیتوگرافی: صدف

چاپ: تک

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

حق چاپ محفوظ است.

تقدیم به معلم فرزانه و گرانقدر

جناب آقای عباس کاظم پور

به پاس آموزه‌های سازنده‌اش

درباره نویسندگان

دکتر محمد رضا نیکخو

استادیار روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی و عضو انجمن روان‌شناسی آمریکا است. فعالیت‌های پژوهشی وی به‌طور عمده در زمینه آسیب‌شناسی روانی، آزمون‌های روانشناختی و روش‌های نوین روان‌درمانی است. وی مؤلف و مترجم ۱۷ عنوان کتاب تخصصی در زمینه‌های روان‌شناسی و روانپزشکی است و هم‌اکنون به‌کار تدریس دروس تخصصی روان‌شناسی در مقاطع لیسانس و فوق‌لیسانس دانشگاه‌های آزاد اسلامی و دولتی مشغول بوده و در کنار فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی به کار مشاوره و درمان در زمینه‌های روانشناختی می‌پردازد.

هامایاک آوادیس یانس

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و مشاور تخصصی در زمینه مشکلات زناشویی است. نامبرده از جمله نویسندگان و مترجمان فعال در زمینه‌های روان‌شناسی است و تاکنون مقاله‌های بسیاری درباره موضوع‌های گوناگون روان‌شناسی در نشریات تخصصی و عمومی به چاپ رسانده است. وی مؤلف و مترجم ۱۲ عنوان کتاب تخصصی در زمینه‌های روان‌شناسی است و سالیان متمادی است که به کار تدریس و پژوهش در زمینه‌های بالینی اشتغال دارد. فعالیت‌های پژوهشی نامبرده به‌طور عمده در زمینه آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی و واژه‌گزینی‌های تخصصی در حوزه روان‌شناسی است.

فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۹
فصل ۱- آشنایی با دستگاه جنسی زن.....	۱۳
الف - اندام جنسی بیرونی.....	۱۳
ب - اندامهای جنسی درونی.....	۲۳
ج - اندامهای جنسی فرعی.....	۳۲
فصل ۲- نقش هورمونها و دستگاه غدد درون ریز در فعالیتهای جنسی.....	۳۷
غده های درون ریز و هورمونها.....	۳۷
کارکرد هورمونها.....	۴۱
نقش هورمونها در تعیین جنسیت.....	۴۲
چرخه قاعدگی یا عادت ماهانه.....	۴۴
۱- مرحله فولیکولی.....	۴۶
۲- مرحله تخمک گذاری.....	۴۷
۳- مرحله لوتیال.....	۴۸
۴- مرحله پیش قاعدگی.....	۴۸
۵- قاعدگی.....	۴۹
یائسگی و تغییرات هورمونی مرتبط با آن.....	۵۱

۵۳	اثر هورمونهای جنسی بر رفتار جنسی
۵۷	فصل ۳- نقش دستگاه عصبی در فعالیتهای جنسی
۵۸	بخشهای سمپاتیک و پاراسمپاتیک دستگاه عصبی خودمختار
۶۰	دستگاه عصبی مرکزی
۶۲	طناب نخاعی
۶۵	مغز
۷۳	فصل ۴- چرخه پاسخ جنسی
۷۵	چرخه پاسخ جنسی در زن
۷۵	الف - مرحله انگیختگی
۷۷	ب - مرحله فلات
۷۸	ج - مرحله اوج لذت جنسی
۸۲	د - مرحله فرونشینی
۸۳	انگیختگی
۸۳	فلات
۸۴	اوج لذت جنسی
۸۴	فرونشینی
۸۵	تغییرات بهنجار (عادی) وابسته به سن در چرخه پاسخ جنسی زنان
۹۱	فصل ۵- آشنایی با مفاهیم و طبقه‌بندی اختلالات جنسی
۹۴	ویژگیهای فعالیت جنسی بهنجار یا عادی
۹۶	تعریف و طبقه‌بندی اختلالات جنسی
۹۶	الف - کژکاریهای جنسی
۹۷	ب - انحرافهای جنسی
۹۸	ج - اختلال هویت جنسی

فصل ۶- کژکاریهای جنسی زنان.....	۱۰۱
اختلالهای میل جنسی.....	۱۰۶
الف - اختلال میل جنسی اندک یا کم کار.....	۱۰۶
ب - اختلال بیزاری جنسی.....	۱۱۱
اختلال انگیزتگی جنسی.....	۱۱۶
اختلال اوج لذت جنسی.....	۱۲۳
اختلالهای درد جنسی.....	۱۳۲
الف - مقاربت دردناک یا دیسپارونیا.....	۱۳۲
ب - واژینیسم یا گرفتگی ماهیچه‌های مهبل.....	۱۳۵
برخی از مهمترین عوامل مؤثر در پدید آیی کژکاریهای جنسی ...	۱۴۰
فصل ۷- درمان کژکاریهای جنسی زنان.....	۱۴۷
۱- روشهای غیررفتاری در درمان کژکاریهای جنسی.....	۱۴۸
الف - روان‌کاوی.....	۱۴۸
ب - هیپنوتیزم یا خواب مصنوعی.....	۱۴۹
ج - بازخورد یا پس‌خوراند زیستی.....	۱۵۰
د - درمان با هورمون.....	۱۵۱
ه - ابزارهای مکانیکی.....	۱۵۳
و - روشهای جراحی.....	۱۵۴
۲- روشهای رفتاری در درمان کژکاریهای جنسی.....	۱۵۵
الف - حساسیت‌زدایی منظم.....	۱۵۵
ب - درمان زوجی مسترز و جانسون.....	۱۵۷
ج - فنون اختصاصی در درمان کژکاریهای جنسی.....	۱۶۱
۱- ج - درمان بی میلی جنسی.....	۱۶۱
۲- ج - درمان اختلال اوج لذت جنسی بازدارنده در زن.....	۱۶۲

۱۶۴.....	۳- ج - درمان واژینیسم
۱۶۵.....	سالم سازی روابط میان همسران
۱۶۵.....	برای درمان کژکاریهای جنسی باید به کدام متخصص مراجعه کرد؟
۱۶۹.....	فصل ۸- انحرافهای جنسی زنان
۱۷۰.....	انحرافهای جنسی تعرضی و غیرتعرضی
۱۷۲.....	ویژگیهای اصلی انحرافهای جنسی
۱۷۶.....	۱- آزارخواهی جنسی یا مازوخیسم
۱۷۹.....	۲- حیوانخواهی
۱۸۲.....	انحرافهای جنسی بسیار نادر
۱۸۷.....	فصل ۹- اختلال هویت جنسی در زنان
۱۹۹.....	فصل ۱۰- همجنس‌گرایی در زنان
۲۰۷.....	منابع فارسی
۲۱۰.....	منابع انگلیسی

پیشگفتار

از جمله مظاهر زندگی اجتماعی انسانی، وجود تعامل‌های سالم و سازنده میان انسان‌ها و برقرار بودن عشق به هم‌نوع و ابراز صمیمیت و همدلی به یکدیگر است. انسان موجودی چندبعدی است که بخش مهمی از ماهیت پیچیده او را میل به زندگی جمعی و پیوندجویی با هم‌نوع تشکیل می‌دهد. اما با متمدن‌تر شدن جوامع انسانی و دستیابی آدمیان به ابزار و فنون برتر رفته رفته این نیاز به تعلق و دوست داشتن رنگ می‌بازد و درنده‌خویی‌ها و جاه‌طلبی‌های این موجود خاکی روزبه‌روز او را از یک زندگی صلح‌آمیز و آرام باز می‌دارد و به‌سوی انزوا و تکروری سوق می‌دهد.

از این‌رو، شاید بتوان با شناخت صحیح ابعاد پیچیده این موجود خاکی و درک و فهم نیازهای اساسی وی در زمینه ارتباط‌های انسانی، بستری مناسب را برای پیشگیری از به‌انحراف کشیده شدن انگیزه‌ها و نیازهای او فراهم ساخت و در این دنیای فن‌سالار امروزی شیوه‌های سودمندی را جهت رسیدن به یک زندگی صلح‌آمیز و به دور از تنش‌ها و درگیریهای تباہ‌کننده فراروی او قرار داد.

روان‌شناسان و سایر متخصصان علوم رفتاری از جمله متخصصانی هستند که با مطالعه ابعاد پیچیده رفتار انسان و دنیای روانی او می‌کوشند تا

برای بهزیستی و دستیابی به سلامت تن و روان اطلاعات و راهبردهای سودمندی را ارائه دهند تا از این راه رسیدن به زندگی صلح‌آمیز و توأم با آسایش برای فرد فرد آدمیان امکان‌پذیر گردد. از این‌رو شناخت رفتارهای جنسی آدمی و آشنایی با زوایای پیچیده آن جزو مهمترین موضوعهای مورد مطالعه در حوزه علوم رفتاری و بویژه روان‌شناسی است.

انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادین آدمی بخش جدایی‌ناپذیر ماهیت زیستی - روانی - اجتماعی او را تشکیل می‌دهد و روشن است که کیفیت رضای این انگیزه نقش بسیار مهمی را در سلامت فرد و اجتماع و دستیابی به آرامش و آسایش ایفا می‌کند. بسیاری از مشکلات انسان امروزی حاصل عدم رضای صحیح میل جنسی و ناآگاهی به ابعاد پیچیده این انگیزه بنیادین است. عدم شناخت صحیح انگیزه جنسی و شیوه‌های درست و اخلاقی رضای آن می‌تواند موجب بسیاری از ناخرسندیها و کج‌رویه‌های فردی و متعاقب آن موجب نابسامانیهای اجتماعی شود. انگیزه جنسی به مثابه 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 هم‌پاشیدگی کانونهای گرم خانواده و تباهی و انحطاط اخلاقیات انسانی نخواهد داشت.

در کتاب قبلی خود با عنوان «زندگی جنسی مردان» به توضیح علت‌های زیربنایی اختلالهای جنسی مردان و معرفی متداولترین درمانهای موجود برای این اختلالها پرداختیم.

در این کتاب بسیاری از مسایل و رفتارهای جنسی را از منظر زنان و با تأکید بر ویژگی‌ها و ابعاد زیستی - روانی - اجتماعی زنان مورد بررسی و مذاقه قرار داده‌ایم. هدف اصلی نویسندگان از نگارش این کتاب ارائه یک

متن کاملاً علمی و مستند از رفتارهای جنسی زنان و معرفی انواع اختلالات جنسی زنان و درمان آنها با تأکید بر شیوایی و قابل فهم بودن مطالب آن بوده است. در این کتاب سعی شده است تا با بیان هرچه ساده‌تر و ذکر نمونه‌های عینی از انواع اختلالات جنسی زنان، یک راهنمای سودمند و قابل استفاده برای علاقمندان به شناخت صحیح رفتارهای جنسی زنان فراهم آورده شود.

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 علوم پزشکی و روان‌شناسی نیست. به علاوه، خوانندگان محترم می‌توانند پرسش‌ها و نظرات خود را درباره موضوعهای این کتاب از طریق مکاتبه با نویسندگان در میان بگذارند.

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

محمد رضا نیکخو

هامایاک آوادیس یانس

بهار ۱۳۸۰

فصل ۱

آشنایی با دستگاه جنسی زن

دستگاه جنسی زن شامل بخشهای زیر است:

۱- اندام جنسی بیرونی که به طور کلی آن را فرج^۱ می نامند و از بخشهای مختلفی تشکیل شده است.

۲- اندامهای جنسی درونی که نقش عمده ای در تولید مثل ایفا می کنند.

۳- اندامهای فرعی دستگاه جنسی که شامل پستانها است.

اکنون به شرح هر یک از بخشهای فوق می پردازیم.

الف - اندام جنسی بیرونی

همان طور که در شکل ۱-۱ می بینید، اندام جنسی بیرونی از چند بخش تشکیل شده است. این بخشها عبارتند از:

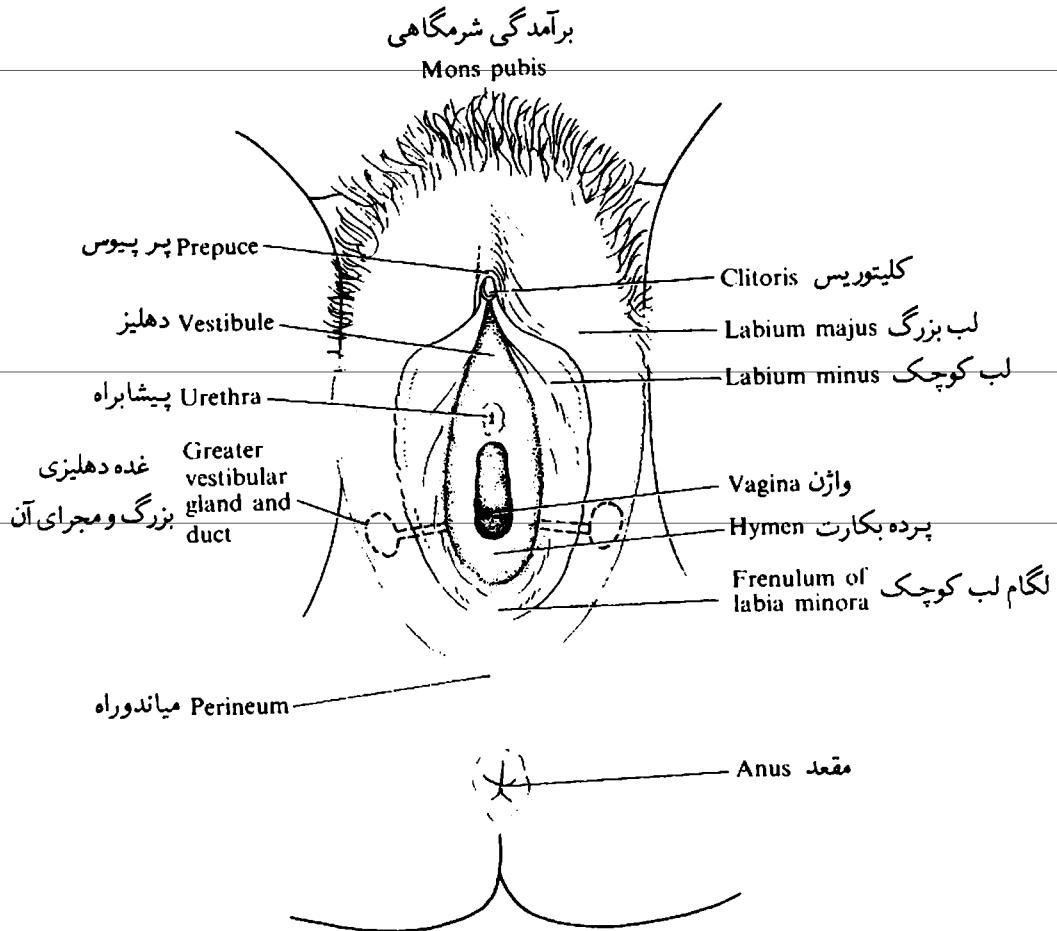
۱- برآمدگی شرمگاهی^۱، بالشتکی است از بافت چربی که روی آن را پوست پوشانده و پس از بلوغ مو بر این قسمت می‌روید. این بخش از فرج دارای گیرنده‌های لمسی بسیاری است که در برخی از زنان تحریک آن ممکن است موجب رسیدن به اوج لذت جنسی شود.

۲- لبهای بزرگ^۲، دو چین از بافت چربی هستند که روی آن را پوست پوشانده است و در هر دو طرف فرج از برآمدگی شرمگاهی به سمت پایین و تا نزدیک مقعد کشیده شده‌اند و در عقب در درون میاندوراه محو می‌شوند. در زمان بلوغ لبهای بزرگ فرج رشد بیشتری می‌کنند و پوشیده از مو می‌شوند، اما پس از یائسگی این لبها تحلیل می‌روند. لبهای بزرگ از نظر ساختاری مانند پوست اسکروتوم^۳ یا کیسهٔ محتوی بیضه در مردان هستند. گیرنده‌های لمسی و فشار در این بخش از فرج نسبت بر برآمدگی شرمگاهی کمتر است.

1- mons pubis

2- labia majora

3- scrotum



شکل ۱-۱: بخشهای مختلف اندام جنسی بیرونی زن

۳- لبهای کوچک^۱، دو چین گوشتی کوچکتر از لبهای بزرگ هستند و در میان لبهای بزرگ جای دارند. این لبها در جلو و سمت بالا ساختاری کلاه مانند تشکیل می دهند که پریپوس^۲ یا غلاف خروسه نامیده می شود. پریپوس، خروسه یا کلیتوریس^۳ را در برگرفته است و از آن محافظت می کند. لبهای کوچک در قسمت پایین فرج و در محلی به نام لگام^۴ به هم می پیوندند. این محل فقط چین پوستی است که اغلب هنگام نخستین زایمان پاره می شود. لبهای کوچک از پوست خاصی پوشیده شده اند که پر از غده های عرق و چربی است تا سطوح این لبها همواره لغزنده باشد. این لبها نازکتر از لبهای بزرگ و بدون مو هستند. تعداد گیرنده های حسی این لبها کمتر از گیرنده های برآمدگی شرمگاهی یا خروسه است. بعلاوه به هنگام تحریک جنبی لبهای کوچک پر خون شده و رنگ آنها از صورتی به قرمز تیره می گراید.

۴- خروسه یا کلیتوریس، اندام کوچک و حساسی است که دارای بافت راست شونده است و به احلیل مردانه شباهت دارد. کلیتوریس در جلوی فرج و درست زیر برآمدگی شرمگاهی جای دارد و به وسیله پریپوس یا غلاف خروسه محافظت می شود. کلیتوریس در انسان تنها بخشی از اندام جنسی بیرونی است که به ظاهر فقط کارکرد جنسی دارد.

1- labia minora

2- prpuce

3- clitoris

4- frenulum

برجستگی کوچک سر کلیتوریس را نوک کلیتوریس یا حشفه^۱ می‌نامند که از نظر کالبدشناختی شبیه نوک احلیل یا حشفه آلت تناسلی مردانه است. در زمان مقاربت، حرکت رفت و برگشتی احلیل موجب تماس مکرر لبهای کوچک با سر کلیتوریس شده و ادامه این تحریک به اوج لذت جنسی می‌انجامد. بعلاوه تحریک دستی یا دهانی این بخش نیز تجربه مشابهی را موجب می‌شود.

همانند احلیل، کلیتوریس نیز دارای اجسام غاری^۲ (دو جسم استوانه‌ای شکل با بافت اسفنجی قابل اتساع) است، اما با این تفاوت که به طور کلی از مجرای ادرار جدا شده و فاقد جسم استوانه‌ای سوم^۳ یا همان مجرای ادراری احلیل است (شکل ۱-۲ را ببینید).

به هنگام تحریک جنسی، کلیتوریس پر خون و متورم می‌شود و تا زمانی که تحریک ادامه یابد همچنان متورم باقی می‌ماند. کلیتوریس دارای گیرنده‌های حسی بسیار زیادی است و حتی از آلت تناسلی مردانه نیز گیرنده‌های فشار بیشتری دارد.

۵- دهلیز فرج^۴، فضای میان لبهای کوچک فرج است. سوراخ مهبل و سوراخ پیشابراه در دهلیز باز می‌شود.

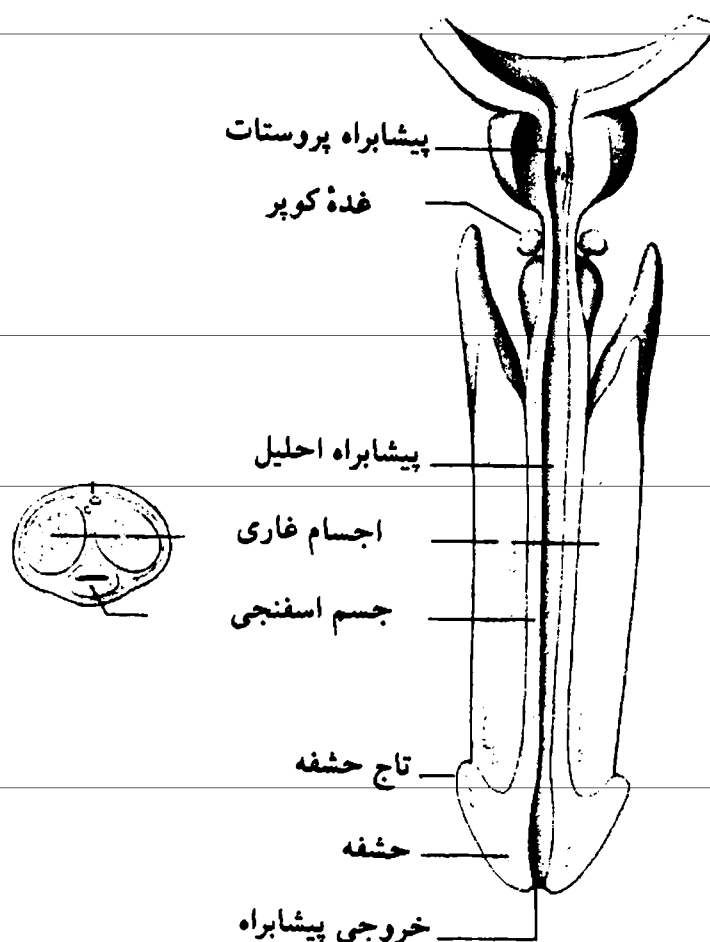
۶- سوراخ پیشابراه، در بالای سوراخ مهبل و با اندکی برجستگی در دهلیز قرار گرفته است. در محل ورودی سوراخ پیشابراه، دو

1- glans

2- corpora cavernosa

3- corpus spongiosum

4- vestibul



شکل ۱-۲: ساختار درونی یک احلیل ختنه شده

غده کوچک به نام غده‌های پیشابراهی^۱ وجود دارد که مایع لیزکننده‌ای ترشح می‌کنند و در مورد ابتلا به بیماری مقاربتی سوزاک^۲، این غده‌ها کانون تجمع عامل عفونت هستند.

۷- سوراخ مهبل، فضایی است میان لبهای کوچک فرج و درست پایین سوراخ پیشابراهی که در دهلیز واقع شده است.

۸- پردهٔ بکارت^۱، پوستهٔ تقریباً نازک و محکمی است که در حد فاصل میان ابتدای مجرای مهبل و دهلیز فرج قرار دارد و معمولاً هلالی شکل است. (اشکال دیگر آن حلقوی، عمودی، یک قطعه‌ای، دو قطعه‌ای، دوکی، لوله‌ای و دندان‌های است). این پرده از دو لایهٔ مخاطی* تشکیل شده است که میان آنها بافت‌های ارتجاعی، رگهای خونی و اعصاب وجود دارد.

در وسط پردهٔ بکارت، سوراخ کوچکی وجود دارد که خون قاعدگی از میان آن می‌گذرد و به بیرون مهبل می‌ریزد. اندازهٔ این سوراخ در دوشیزگان گاهی به اندازهٔ یک سر سوزن و گاهی آنقدر بزرگ است که می‌توان دو انگشت دست را به راحتی وارد آن کرد. در بعضی از دوشیزگان، پردهٔ بکارت دارای سوراخهای چندگانهٔ بسیار ریزی است که این نوع بکارت را بکارت مشبک^۲ می‌گویند. گاهی پردهٔ بکارت بدون سوراخ است که این حالت تا قبل از بلوغ عارضه‌ای دربر ندارد. اما پس از آغاز نخستین قاعدگی و خونریزی ماهانه، باعث بروز دردهای زیر شکم می‌شود که باید بلافاصله پس از تشخیص، به وسیلهٔ عمل جراحی سوراخ شود. در اصطلاح پزشکی این حالت را هماتوکلیپوس^۳** می‌نامند.

1- hymen

* لایهٔ مخاطی یک پوشش صورتی رنگ است که منافذی برای بیرون ریختن ترشحات غدد مترشحه دارد.

2- fenestrated hymen

3- hematocolpos

** در زبان یونانی hemato به معنی خون و colpos به معنی مهبل است.

برخلاف باور رایج در میان عوام، پرده بکارت دلیل معتبری بر باکرگی دختران نیست. به عبارت دیگر، به صرف وجود یا نبودن پرده بکارت نمی‌توان نتیجه گرفت که یک زن رابطه جماعی داشته است یا نه! زیرا پرده بکارت ممکن است در اثر فعالیتهای ورزشی شدید یا اسب سواری و دوچرخه سواری و یا در اثر مصرف تامپون^۱ پاره شود. از سوی دیگر، ساختار پرده بکارت در برخی از زنان به گونه‌ای است که به رغم داشتن مقاربت‌های متعدد دست نخورده باقی می‌ماند و از بین رفتن آن منوط به زایمان طبیعی است.

پاره شدن پرده بکارت نیاز به فشار محکم و مستقیم دارد، اما کم نیستند زنانی که نخستین تجربه جماعی خود را بدون هیچگونه احساس درد و ناراحتی گزارش می‌کنند. به عبارت دیگر، در اغلب موارد (ولی نه همیشه) پاره شدن پرده بکارت با اندکی درد و خونریزی همراه است که این خونریزی و درد به ضخامت یا محکمی لایه‌های مخاطی پرده بستگی دارد. چنانچه پرده نازک و نرم باشد درد و خونریزی آن کمتر است و اگر ضخیم و محکم باشد، گاهی با درد شدید و خونریزی زیاد همراه است. بعلاوه در برخی از موارد نیز (برای مثال در مواردی که شکل پرده حلقوی و ساختار آن الاستیکی یا ارتجاعی است) نخستین مقاربت بدون

1- tampons

(لوله‌های پنبه‌ای فشرده شده به قطر تقریباً ۴ سانتیمتر و به طول ۸ تا ۱۰ سانتیمتر که برای جذب خون قاعدگی و به عنوان یک وسیله بهداشتی استفاده می‌شوند.)

خونریزی و یا حتی درد خواهد بود و همان طور که پیش از این گفته شد، ساختار پرده بکارت در برخی از زنان به گونه ای است که با مقاربت پاره نمی شود بلکه پاره شدن آن منوط به اتساع بیش از اندازه و یا به هنگام زایمان طبیعی خواهد بود.

به رغم اهمیت فوق العاده ای که برخی از فرهنگها از نظر اخلاقی و حیثیتی برای این بافت کوچک قایلند، از نظر علمی کارکرد و وظیفه اساسی آن هنوز مشخص نشده است. لازم به یادآوری است که تشخیص دقیق با کرگی منوط به معاینه شدن توسط یک پزشک یا جراح متخصص است. امروزه نه تنها در کشور ما بلکه در برخی از فرهنگهای غربی همچون ایالات متحد آمریکا نیز دسته ای از مردان یا خانواده ها برای اثبات دوشیزگی نامزد یا دخترانشان تقاضای انجام معاینه و اخذ تأییدیه دوشیزگی می کنند.

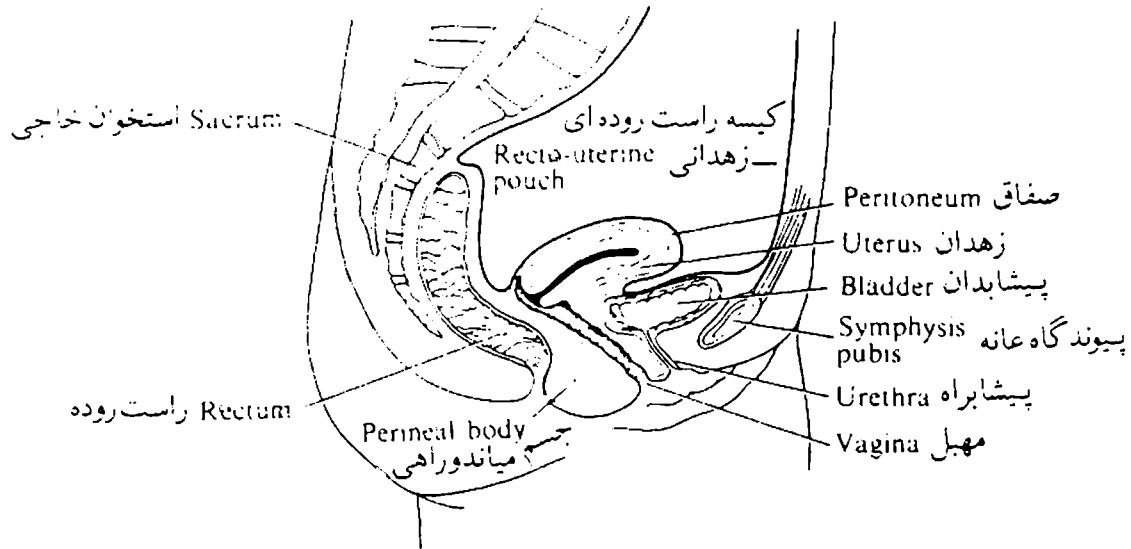
۹- غده های بارتولن یا غده های دهلیزی^۱، دو غده کوچک هستند که هر کدام زیر هر یک از لبهای بزرگ و در دوسوی سوراخ مهبل جای دارند. مجرای آنها در سمت جانبی رو به پرده بکارت باز می شود. غده های بارتولن مایع لیزکننده ای ترشح می کنند که سطح روی فرج را مرطوب نگاه می دارد و مجرای مهبل را لغزنده می سازد. این مایع چسبناک و شفاف بوده و هنگام تحریک جنسی ترشح آن افزایش می یابد.

۱۰- میاندوراه^۲ یا پرینه، ناحیه ای از پوست است که از سوراخ

1- Bartholin or vestibular glands

2- perineum

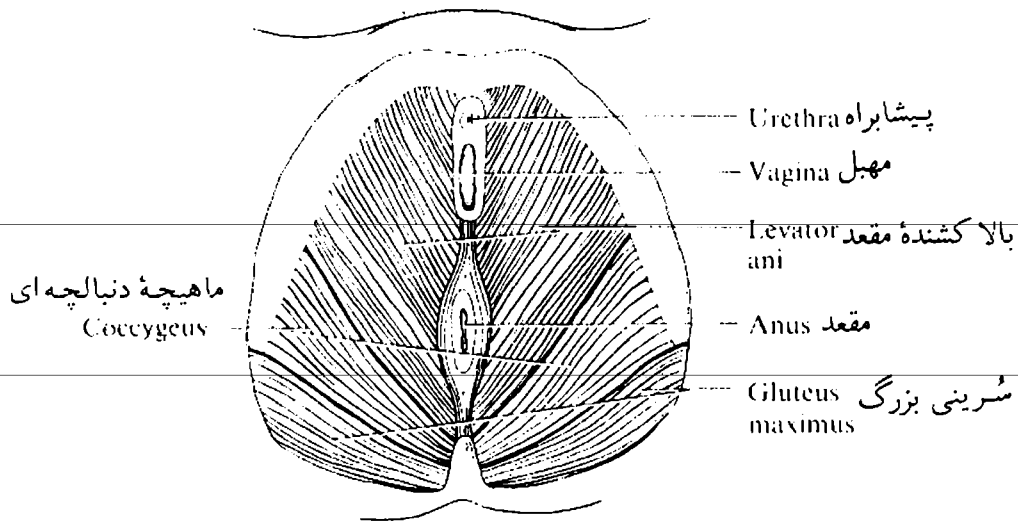
مهبل به سمت پایین تا مقعد کشیده شده است. طول این ناحیه تقریباً ۵ سانتیمتر است و از مو پوشیده شده است. از نظر کالبدشناختی ناحیه میاندوراه روی یک توده ماهیچه‌ای به نام جسم میاندوراهی^۱ قرار گرفته است که مهبل را از راست روده جدا کرده است. جسم میاندوراهی نقطه پیوند ماهیچه‌های میاندوراهی عرضی^۲ و ماهیچه بالا کشنده مقعد^۳ است که در زن برای حمایت از ناحیه مهبل اهمیت دارد. ماهیچه بالا کشنده مقعد، ماهیچه اصلی کف لگن را تشکیل می‌دهد (شکل‌های ۱-۳ و ۴-۱ را ببینید).



شکل ۱-۳: برش لگن زن از خط میانی، نشان‌دهنده جسم میاندوراهی

و وضعیت زهدان

-
- 1- perineal body 2- transversus perinei
3- levator ani



شکل ۴-۱: نمایه ای از ماهیچه بالا کشنده مقعد و ماهیچه های میاندوراهی

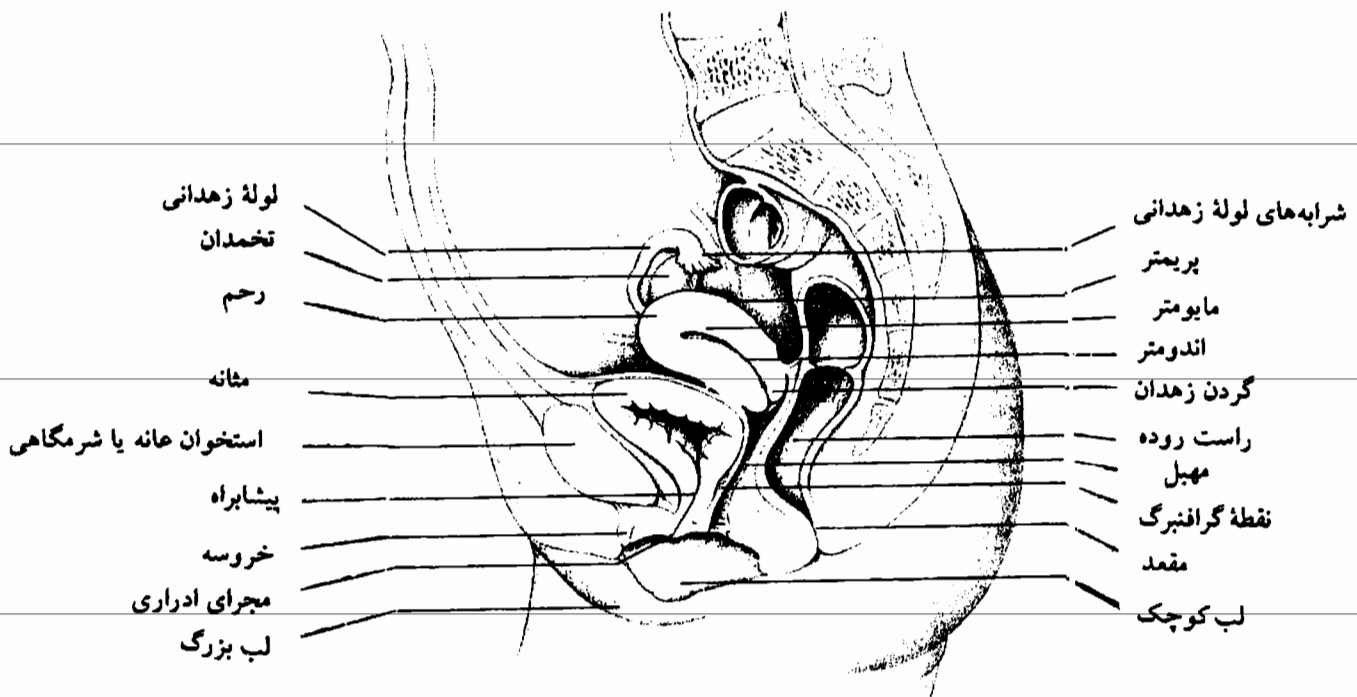
عرضی که زیر آن قرار گرفته اند.

تمام سطح فرج با مو پوشیده شده ولی سطوح درونی آن پوشیده از غده های عرق و چربی است، به طوری که سطح فرج مرطوب و لغزنده است و به هنگام راه رفتن اصطکاک و ناراحتی ایجاد نمی کند.

ب - اندامهای جنسی درونی

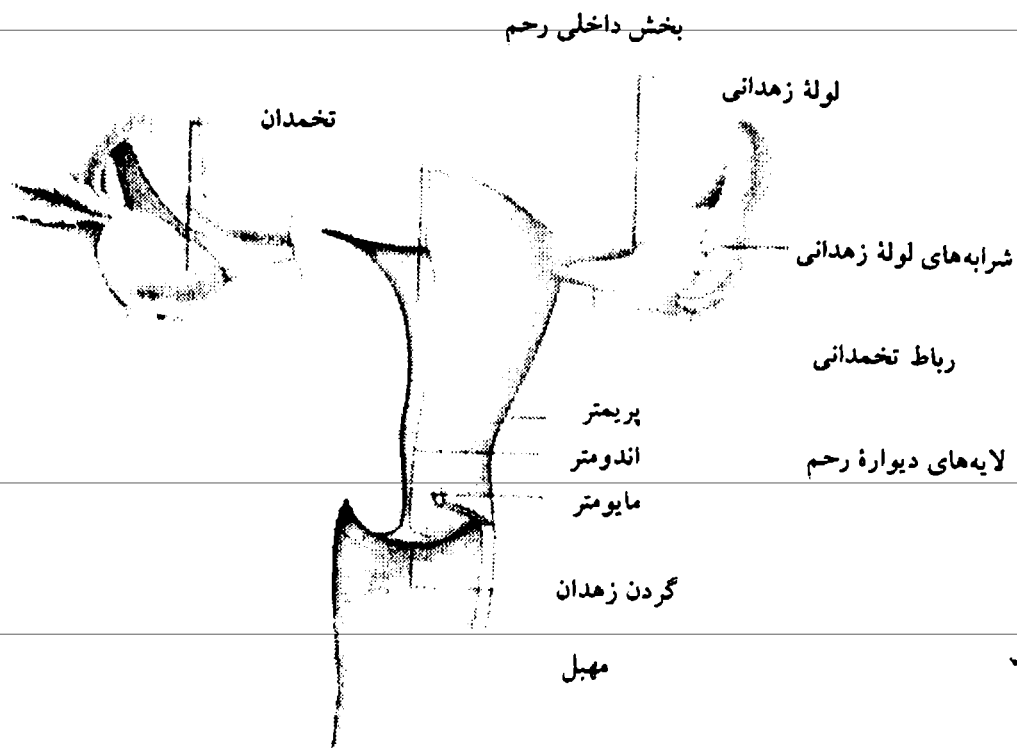
اندامهای جنسی درونی نه تنها نقش عمده ای در رفتار جنسی ایفا می کنند بلکه از دیدگاه تکاملی کارکرد اصلی آنها تولید مثل و پرورش نوع است. مهمترین بخشهای دستگاه جنسی زنانه عبارتند از:

۱- مهبل یا واژن^۱، لوله یا مجرای عضلانی است که از سوراخ مهبل به سوی درون بدن کشید شده و تا زهدان یا رحم^۲ ادامه دارد. (شکل ۱-۵ را ببینید). طول مجرای مهبل تقریباً ۸ سانتی متر است و از نظر فیزیولوژیایی کارکردهای مهمی دارد. نخست آنکه خون قاعدگی از این مجرا پایین می آید و با عبور از سوراخ مهبل به بیرون می ریزد. کارکرد دیگر مهبل هدایت و رسانیدن مایع منی به دهانه رحم یا زهدان است. بعلاوه مهبل به هنگام زایمان راه خروج بچه است.



شکل ۱-۵: دستگاه تناسلی زنانه

مهبل محل ورود اندام تناسلی مرد به هنگام نزدیکی است. طول و قطر مهبل به هنگام زایمان و نزدیکی افزایش می‌یابد و به علت مویرگهای خونی بسیاری که در دیواره آن وجود دارد، هنگام برانگیختگی جنسی پر خون شده و حالت نعوظ پیدا می‌کند که از این نظر با نعوظ احلیل مردانه به هنگام برانگیختگی جنسی مشابهت دارد. در این حالت فشار وارد بر دیواره‌های مهبل (توسط احلیل یا هر وسیله دیگری) موجب ترشح مایع بی‌رنگی می‌شود که خود بخشی از خون موجود در مویرگهای دیواره مهبل است.



شکل ۶-۱: مهبل و سایر اندامهای جنسی زنانه.

این مایع به مثابه یک ماده لیزکننده سرتاسر دیواره مهبل را پوشش داده و عمل نزدیکی را تسهیل می‌کند، اگرچه پوشش مخاطی درون مهبل هیچگونه غده ترشحاتی ندارد.

دیواره مخاطی درون مهبل دارای چینهای حلقوی و طولی است که این چینها هنگام زایمان کش می‌آیند (شکل ۶-۱ را ببینید). ابتدای مجرای مهبل نسبت به لمس و فشار حساس‌تر از $\frac{2}{3}$ بخش انتهایی آن است. زیرا تعداد گیرنده‌های لمس و فشار در بخش میانی و انتهایی مجرای مهبل بسیار اندک است.

در بخش فوقانی دیواره مهبل و تقریباً در ثلث نخست مجرای آن، نقطه‌ای به اندازه یک سکه ۲ ریالی وجود دارد که به نقطه G یا نقطه گرافنبرگ^۱ معروف است. چنانچه وضعیت آمیزش به صورت زن در بالا و یا سینه‌ای - زانویی* باشد و همینطور چنانچه تحریک این ناحیه توسط انگشت انجام شود، لذت جنسی بسیار ایجاد می‌کند که این یافته برخلاف نظریه‌ای است که می‌گوید مهبل به طور کلی فاقد گیرنده‌های لمس و فشار است. یافتن این نقطه برای همه زنان امکان‌پذیر است و تحریک آن می‌تواند موجب انقباضهای ارگاسمی یا انقباضهای متعاقب رسیدن به اوج لذت جنسی در بخش بالایی مهبل (نزدیک دهانه رحم یا زهدان) و رحم شود. در یک بررسی، تحریک نقطه G در ۱۰٪ از زنان موجب انزال

1- Gräfenberg

* یعنی فقط سینه‌ها و زانوهای زن روی زمین قرار گیرد و احلیل از پشت وارد مهبل شود.

یک مایع شیری رنگ غیرچرب رقیق از مجرای ادرار شد. فرض بر این است که منبع ترشح این مایع غدهٔ رشد نیافتهٔ پروستات زنانه است که به غدهٔ اسکن^۱ معروف و در پایین مثانه جای گرفته است. لازم به ذکر است که برخی از پژوهشها در مورد جایگاه نقطهٔ G در مهبل با یکدیگر توافق ندارند. به نظر گروهی از محققان، نه فقط نقطهٔ G بلکه تمام طول مجرای مهبل نسبت به تحریک جنسی حساس است.

1- skene's gland

۲- رحم یا زهدان، شبیه یک گلابی وارونه است (شکل ۱-۶ را ببینید). اما برخلاف گلابی که پوست نازکی دارد، زهدان از دیواره‌های عضلانی کلفت پوشیده شده است. زهدان در مرکز حفره لگن جای دارد، به طوری که مثانه در جلوی آن و راست روده در پشت آن قرار گرفته است (شکل ۱-۵ را ببینید). وزن تقریبی زهدان ۳۰ تا ۴۰ گرم، طول آن ۷/۵ سانتی‌متر، پهنایش ۵ سانتی‌متر و ضخامت آن ۲/۵ سانتی‌متر است. در حفره لگنی دورتادور زهدان را مجموعه‌ای از رباطها* دربرگرفته‌اند که جابجایی و انقباض زهدان را در پاسخ به تحریک جنسی، حاملگی و پر شدن مثانه یا راست روده، امکان‌پذیر می‌سازد. بخش بالایی زهدان که پهن‌تر است تنه زهدان و بخش پائینی آن که باریک است گردن یا دهانه زهدان^۱ نام دارد.

دهانه زهدان دارای مجرای است که از حفره تنه زهدان به درون مهبل یا واژن راه می‌یابد. این بخش از رحم دارای غده‌هایی است که ماده‌ای مخاطی و لزج را ترشح می‌کنند و این ماده راه ورود به درون زهدان را می‌بندد. شاید علت رها شدن میلیون‌ها اسپرم در هربار انزال توسط مردان، کارکردی تکامل یافته برای چیره شدن بر چنین سدی باشد. اگرچه فعالیت آنزیم‌های منی موجب تسهیل‌گذر اسپرم‌ها از این سد می‌شود، اما نباید فراموش کرد که تنها تعداد اندکی از اسپرم‌ها می‌توانند از این مانع بگذرند. روشن است که

* بافت‌های رشته‌ای سخت و محکم که احشاء داخلی را در جای خود نگه می‌دارد.

افزایش تعداد اسپرمها می تواند راهبردی مؤثر برای چیره شدن بر این مشکل باشد، از سوی دیگر هنگامی که میزان هورمون استروژن^۱ در خون بالا باشد تراکم این ماده لزج کاهش می یابد و این افت تراکم درست در آغاز زمان تخمک گذاری صورت می گیرد. ضخامت این ماده پس از تخمک گذاری و با افزایش میزان هورمون پروژسترون^۲، بیشتر می شود (برای آگاهی از نقش هورمونها و دستگاه غدد درون ریز در فعالیتهای جنسی و تولید مثل، فصل ۲ را بخوانید).

دیواره زهدان از یک بافت ۳ لایه تشکیل شده است. داخلی ترین بافت زهدان، اندومتر^۳ نام دارد. به هنگام قاعدگی تقریباً $\frac{2}{3}$ جداره این بافت تخریب شده و فرو می ریزد. بافت میانی زهدان، میومتر^۴ نام دارد. این بافت یک لایه باریک از جنس ماهیچه صاف است. انقباضهای رحم به هنگام انگیختگی جنسی، رسیدن به اوج لذت جنسی، زایمان بچه و قاعدگی، ناشی از عملکرد همین بافت است. سرانجام، بیرونی ترین بافت زهدان، پریمتر^۵ نام دارد که لایه ای نازک و پوشاننده سطح خارجی رحم است (شکل ۱-۶ را ببینید).

۳- لوله های رحمی یا زهدانی^۶، در طرفین و بالای رحم قرار دارند. طول این لوله ها تقریباً ۱۰ سانتی متر است که در بخش وسط حجیم تر شده و تشکیل آمپول لوله رحمی یا زهدانی را می دهند

1- estrogen

2- progesterone

3- endometrium

4- myometrium

5- perimetrium

6- fallopian tubes

ولی در محل اتصال با رحم باریکتر می‌شوند. انتهای آزاد لوله‌های زهدانی مانند دهانهٔ شیپور باز هستند و به رشته‌های بسیاری که شرابه‌های لولهٔ زهدانی^۱ نام دارند تقسیم می‌شوند. در هر یک از لوله‌های زهدانی، یکی از این شرابه‌ها به تخمدان^۲ همان طرف وصل می‌شود. بخشی از لولهٔ رحمی که به زهدان مرتبط است، تخمک یا سلول جنسی ماده^۳ را که از تخمدان رها می‌شود به زهدان می‌رساند (شکل ۶-۱ را ببینید). تخمکها به کمک حرکت‌های دودی دیوارهٔ ماهیچه‌ای لوله‌های زهدانی و همچنین به یاری مژک‌های موجود در دیوارهٔ داخلی این لوله‌ها به سوی رحم یا زهدان حرکت می‌کنند.

به طور کلی کارکرد اصلی لوله‌های زهدانی، هدایت و راندن تخمک‌های آزاد شده از تخمدان‌ها به سوی رحم است. به طور معمول، لقاح یا درهم آمیختن تخمک و اسپرم^۴ (سلول جنسی نر) در لولهٔ زهدانی صورت می‌گیرد. به عبارت دیگر، در زمان مقاربت اسپرم‌های آزاد شده از احلیل مرد در مهبل راه خود را به سوی زهدان و از آنجا به سوی لوله‌های زهدانی باز می‌کنند و با رسیدن به تخمک موجود در این لوله‌ها، شانس لقاح با آن را می‌یابند (که البته فقط یک اسپرم موفق به لقاح می‌شود). در این زمان است که سلول تخم^۵ تشکیل و شالودهٔ انسان دیگری پی‌ریزی می‌شود. اگر تخمک با اسپرم لقاح پیدا نکند، وارد زهدان می‌شود و هنگام

1- fimbriae

2- ovary

3- ovum

4- sperm

5- zygote

قاعدگی بیرون می افتد. (برای مطالعه بیشتر راجع به کارکردهای فیزیولوژیایی اندامهای جنسی درونی، فصل ۲ را بخوانید).

۴- تخمدان‌ها، دو غده کوچک هستند که در طرفین رحم و در حفره لگنی جای دارند. اندازه و شکل تخمدانها تقریباً مانند بادام است. این دو غده به کمک رباطهای تخمدانی^۱ به زهدان یا رحم وصل شده‌اند (شکل ۶-۱ را ببینید). تخمدانها از نظر تکامل مانند بیضه‌ها هستند. هر دو از بافتی مشابه پدید می آیند، هر دو سلولهای جنسی (تخمک یا اسپرم) تولید می کنند و هر دو هورمونهایی را ترشح می کنند که کارکردهای تناسلی و جنسی گوناگون و مهمی دارند. سطح داخلی تخمدانها به سطح قشری^۲ موسوم است. این سطح دارای بافت غده‌ای است که یک پوشش زاینده^۳ دارد. در این سطح سلولهای جنسی ماده یا همان تخمکها وجود دارند که تعداد آنها در هر تخمدان بین ۳۰ هزار تا ۳۰۰ هزار عدد است. هر یک از تخمکها در کیسه سلولی کوچکی به نام فولیکول تخمدانی اولیه جای دارد. این کیسه برای تخمکها مواد مغذی را فراهم کرده و در ترشح گروهی از هورمونها نقش دارد. تخمکها به هنگام تولد دختران در فولیکولهای خود جای گرفته‌اند ولی پس از رسیدن به سن بلوغ، تخمک از فولیکول خارج می شود.

تخمدانها در زمان بلوغ کار خود را آغاز می کنند و هر ماه تخمکهایی را از خود خارج می کنند. این کارکرد از سن تقریباً ۱۳

1- ovarian ligaments

2- cortex

3- germinal

سالگی تا حدود ۴۵ سالگی در زنان ادامه دارد اما در حدود ۴۵ تا ۵۰ سالگی سن یائسگی^۱ فرا می‌رسد. در این سن عادت ماهانه یا قاعدگی قطع می‌شود که در اوایل معمولاً با حالت گرگرفتگی^۲ و عرق کردن زیاد همراه است. در این دوران تخمدانها به تدریج کوچک شده و فعالیتهای ترشحی آنها بسیار کاهش می‌یابد. البته لازم به ذکر است که سن یائسگی در زنان بسیار متغیر است، گروهی زودتر از دامنه سنی مذکور به این دوران پا می‌گذارند و گروهی دیگر دیرتر. پژوهشها نشان داده‌اند که برخورداری از یک سطح مطلوب اقتصادی - اجتماعی در زندگی و نداشتن سوء تغذیه یا فشارهای روانی زیاد می‌تواند فرا رسیدن دوران یائسگی را به تأخیر بیندازد و بالعکس.

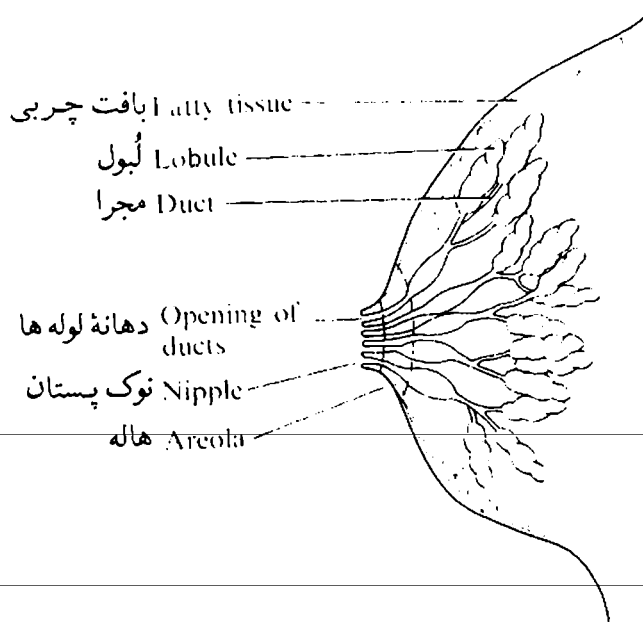
ج - اندامهای جنسی فرعی

۱- پستانها^۳، از ضمایم وابسته به دستگاه تولیدمثل زن به شمار می‌روند و کارکرد اصلی آنها ترشح شیر است. در مردان این غده‌ها به‌طور کامل رشد و نمو نمی‌کنند. پستانها در جلوی قفسه سینه جای دارند و در هر زنی اندازه و وزن آنها متفاوت است. پستانها به هنگام بارداری و پس از زایمان بزرگتر و با افزایش سن و رسیدن به مرحله پیری کوچک شده و به تحلیل رفتگی قابل توجهی دچار می‌شوند.

برجسته‌ترین بخش پستان، نوک پستان^۱ نامیده می‌شود (شکل ۱-۸ را ببینید). نوک پستان از پوست و بافت نعوظی یا راست شونده تشکیل شده و رنگش تیره‌تر از سایر قسمت‌های پستان است. در پیرامون نوک پستان منطقه دایره‌ای شکل نسبتاً گسترده‌ای وجود دارد که تقریباً هم‌رنگ نوک پستان است و *هاله نوک پستان*^۲ نامیده می‌شود. بافت غده پستان همانند بافت غدد سباسه یا چربی است ولی نسبت به آنها خیلی بزرگتر است و شیر ترشح می‌کند. بافت پستانها خاصیت نعوظی یا راست شونده دارد و در پاسخ به تحریک جنسی یا دمای سرد، برجسته و راست می‌شوند. حساسیت رشته‌های عصبی در پستانها با سطوح هورمونی و نوسانات این سطوح به هنگام قاعدگی و یا بارداری رابطه دارد. تعداد *پایانه‌های عصبی*^۳ یا اعصاب حساس به لمس و تحریک، در پستانهای بزرگ یا کوچک تفاوت چندانی با یکدیگر ندارد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که بزرگی یا کوچکی پستانها دلیلی بر پاسخدهی جنسی بهتر نیست، اگرچه برخی افراد ناآگاه تصور می‌کنند که پستانهای بزرگتر به معنی توانایی و پاسخدهی جنسی بیشتر در زنان است! بعلاوه اغلب پژوهشها نشان داده‌اند که لمس و مالش بخش مشخصی از بافت پستان در پستانهای کوچک بیش از پستانهای بزرگ تحریک جنسی به همراه دارد. اگرچه کاملاً روشن است که پاسخدهی به تحریک پستانها (توسط فرد تحریک‌شونده

از آنکه با اندازه یا شکل پستانها در ارتباط باشد با یادگیری و تجارب فرد مرتبط است.

لازم به یادآوری است که هم مردان و هم زنان باید هر ماه یک بار پستانهای خود را به دقت معاینه کنند و در صورت یافتن هرگونه توده غده مانند غیرعادی به سرعت پزشک خود را مطلع سازند. چنین معاینه‌ای برای زنان ۴۰ سال به بالا و بویژه برای آن دسته از زنانی که بستگان درجه اولشان دچار سرطان پستان بوده‌اند بسیار حایز اهمیت است.



شکل ۸-۱: پستان زن و بخشهای مختلف آن

۲- لبها^۱، عضوی از بدن هستند که بسته به تعالیم فرهنگی - اجتماعی و نیز به دلیل سرشار بودن از گیرنده‌های حسی فشار و لمس، نقش مهمی در تحریک و پاسخ جنسی ایفا می‌کنند. زوجها از راه بوسیدن و فشردن لبهای خویش به یکدیگر، فرو بردن زبان خود در دهان دیگری و مکیدن لبهای هم، آمادگی قابل توجهی را برای آغاز یک رابطه صمیمانه جنسی ابراز می‌کنند. البته چنین گفته‌ای بدین معنی نیست که نداشتن چنین تجربه‌های عمیقی از بوسیدن به معنی بازداری و سرکوبی جنسی است، بلکه تحریک دهانی لبها در زنان و مردان نقش تسهیل‌کننده و لذت‌بخشی را در انجام یک رابطه جنسی رضایت‌بخش ایفا می‌کند که بسته به یادگیری‌ها و تمایلات فردی زنان و مردان از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

در اغلب فرهنگها بوسیدن راهی برای ابراز عواطف مثبت و پیوندجویانه است که الزاماً معنای جنسی نیز ندارد. برای مثال، بوسیدن همدیگر به هنگام خداحافظی، بوسیدن کودکان آسیب دیده برای دل‌داری و تسکین دادن آنها و یا بوسیدن والدین برای سپاسگزاری از آنان نمونه‌های بارزی از جلوه‌های تحسین برانگیز ابراز عواطف بوسیله لبها است. اگرچه معدود فرهنگهایی نیز هستند که به رغم ترغیب جوانان برای داشتن تجارب جنسی قبل از ازدواج آنها را از بوسیدن یکدیگر به لحاظ خطرناک و ناسالم یا

منزجرکننده بودن این عمل به شدت نهی می‌کنند. البته روشن است که در بستر یک رابطه ناسالم و بی‌بند و بار جنسی، تماس لبها و بوسیدن عمیق می‌تواند احتمال ابتلا به برخی از بیماری‌های آمیزشی و همچنین سایر بیماری‌های واگیردار را به طور قابل توجهی افزایش دهد.

تقریباً همه اندامهای جنسی که تا اینجا درباره‌شان بحث کردیم تحت تأثیر ترشحات غدد درون‌ریز هستند. لذا فصل بعدی را به توضیح درباره نقش هورمون‌ها و دستگاه غدد درون‌ریز در فعالیتهای جنسی اختصاص داده‌ایم.

فصل ۲

نقش هورمون‌ها و دستگاه غدد درون‌ریز در

فعالیت‌های جنسی

غده‌های درون‌ریز و هورمون‌ها

کار اندام‌های مختلف بدن انسان به وسیلهٔ دو عامل یا نظام فیزیولوژیایی* کنترل و تنظیم می‌شود که یکی عصبی و دیگری شیمیایی است. کنترل شیمیایی فعالیت اندام‌ها به وسیلهٔ هورمون‌ها یا ترشحات غدد درون‌ریز^۱ انجام می‌شود. غدد درون‌ریز به آن دسته از غده‌های بدن گفته می‌شود که مجرای ترشحی ندارند و ترشحات خود را به‌طور مستقیم به درون خون می‌ریزند، از این رو به آنها غده‌های بسته یا داخلی نیز گفته می‌شود. در بدن غده‌های

* physiological

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

1- endocrine

دیگری نیز وجود دارند که غدد باز یا برون ریز^۱ خوانده می شوند. این غده ها ترشحات خود را از راه مجراهای ترشحی به حفره ها و نوله های درون بدن (مانند غدد گوارشی؛ از حمله غده های ترشح کننده بزاق) و یا سطح خارجی بدن (مانند غدد ترشح عرق) می ریزند. لازم به یادآوری است که برخی از غده ها دارای هر دو نوع ترشح درون ریز و برون ریز هستند؛ برای مثال غده لوزالمعده از یک سو شیره گوارشی با آنزیمهای (آنزیم ماده ای است که به فعل و انفعالات شیمیایی سرعت می بخشد) متعدد به روده می فرستد و از سوی دیگر هورمونهایی به خون وارد می سازد.

هورمون^۲ یا اورمون مشتق از واژه یونانی hormao و به معنی تحریک کردن است. بیشتر اندامهای بدن به طور همزمان تحت تأثیر اعصاب و هورمونها قرار دارند. به علاوه، میان دستگاه عصبی و غده های درون ریز ارتباط تنگاتنگ و پیچیده ای وجود دارد، به طوری که عمل بعضی از غده ها به طور مستقیم تحت تأثیر اعصاب مرتبط با آنهاست و تعدادی از هورمونها نیز محصول فرآورده برخی از یاخته های عصبی هستند. برای مثال، مجموعه هیپوتالاموس^۳ و هیپوفیز^۴ را می توان مهمترین غدد درون ریز بدن دانست که از نظر تشریحی و فیزیولوژی چنان با یکدیگر مربوطند که به صورت یک مجموعه واحد در نظر گرفته می شوند. هیپوتالاموس دارای ماهیت عصبی و هیپوفیز بیشتر دارای ماهیت

1- exocrine

2- hormone

3- hypothalamus

4- pituitary

غده‌ای است. بین هیپوتالاموس و بخش خلفی غده هیپوفیز ارتباط عصبی و بین هیپوتالاموس و بخش پیشین غده هیپوفیز ارتباط خونی وجود دارد. ترشح هورمون‌های هیپوفیز به وسیله هیپوتالاموس که یک ساختار عصبی است تنظیم می‌شود. همچنین پدیده‌های روانی و هیجانها نیز می‌توانند از راه هیپوتالاموس موجب تغییر در ترشحات هیپوفیز پیشین شوند. در زیر به اختصار نام برخی از غده‌ها و هورمون‌های مترشحه از آنها را آورده‌ایم 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)	ACTH ^۱ گونا‌دوتروپین‌ها ^۲ سوماتوتروپین ^۳ پرولاکتین ^۴	ترشح هورمون از بخش قشری غده فوق کلیه را تحریک می‌کند. عملکرد تخمدانها و بیضه‌ها را تنظیم می‌کند. رشد را سبب می‌شود. ترشح شیر در زنان زایمان کرده را سبب می‌شود.
هیپوفیز (خلفی)	هورمون محرک تیروئید هورمون ضدادرار	ترشح هورمون از غده تیروئید را سبب می‌شود. احتباس آب توسط کلیه‌ها را سبب می‌شود، همچنین به فرایند حافظه و تشکیل خاطرات کمک می‌کند.

1- adreno corticotropin hormone

2- gonadotropins

3- somatotropin

4- prolactin

غده	هورمون	عملکرد
هیپوفیز (خلفی)	اکسی توسین ^۱	انقباضهای رحم به هنگام زایمان و ترشح شیر در دوران پس از زایمان را به عهده دارد.
تیروئید	تیروکسین ^۲	رشد و متابولیسم (سوخت و ساز) بدن را تنظیم می کند.
فوق کلیه	رنین ^۳	تنظیم فشارخون را به عهده دارد.
لوزالمعده	انسولین ^۴ گلوکاگون ^۵	کاهش قند خون افزایش قند خون
بیضه ها	تستوسترون ^۶	رشد دستگاه تولیدمثل نر، صفات ثانوی جنسی و سایق یا کشش جنسی را تنظیم می کند.
تخمندانها	استروژن ^۷	رشد دستگاه تولیدمثل ماده و صفات ثانوی جنسی را تنظیم می کند.
	پروژسترون ^۸	تنظیم تغییرات بافتی رحم برای حفظ بارداری را به عهده دارد.
آدرنال ^۹ (بخش قشری)	آلدوسترون ^{۱۰} کورتیزول ^{۱۱}	دفع سدیم و پتاسیم را به عهده دارد. تنظیم متابولیسم (سوخت و ساز) و پاسخ به فشار روانی را به عهده دارد.
(مدولا) ^{۱۲}	اپی نفرین ^{۱۳} و نوراپی نفرین ^{۱۴}	برانگیختگی فیزیولوژیایی از راه فعال کردن دستگاه اعصاب سمپاتیک را به عهده دارد.

1- oxytocin

2- thyroxine

3- renin

4- insulin

5- glucagon

6- testosterone

7- estrogen

8- progesterone

9- adrenal

10- aldosterone

11- cortisol

12- medulla

13- epinephrine

14- norepinephrine

کارکرد هورمونها

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

میزان ترشح اغلب هورمونها در شبانه روز ثابت نیست و شدت ترشح آنها به صورت دوره‌ای و متناوب تغییر می‌کند. برای مثال، ترشح هورمون رشد (که از غده 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 دوره 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 می شود. در تنظیم ترشح هورمونهای غدد درون ریز، هیپوتالاموس دارای نقش عمده است. در هیپوتالاموس هورمونهای متعددی ساخته می شوند که پس از ورود به خون و اثر بر غدد درون ریز، میزان ترشح آنها را تنظیم می کنند.

نقش هورمونها در تعیین جنسیت

تمام رویان ها یا نوجنین های انسانی^۱؛ در آغاز یکسان هستند اما در طول رشد جنینی به سوی نر یا ماده بودن پیش می روند. هر رویان دارای یک جفت غده جنسی اولیه است که این غده ها می توانند تبدیل به تخمدانها (غده جنسی زنانه) یا بیضه ها (غده جنسی مردانه) شوند. پس از گذشت هفت یا هشت هفته از آغاز بارداری، اگر ساختار ژنتیکی جنین از نظر جنسیت XX باشد، این غده ها به صورت تخمدان رشد می کنند و اگر XY باشد، رشد در جهت بیضه ها است. این غده های جنسی هر کدام نوع خاصی از هورمون را تولید می کنند. برای مثال، تخمدانها هورمونهای استروژن و پروژسترون و بیضه ها هورمونهای موسوم به آندروژن^۲ را تولید می کنند که مهمترین آنها تستوسترون است. هورمونهای مترشح به وسیله غده های جنسی رویان، ویژگیها یا صفات جنسی اولیه یعنی اندامهای تولید مثل درونی و بیرونی را تعیین می کنند. اگر غده های جنسی، تستوسترون ترشح کنند،

ویژگیهای 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 تحت تأثیر هورمونهای زنانه مادر قرار دارند، به‌طوری که رویان صرف‌نظر از ساختار ژنتیکی او به‌سوی مادینه شدن پیش می‌رود مگر این که در نتیجه 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 فوق‌کلیه نیز در هر دو جنس نر و ماده مقدار اندکی آندروژن و استروژن ترشح می‌کند.

چرخه قاعدگی^۱ یا عادت ماهانه^۲

در زنان رخدادی که به بهترین شکل رابطه پیچیده میان فعالیت غدد درون‌ریز و کارکرد جنسی را نشان می‌دهد، قاعدگی یا عادت ماهانه است. چرخه قاعدگی یا دوره ماهانه جنسی شامل دسته‌ای از تعاملهای پیچیده میان فرایندهای فیزیولوژیایی است که شرح و توضیح کامل آن از حوصله این فصل خارج است. اما به طور مختصر و روشن می‌توان چرخه قاعدگی را در پنج مرحله متداخل و درهم تنیده توضیح داد که عبارتند از: مرحله فولیکولی^۳، مرحله تخمک‌گذاری^۴، مرحله لوتیال^۵، مرحله پیش قاعدگی^۶ و قاعدگی یا خون‌روش.

چرخه کامل قاعدگی معمولاً ۲۱ تا ۳۵ روز به طول می‌انجامد، که در همه زنان یکسان نیست، اما به‌رغم در نظر گرفتن تفاوت‌های

1- menstrual cycle

2- menstruation

3- follicular

4- ovulation

5- luteal

6- premenstrual

فردی می‌توان گفت که چرخه‌های کمتر از ۲۱ و بیشتر از ۳۵ روز، غیرطبیعی هستند. هر یک از مراحل چرخه قاعدگی بوسیله سطوح متغیری از انواع هورمون‌هایی کنترل می‌گردد که توسط تخمدانها، غده هیپوفیز و مغز، به درون خون ترشح می‌شوند. این واقعیت که زنان در سرتاسر زندگی خود فقط به میزان ۲ قاشق غذاخوری استروژن و پروژسترون تولید می‌کنند، بیانگر اهمیت و قدرت تأثیر هورمون‌های جنسی است. وظیفه اصلی هورمون‌های استروژن و پروژسترون، تشکیل و بازسازی پوشش یا دیواره داخلی رحم است، آنچنان که در صورت تشکیل سلول تخم این پوشش نقش تغذیه کننده سلول تخم را ایفا می‌کند. اما در صورت تشکیل نشدن سلول تخم (یعنی فراهم نشدن فرصت لقاح تخمک آزاد شده از تخمدان با اسپرم)، سطح این هورمون‌ها در خون پایین آمده و موجب تخریب و فروریزی پوشش داخلی رحم یا اندومتر می‌شود که در این حالت می‌گوییم قاعدگی رخ داده است.

لازم به ذکر است که ترشح استروژن و پروژسترون خود تحت تأثیر میزان FSH^1 (هورمون محرک فولیکول) و LH^2 (هورمون محرک جسم زرد) در خون است. FSH یکی از جمله هورمون‌هایی است که توسط غده هیپوفیز ترشح شده و در اوایل بلوغ فرایند تخمک‌گذاری و ترشح استروژن در تخمدانها را موجب می‌شود. بعلاوه، LH نیز یکی دیگر از هورمون‌های هیپوفیز است که

1- follicle-stimulating hormone

2- luteinizing hormone

آزادسازی تخمکها و ترشح پروژسترون از تخمدانها را سبب می‌گردد.

اکنون با توجه به توضیحات بالا بهتر می‌توانیم پنج مرحله چرخه قاعدگی را توضیح دهیم.

۱- مرحله فولیکولی

این مرحله ۷ تا ۱۹ روز به طول می‌انجامد و براساس حساسیت تخمدانها به FSH، فرایند آن کنترل می‌شود. تقریباً همزمان با آغاز قاعدگی (یعنی فروریزی پوشش داخلی رحم)، تولید استروژن و پروژسترون کاهش می‌یابد. سطوح پایین این هورمونها پاسخدهی و حساسیت تخمدانها به FSH را افزایش می‌دهد. FSH نیز در تخمدانها موجب آغاز رشد ۶ تا ۱۲ فولیکول می‌شود و نام این مرحله نیز با توجه به این فرایند انتخاب شده است. به طور معمول تنها یکی از این چند فولیکول به مرحله رشد یا پختگی^۱ می‌رسد. همزمان با رشد فولیکول، سلولهای آن استروژن ترشح می‌کنند، پس از چند روز سطح استروژن در خون به اندازه‌ای بالا می‌رود که بی‌پاسخی یا عدم حساسیت نسبی تخمدانها به FSH را به همراه دارد. بالا رفتن سطح استروژن موجب تحت تأثیر قرار گرفتن هیپوتالاموس و در نتیجه آزاد کردن Gn-RH یا هورمون آزادکننده گونادوتروپین^۲ می‌شود. این هورمون ترشح FSH و LH را تنظیم

1- mature stage

2- gonadotropin-releasing hormone (Gn-RH)

می‌کند. کار این فرایند تنظیمی مشابه همان کاری است که ترموستات^۱ دستگاه تهویه منازل انجام می‌دهد. در دستگاه تهویه منازل کاهش دما موجب فرستادن پیامهایی به ترموستات شده و ترموستات نیز با راه‌اندازی منبع حرارتی دمای خانه را بالا می‌برد. به همین ترتیب، افت سطح استروژن در زمان قاعدگی پیامهایی را به هیپوتالاموس می‌فرستد که به رها شدن Gn-RH از هیپوتالاموس می‌انجامد. Gn-RH نیز غده هیپوفیز را وادار به ترشح FSH و LH می‌کند. سپس FSH موجب رشد فولیکول می‌شود و LH نیز به فولیکول پیام می‌دهد تا استروژن تولید کند و به خون بریزد. افزایش سطح استروژن در جریان خون موجب توقف ترشح FSH از سوی هیپوفیز می‌شود، درست همان‌گونه که افزایش میزان دمای خانه فعالیت دوباره ترموستات و خاموش ساختن منبع حرارتی را منجر می‌شود (شکل ۱-۲ را ببینید).

۲- مرحله تخمک‌گذاری

تقریباً ۱۸ ساعت پس از رسیدن سطح LH به بالاترین میزان خود، فولیکول رسیده یا بالغ در تخمدان پاره شده و تخمک را رها می‌سازد. این فرایند را تخمک‌گذاری می‌نامند. در این مرحله تخمک وارد لوله زهدانی می‌شود، یعنی جایی که ممکن است با اسپرم لقاح یابد. برخی از زنان می‌توانند فرایند پاره شدن

فولیکول و رهان شدن تخمک را احساس کنند. به طوری که آنرا با حالتی مانند «تیر کشیدن» یا «درد نیش دار» توصیف می کنند که در زبان آلمانی mittelschmerz نامیده می شود.

۳- مرحله لوتیال

طول مرحله لوتیال ۸ تا ۱۰ روز است. پس از تخمک گذاری، اکنون فولیکول پاره شده تو خالی بوده و در محل پارگی آن لخته خونی ایجاد می شود که درون این لخته خون، سلولهای زرد رنگی رشد می کنند که بواسطه نام همین سلولها، فولیکول پاره شده را جسم زرد می نامند. جسم زرد پروژسترون را ترشح می کند و این فرایند آغاز مرحله لوتیال است. پروژسترون رشد و ترمیم پوشش داخلی زهدان یا اندومتر را موجب می شود و از این راه اندومتر را برای پرورش و لانه گزینی سلول تخم (البته در صورت لقاح تخمک با اسپرم) آماده می سازد.

۴- مرحله پیش قاعدگی

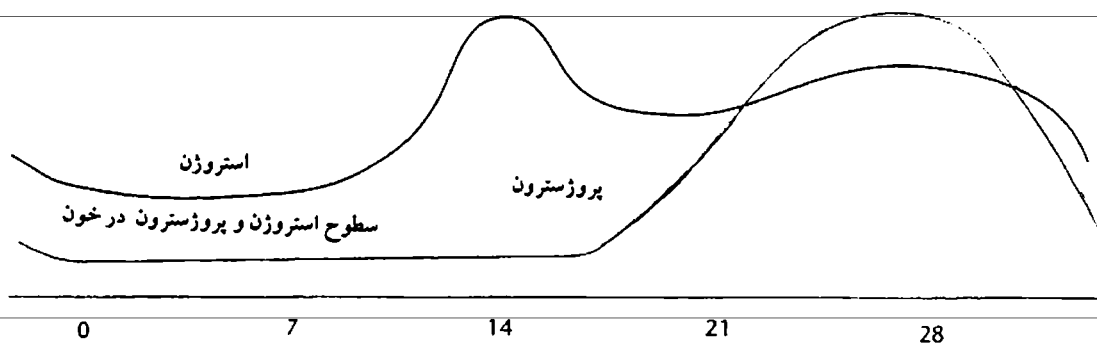
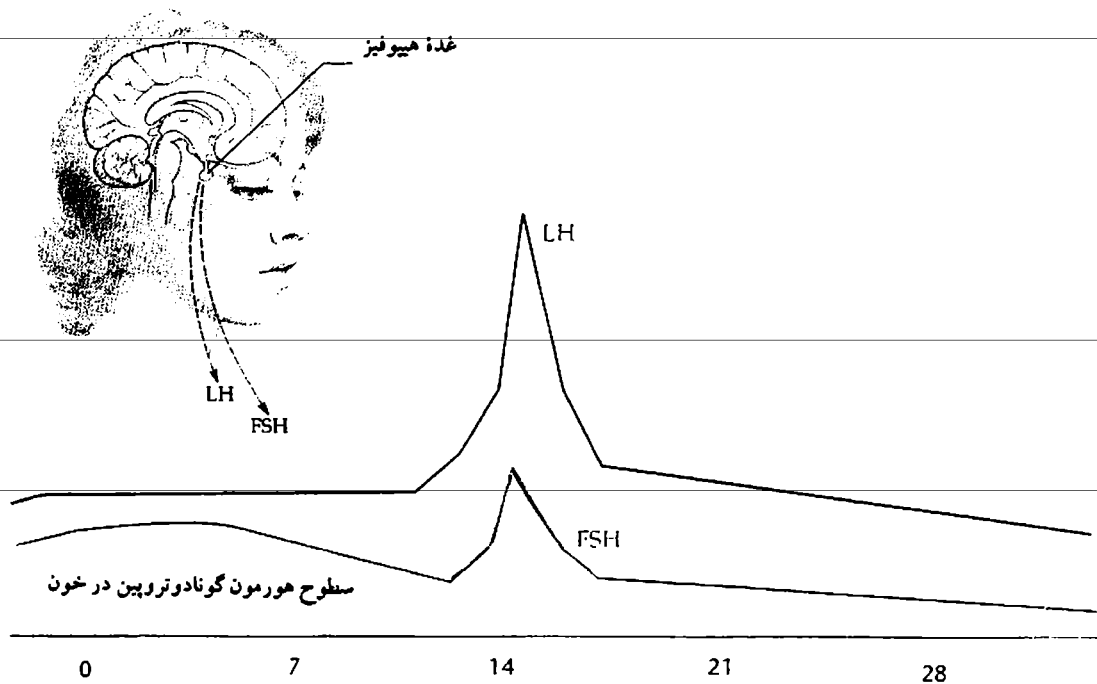
آگاهی یافتن از زمان آغاز دوره پیش قاعدگی در همه زنان متفاوت است. این دوره تقریباً ۴ تا ۶ روز به طول می انجامد. در برخی از زنان شروع این دوره با احساس سنگینی یا درد در ناحیه لگن و در برخی دیگر با بروز حالت افسردگی همراه است. چنانچه در این مرحله باروری صورت نگیرد، جسم زرد فرو ریخته و متلاشی شده و این حالت سطوح پروژسترون و استروژن در

جریان خون را کاهش می‌دهد.

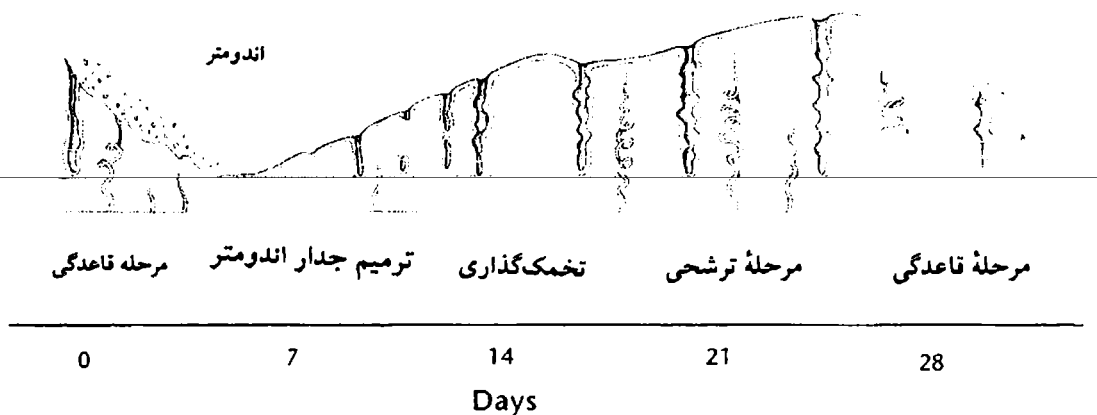
۵- قاعدگی

قاعدگی یا فروریزی و تخریب اندومتر تقریباً ۳ تا ۷ روز به طول می‌انجامد. این مرحله از چرخه قاعدگی در اثر کاهش سطوح پروژسترون و استروژن پدید می‌آید. پوشش داخلی زهدان یا رحم که از خون، مواد مغذی و مخاط تشکیل شده است، پس از فروریزی از راه گردن یا دهانه زهدان و از آنجا پس از گذر از مهبل و سوراخ آن به بیرون می‌ریزد.

پیش از پایان یافتن چرخه قاعدگی، مرحله فولیکولی بعدی آغاز می‌شود. با این تفاوت که این بار رشد فولیکولها در تخمدانی صورت می‌گیرد که در چرخه پیشین فولیکول و تخمک رها نکرده بود. تکرار منظم این فرایند در غیاب عواملی که بارداری را با دشواری روبرو می‌سازند، بهترین شاخص توانایی باروری زنان است. لذا برای آبستن شدن یا جلوگیری از آن باید تغییر ناگهانی توالی این چرخه را به دقت زیر نظر گرفت.



تغییرات ضخامت اندومتر در طول چرخه قاعدگی



شکل ۲-۱: چرخه قاعدگی و نوسانهای هورمونی

شکل ۱-۲ نشان‌دهنده ترشح چرخه‌ای LH، FSH، استروژن و پروژسترون در طول چرخه قاعدگی است، تغییرات بوجود آمده در ضخامت اندومتر نیز نشان داده شده است.

یائسگی و تغییرات هورمونی مرتبط با آن

بنا به تعریف، یائسگی پایان همیشگی چرخه قاعدگی است. یائسگی مرحله‌ای از رشد بهنجار زنان است که با کاهش تدریجی فعالیت تخمدانها و در نتیجه گذر از یک مرحله توانایی تولیدمثل به مرحله ناتوانی برای تولید مثل همراه است. همانطور که در فصل قبل اشاره کردیم، سن معمول یائسگی ۴۵ تا ۵۰ سالگی است، چنانچه یائسگی قبل از این دامنه سنی رخ دهد زودرس تلقی می‌شود اما تغییرات هورمونی همراه با آن با تغییرات هورمونی مربوط به یائسگی طبیعی یکسان است.

رخداد یائسگی با افت چشمگیر سطوح استروژن در جریان خون همراه است. در زمان یائسگی تخمکهای باقیمانده در تخمدانها کاهش می‌یابند و تخمدانها حساسیت و واکنش‌پذیری خود را به FSH و LH اندک اندک از دست می‌دهند. چنین تغییری به معنای آن است که دیگر رشد و ترمیم پوشش داخلی رحم یا اندومتر و در نتیجه قاعدگی بعدی رخ نمی‌دهد. بعلاوه پروژسترون که در دوران قبل از یائسگی و در مرحله تخمک‌گذاری و تولید جسم زرد بوجود می‌آمد، دیگر تولید نمی‌شود.

مهمترین تأثیر یائسگی تأثیر بر فعالیتهای جنسی است که خود

ناشی از کاهش استروژن است. پژوهشها بیانگر آنند که احتمالاً کاهش میزان استروژن تأثیری بر میل جنسی ندارد اما موجب نازک شدن بافتهای مهبل، لبهای فرج و همچنین کاهش ترشحات آن می شود. کاهش ترشحات مهبل ممکن است آمیزش را دردناک سازد ولی این مشکل را می توان با استفاده از مواد لیزکننده محلول در آب (مانند کرم KY) و یا کرمهای حاوی استروژن به سادگی درمان کرد. اگرچه متخصصان رفتار جنسی معتقدند زنانی که زندگی جنسی منظم و فعال دارند، حتی اگر دچار نازکی بافتهای مهبل و تحلیل رفتگی لبهای فرج شوند، از نظر ترشحات لیزکننده مهبل کمتر دچار مشکل می شوند. بعلاوه به باور برخی از پژوهشگران، میل جنسی بیشتر تحت تأثیر هورمون آندروژن است که در زنان از غدد فوق کلیه ترشح می شود و این غدد به هیچ روی از یائسگی یا عمل رحم برداری^۱ تأثیر نمی پذیرند.

پژوهشها نشان داده اند که مصرف داروهای استروژن در زنان یائسه می تواند تغییرات اندامهای جنسی بویژه تغییرات ایجاد شده در لبهای فرج و مهبل را دوباره به حالت قبل از یائسگی برگرداند و لذا درد هنگام آمیزش یا تحریک جنسی این نواحی را در زنان یائسه برطرف سازد. بعلاوه مصرف این قبیل داروها می تواند درمان مؤثری برای احساس گُر گرفتگی، پیش گیری از پوکی استخوان یا بیمارهای قلبی و رگی در این دوران باشد.

1- hysterectomy

سرانجام باید یادآور شویم که اگرچه بسیاری از زنان ممکن است پس از رسیدن به دوره یائسگی و تحت تأثیر تغییرات هورمونی این دوران کاهش در فعالیتهای جنسی خود ایجاد کنند، اما روشن است که بخش بزرگی از آثار ناشی از یائسگی بر زندگی جنسی زنان، ناشی از نوع نگرش آنان به این رخداد و همچنین تأثیر دامنه گسترده‌ای از عوامل روانی - اجتماعی است.

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 راست شدگی آلت و همچنین فعالیت جنسی در آنها افزایش می‌یابد.

کاهش سطح تستوسترون خون موجب افت فعالیت جنسی می‌شود. برای مثال، اغلب مردان اخته شده گزارش می‌کنند که میل جنسی اندکی دارند و فعالیت جنسی‌شان کاهش یافته است. در برخی از موارد برای کاهش رفتارهای بیمارگونی مانند عورت‌نمایی و آزار جنسی کودکان داروهایی را برای افراد مبتلا به این رفتارها تجویز می‌کنند که با کاهش سطوح آندروژن خون موجب متوقف شدن این اعمال می‌شوند.*

در زنان نیز پس از برداشتن رحم و تخمدانها، تقریباً در یک سوم موارد پاسخ جنسی کاهش می‌یابد. کاهش سطح هورمونی در زنان موجب دردناکی آمیزش جنسی و حتی بیزاری از آن می‌شود. برخی از پژوهشها نشان داده‌اند که نوسانهای طبیعی سطوح هورمونی در زنان رابطه ضعیفی با انگیزتگی جنسی آنها دارد و

*- برای مطالعه کامل انواع انحرافهای جنسی مردان می‌توانید به کتاب «زندگی جنسی مردان» نوشته محمد رضا نیکخو که توسط ناشر همین کتاب به چاپ رسیده است مراجعه کنید.

دسته‌ای از پژوهشها نشان داده‌اند که هنگام تخمک‌گذاری به دلیل افزایش سطح استروژن خون حساسیت زنان به محرکهای دیداری، شنیداری و بویایی به بالاترین حد خود می‌رسد و به‌طور کلی می‌توان گفت برداشتن تخمدانها در زنان گاهی موجب کاهش میل جنسی می‌شود و گاهی نیز آن را افزایش می‌دهد، اما در اغلب موارد هیچ اثری بر میل جنسی آنان ندارد.

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 مسئولیهای 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 عقددهایی (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 مادر ارتباط است؛ از جمله گوارش، دفع مواد زاید، ترمیم بافتهای آسیب دیده و به طور کلی جبران منابع انرژی بدن.

در انگیزختگی جنسی، فعالیت این دو دستگاه بر پاسخ جنسی اثر می‌گذارد به طوری که در انگیزختگی اولیه، اعصاب شاخه پاراسمپاتیک فعال می‌شوند و این فعالیت موجب تورم و پر خون شدن بافت فرج و لیزشدگی مهبل می‌گردد. دستگاه عصبی پاراسمپاتیک نقش عمده‌ای در تورم یا نعوظ کلیتوریس ایفا می‌کند، به طوری که در اثر تحریک جنسی موجب پر خون شدن این بافت بسیار حساس می‌شود. پس از این مرحله فعالیت دستگاه سمپاتیک پیشی می‌گیرد و در اثر ادامه تحریک جنسی، اوج لذت جنسی رخ می‌دهد.

شاید بتوان اضطراب و ترسی را که در اغلب اختلالات یا کژکاریهای جنسی دیده می‌شود به نقشهای متفاوتی نسبت داد که دستگاه عصبی سمپاتیک و پاراسمپاتیک ایفا می‌کنند. اضطراب یا ترس موجب فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک می‌شود و این

فعالیت موجب اختلال در کارکرد دستگاه عصبی پاراسمپاتیک و در نتیجه مانع از ایجاد آرامشی می‌شود که برای انگیختگی جنسی اولیه (یعنی ستورم شدن فرج و نیرتدگی مهبل) ضروری است. نقش دستگاه عصبی خود مختار در کارکرد تخمدانها، لوله‌های تخمدانی و زهدان کاملاً روشن نشده است، اما اغلب پژوهشگران معتقدند که این دستگاه نقش عمده‌ای را در باروری ایفا نمی‌کند و کارکرد آن برای باروری ضروری نیست. زیرا زنانی که دچار تباهی اعصاب زهدانی شده‌اند نیز می‌توانند قاعدگی، بارداری و حتی زایمان طبیعی داشته باشند.

دستگاه عصبی مرکزی

دستگاه عصبی مرکزی (CNS)^۱، همهٔ رفتارها و کارکردهای بدنی ما را کنترل می‌کند. این دستگاه از طناب نخاعی و مغز تشکیل شده است. تبادل تکانه‌های عصبی با سایر اعصاب برعهدهٔ دستگاه عصبی است و به‌طور کلی این دستگاه یک واحد پردازش‌کننده برای همهٔ اجزای دستگاه عصبی به‌شمار می‌رود. شبکه‌های عصبی موجود در CNS به‌گونه‌ای سازمان یافته‌اند که در یک سلسله مراتب، هر سطح کارکردهای ویژه‌ای را انجام می‌دهد. به عبارت دیگر، مراکز بالاتر کنترل مراکز پایین‌تر را برعهده دارند. برخی از پاسخهای جنسی در انسان مانند انزال، نعوظ و لیزشدگی مهبل،

1- central nervous system

تحت تأثیر کانونهای بازتابی^۱ واقع در مراکز پایین تر است. از نقطه نظر کالبدشناختی، این کارکردها به وسیله اعصاب بخش پائینی ستون مهره‌ها کنترل می‌شوند. در نیاکان مهره‌داران نخستین نیز این فرایندها تحت کنترل کانونهای بازتابی بوده‌اند 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 می‌پذیرند، پس می‌توان گفت که تا اندازه‌ای تحت کنترل ارادی قرار دارند.

اساس کارکرد سایر بازتابها معمولاً غیرارادی است. برای مثال، معمولاً راست‌شدگی احلیل یا نوک پستانها در زنان خارج از اراده فرد است. همچنین برای ایجاد نعوظ یا لیزشدگی مهبل، بسادگی نمی‌توان دستگاه‌های 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 می‌دهند. خواه این پاسخ ویژه ارادی باشد یا غیرارادی.

از میان عوامل گوناگون فوق می‌توان به فرایندهای فکری در مغز اشاره کرد. شاید ما نتوانیم به طور 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 لیزشدگی مهبل یا نعوظ

1- reflex centers

احلیل شود. از سوی دیگر پاسخ جنسی ممکن است به دلیل ترس از حاملگی، تنبیه یا رسوا شدن و یا احساس خشم و نفرت نسبت به شریک جنسی بازداری شود. برای مثال تحریک جنسی یا تجربه اوج لذت جنسی در اغلب زنان وابسته به داشتن احساس و عاطفه خوشایند نسبت به شریک جنسی است و چه بسیارند زنانی که به لحاظ درگیری و تنش در روابط زناشویی شان و یا بی توجهی همسرانشان به عواطف آنها میلی به ایجاد رابطه جنسی ندارند و یا اوج لذت جنسی را تجربه نمی کنند.

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 مهره ها در ناحیه کمر تا مغز امتداد یافته است. تبادل پیام رشته های عصبی نخاع در دو جهت صورت می گیرد. یک جهت از پایین به سوی مغز است که احساسها را موجب می شود و جهت دیگر از سوی مغز به ماهیچه ها و سایر اندامها است که انواع فعالیتها را برمی انگیزد. پس می توان این گونه نتیجه گرفت که نخاع و مغز به مثابه یک واحد یکپارچه عمل می کنند.

طناب نخاعی به بخشهای مختلفی تقسیم می شود که از بالا به پایین به ترتیب گردنی، سینه ای، کمری و خاجی - همراه با بخشی از دنبالچه که کار مهمی ندارد - نامیده شده اند. هر بخش به نوبه خود به چند قطعه تقسیم می شود که با حرف یا شماره مربوط به همان

قطعه شناخته می‌شود. هشت قطعه گردنی^۱ (L_1 تا L_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). هر یک از این بخشها به کارکرد ویژه‌ای اختصاص دارد. برای مثال به هنگام تجربه اوج لذت جنسی در زنان، قطعه‌های S_2 تا S_4 طناب نخاعی با واسطه دستگاه عصبی سمپاتیک، انقباض ماهیچه‌های صاف لوله‌های زهدانی و رحم را موجب می‌شوند، همچنین انقباض ماهیچه‌های مهبل و کف لگن در زمان رسیدن به اوج لذت جنسی توسط پیام عصبی همین قطعه‌ها انجام می‌گیرد.

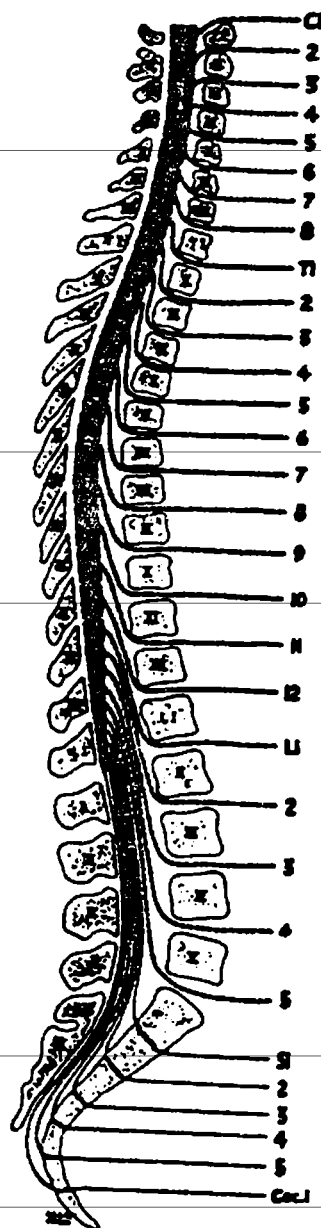
1- cervical

2- thoracic

3- lumbar

4- sacral

5- coccygeal



شکل ۱ - ۳: طرحی از قطعه‌های طناب نخاعی

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^۱، مغز میانی یا میان مغز^۲ و مغز پیشین یا پیش مغز^۳ (به شکل ۲ - 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 جمجمه یعنی جایی که طناب نخاعی از ستون فقرات خارج می‌شود قرار دارد و پایین‌ترین بخش مغز را تشکیل می‌دهد.

نزدیک‌ترین بخش مغز پسین به طناب نخاعی، بصل النخاع^۴ نام دارد که تنفس، ضربان قلب و فشارخون را کنترل می‌کند. آزمایشهای انجام شده روی حیوانات نشان داده است که این بخش از مغز در پذیرندگی جنسی نقش مهمی را ایفا می‌کند؛ به‌طوری 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 جفت‌گیری با موش نر می‌شود.

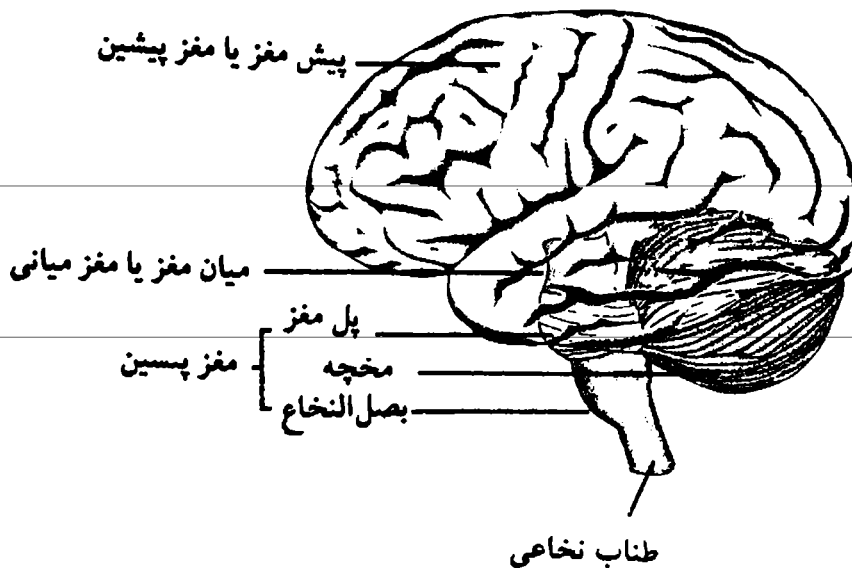
1- hind brain

2- midbrain

3- forebrain

4- medulla

جایگاه کالبدشناختی میان مغز، همانطور که از نامش پیداست، بین قاعده مغز و بخش فوقانی مغز (یا پیش مغز) است. این بخش از مغز دارای سلولهایی است که آرایه پاسخهای فوری یا مخابره اطلاعات به بخشهای پیچیده تر مغز را موجب می شوند.



شکل ۲- ۳: بخشهای کالبدشناختی مغز

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 ۳- ۳ نگاه کنید). عملکرد تالاموس به مثابه یک ایستگاه مخابره است، این بخش از مغز پیامهای رسیده از اندامهای حسی را به لایه بیرونی مخ ارسال می کند. همچنین

1- thalamus

2- hypothalamus

3- cerebrum

گذرگاه‌های عصبی که انتقال و مخابره اطلاعات بساوشی یا لمسی را به پیش مغز موجب می‌شوند، در فرایند انزال نقش دارند. بعلاوه در مردان تحریک نواحی معینی از تالاموس و سراسر مسیر اعصاب ورودی به تالاموس موجب انزال می‌شود.

بادامه یا آمیگدال^۱ ساختار پیچیده دیگری است که در قطعه 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 آیا محرک وارد شده خوشایند است یا ناخوشایند. آسیب دیدگی بادامه موجب کاهش فعالیت جنسی می‌شود 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 می‌کنند. بخش‌هایی از هیپوتالاموس در کنترل تولید شیر، چرخه‌های باروری موجودات ماده و ساخت هورمون‌های مردانه دخالت دارند.

1- amygdala

* سطح مخ به چند ناحیه به نام قطعه یا لُب (Lobe) تقسیم می‌شود. قسمتی از مخ که در جلوی شیار مرکزی و جلوی مکانی است که شیار جانبی یا پهلویی آغاز می‌شود، لُب یا قطعه پیشانی نام دارد. پشت شیار مرکزی و بالای شیار پهلویی را قطعه آهیانه‌ای می‌گویند. زیر شیار جانبی یا پهلویی لب یا قطعه گیجگاهی است. عقب مغز و پشت نقطه‌ای که شیار پهلویی تمام می‌شود قطعه پس‌سری است. نام هر قطعه، نام استخوانی از مجموعه است که تقریباً مجاور آن قرار دارد. (به شکل ۴ - ۳ نگاه کنید).

همان‌طور که قبلاً گفتیم، هیپوتالاموس با غده هیپوفیز مرتبط است، از این‌رو در تولید هورمون‌های جنسی نیز نقش دارد. ایجاد نعوظ و پاسخ‌های 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 تنظیم‌کننده رفتار جنسی در هیپوتالاموس است.

دسته‌ای از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در زنان یا مردان همجنس‌باز^۱ میانگین تعداد سلول‌های عصبی هیپوتالاموس خلفی نصف مردان دگرجنس‌خواه^۲ است. این یافته‌ها حاکی از آن است که احتمالاً هیپوتالاموس در جهت‌گیری جنسی فرد نقش دارد.

دسته‌ای از گزارش‌های مبتنی بر مشاهده بیماران دچار نارسایی‌های عصب‌شناختی^۳ عنوان کرده‌اند که تحریک الکتریکی مراکز تنظیم رفتار جنسی هیپوتالاموس، موجب بروز احساسها و 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 اختلال‌های عصبی بوده است، بنابراین تعمیم این یافته‌ها به افراد سالم و بهنجار باید با احتیاط صورت گیرد.

شگفت‌انگیزترین بخش مغز انسان مخ^۴ نام دارد. مخ از طول به

1- homosexual

2- heterosexual

3- neurological

4- cerebrum

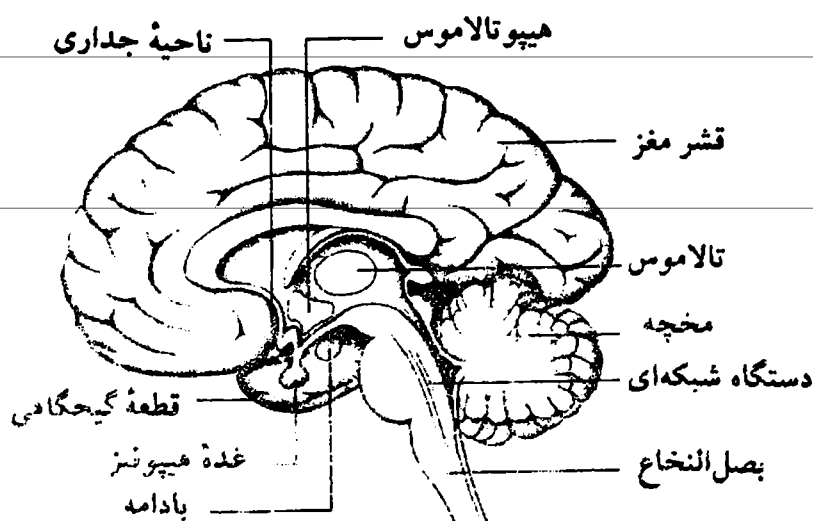
دو نیمکره راست و چپ تقسیم شده است که به هریک از آنها یک نیمکره مخ می‌گویند. پوسته خارجی مخ شامل سلول‌هایی است که رنگ خاکستری دارند و به قشر مخ^۱ معروف است. عالی‌ترین کارکردهای دستگاه عصبی بر عهده قشر مخ است. کارکردهای پیچیده‌ای مانند ادراک، یادگیری، تفکر و زبان از جمله کارکردهای اختصاص یافته‌ای هستند که با فعالیت قشر مخ در ارتباطند. از این رو 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^۲ 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^۳ 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

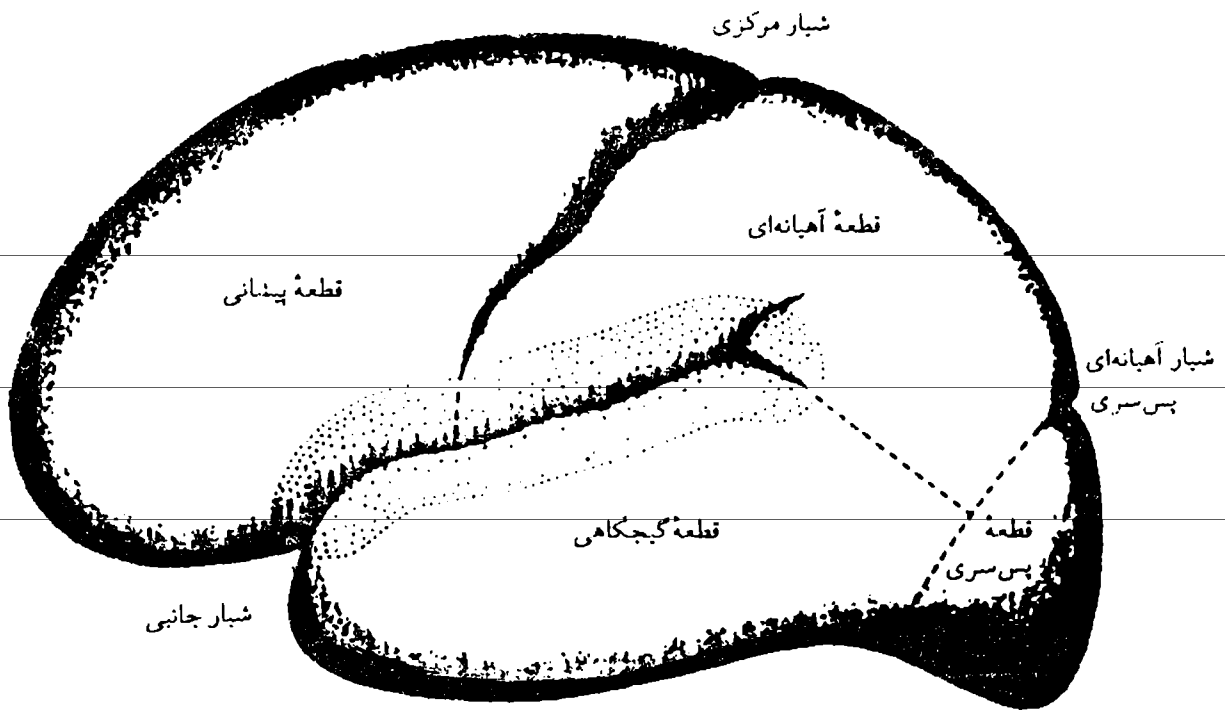
1- cerebral cortex 2- Wilder Penfield

3- reticular activating system

به سوی پیش مغز امتداد می دهد. تحریک این دستگاه با آمادگی فرد برای پذیرش تحریک جنسی همراه است. برای مثال، مصرف داروهایی مانند کوکائین^۱ یا آمفتامین^۲ (که اثر آنها بر دستگاه فعال ساز شبکه ای به اثبات رسیده است) موجب می شود تا مصرف کنندگان این مواد دوره های بلندمدتی از تحریک را گزارش کنند.



شکل ۳-۳: ساختارهای مغزی درگیر در فعالیت جنسی

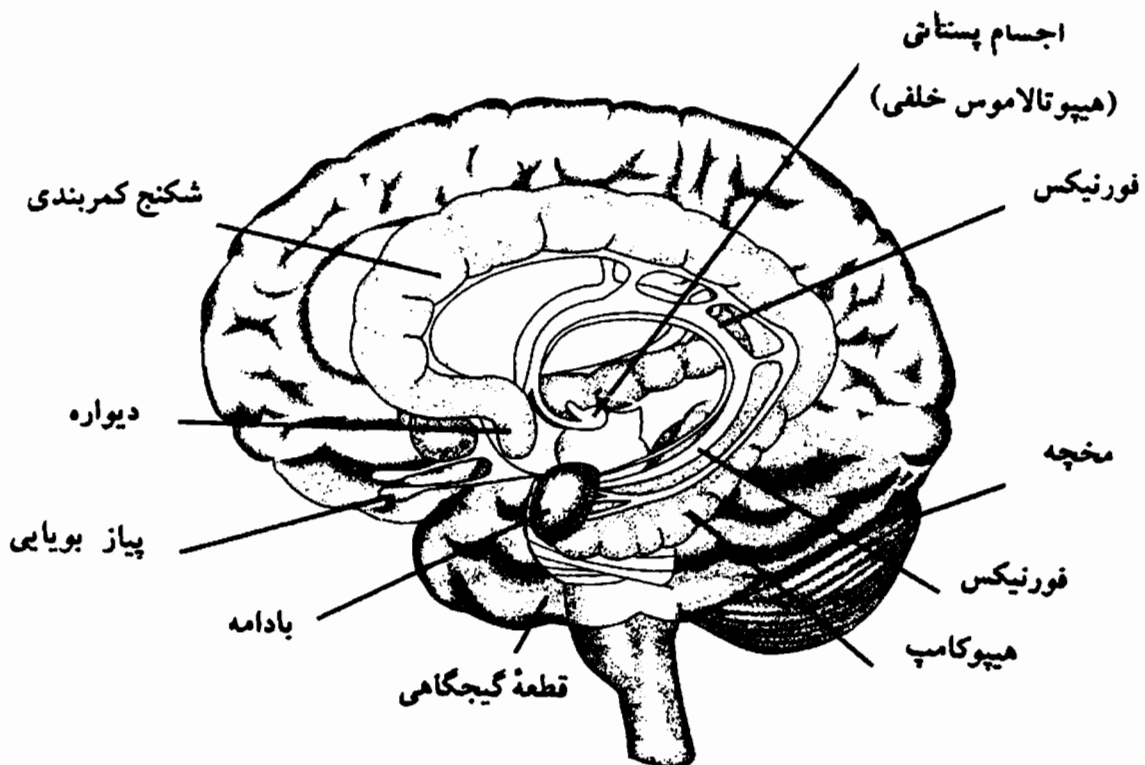


شکل ۴ - ۳: قطعه‌های مغز

در امتداد داخلی نیمکره‌های مغز ساختارهای متعدد دیگری وجود دارند که آنها نیز به نواحی مشخصی محدود نشده و روی همه دستگاه لیمبیک^۱ خوانده می‌شوند. (به شکل ۵ - 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 کارکرد دستگاه لیمبیک در ارتباط است. رابطه نزدیک میان

1- limbic system

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

1- pheromone

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- William Masters

2- Virginia Johnson

3- excitement

4- plateau

5- orgasm

6- resolution

نگر و در موقعیتی به موقعیت دیگر بسیار متغیر است. در طول این تغییرات، سبب - ریایی چشمگیری رخ می دهد که برخی از این تغییرات ماهیچه ای در سواخی کنتر راند، انقباض عضلات قلب، تند شدن تنفس و بالا رفتن فشارخون. چنانچه تحریک جنسی مؤثر تا پایان این مرحله صورت گیرد، فرد به مرحله اوج لذت جنسی می رسد. مرحله اوج لذت جنسی کوتاه ترین بخش پاسخ جنسی است که معمولاً فقط چند ثانیه ادامه می یابد و در طی آن انقباضهای منظم ماهیچه ای در آلت تناسلی، احساس ذهنی لذت فوق العاده و رهایی و بلافاصله پس از آن شلی و رخوت رخ می دهد. 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 می کند دچار افت ناگهانی می شود اما در مواقع دیگر چنین کاستی به ندرستی و تا زمانی صورت می گیرد. تجربه اوج لذت جنسی در مردان تغییرات آشکاری چه از نظر شدت و چه از نظر طول مدت نشان می دهد اما در مردان تغییرات فردی اندکی مشاهده می شود. کیفیت اوج لذت جنسی به عوامل گوناگونی بستگی دارد که از جمله آنها می توان 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 انگیزندگی و برقراری دوباره تعادل فیزیولوژیایی. در این مرحله همه تغییرات فیزیولوژیایی که در طول مراحل انگیزندگی، فلات و اوج لذت جنسی ایجاد شده بود به حالت قبل از انگیزندگی برمی‌گردند و هر دو جنس با برگشت به وضعیت قبل از انگیزندگی 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 تحریر جنسی و قرار گرفتن در مرحله فلات نتواند به اوج لذت جنسی برسد، پس از توقف تحریر مرحله فرونشینی بیشتر طول کشیده و ممکن است با احساس ذهنی نارضایتی و برخی احساسهای جسمانی ناخوشایند همچون احساس برور درد در لگن یا مثانه در زنان و درد بیضه‌ها در مردان همراه باشد.

چرخه پاسخ جنسی در زن

الف - مرحله انگیزندگی

نخستین نشانه انگیزندگی جنسی در زن، افزایش جریان خون مهبل است. این پرخونی موجب تورم و لیزشدگی مهبل می‌گردد. در مرحله انگیزندگی جریان خون بافت مهبل ۱/۵ تا ۲ برابر افزایش می‌یابد و این فرایند تقریباً در عرض یک ثانیه رخ می‌دهد. تغییر سرعتی نشانگر آن است که این فرایند با دخالت عوامل گوناگون

خونی صورت می‌گیرد، به‌طوری که گشاد شدن و پرخون شدن رگهای خونی مهبل سبب تجمع حجم بالاتری از خون در آن می‌شود. لیزشدگی مهبل در اثر فعالیت غدد بارتولن و ۱۰ تا ۳۰ ثانیه پس از آغاز تحریک جنسی مشاهده می‌شود. این لیزشدگی وارد شدن احلیل مردانه به مهبل را آسان می‌سازد، آن‌گونه که در صورت کاهش این ترشحات، حرکت رفت و برگشتی احلیل موجب ناراحتی و آزرده‌گی زن می‌شود.

در طول مرحله انگیختگی $\frac{2}{3}$ از بخش داخلی مهبل متسع و کشیده و طول آن زیاد می‌شود، گردن زهدان و رحم به بالا کشیده شده و لبهای بزرگ فرج پهن و از هم دور می‌شوند. بعلاوه لبهای کوچک فرج پرخون شده و قطر کلیتوریس یا خروسه نیز در اثر پرخونی رگهای آن افزایش می‌یابد و همانند احلیل مردان نعوظ پیدا می‌کند. در طول این مرحله نوک پستانها به‌طور آشکار راست می‌شود و حجم آنها افزایش می‌یابد. همچنین در اثر انبساط مویرگهای پوستی نوعی برافروختگی جنسی^۱ یا گلگون شدن پوست در نواحی شکم، سینه و گردن رخ می‌دهد که با پیشرفت تحریک جنسی افزایش می‌یابد.

طول مدت مرحله انگیختگی در افراد مختلف و بسته به کیفیت تحریک جنسی و موقعیتی که در آن تحریک جنسی صورت می‌گیرد متفاوت است، به‌طوری که دامنه‌ای میان کمتر از یک دقیقه

تا چند ساعت را دربر می‌گیرد. این دامنه بستگی به مدت زمانی دارد که همسران قبل از آمیزش به مغازله و نوازش یکدیگر می‌پردازند. برای اغلب افراد بوسیدن، لمس کردن، در آغوش کشیدن و فشردن یکدیگر بخش اساسی لذت از آمیزش را تشکیل می‌دهد و بسیاری از زنان رسیدن به اوج لذت جنسی را بدون آنکه چنین تحریکهایی را دریافت کنند غیرممکن می‌دانند. در دسته‌ای از پژوهشها، اغلب زنان گزارش کرده‌اند که رفتار مغازله یا عشق‌بازی قبل از آمیزش باید دست کم ۱۵ تا ۲۰ دقیقه به طول بیانجامد تا آنها آمادگی آمیزش را بیابند و از آن لذت ببرند. اگرچه مردان نیز از چنین مقولاتی لذت می‌برند، اما بیشترین انگیزتگی جنسی در آنان بر اثر تحریک حشفه یا نوک احلیل ایجاد می‌شود و وجود مغازله قبل از آمیزش نقش چندانی در توانایی آنها برای رسیدن به اوج لذت جنسی ایفا نمی‌کند.

ب - مرحله فلات

در این مرحله رگهای ثلث خارجی دیواره مهبل پرخون‌تر و مجرای مهبل تقریباً به میزان ۳۰ درصد یا بیشتر تنگ می‌شود. این حالت واکنشی را پدید می‌آورد که مسترز و جانسون آن را سکوی اوج لذت جنسی^۱ نامیده‌اند. در صورت آمیزش در این مرحله سطح تماس احلیل مرد با دیواره مهبل بیشتر می‌شود و مهبل زن

1- orgasmic platform

احلیل را به خوبی دربر می گیرد. بعلاوه سرعت بیزندگی مهبل در این مرحله نسبت به مرحله انگیختگی کاهش می یابد.

در مرحله فلات افزایش حجم کلیتوریس بیشتر می شود به طوری که کاملاً به داخل غلاف خود می خزد و مشاهده آن تا پایان مرحله اوج لذت جنسی ناممکن می گردد. ضخامت لبهای کوچک فرج بیشتر می شود و در نتیجه لبهای بزرگ را بیشتر از هم دور می کند و از این راه دسترسی به دهانه مهبل آسان تر می گردد. تنفس سریع تر می شود و ضربان قلب و فشار خون بالا می رود (تعداد ضربان قلب تقریباً به ۱۰۰ تا ۱۷۵ بار در دقیقه می رسد و فشار خون سیستولی ۶۰-۲۰ و دیاستولی ۲۰-۱۰ میلی متر جیوه افزایش می یابد). با ادامه تحریک جنسی پستانها نیز برجسته تر شده و در اثر بالا آمدگی کل بافت پستان، نعوظ نوک پستان ناپدید می شود. همچنین گلگون شدن پوست بیشتر شده و به روی رانها، ناحیه پشت کفل و حتی صورت نیز گسترش می یابد. بعلاوه در اواخر این مرحله تنش ماهیچه ای در سرتاسر بدن بیشتر می شود. دسته ای از زنان مورد بررسی عنوان کرده اند که هر چه مرحله فلات بیشتر به طول بیانجامد، لذت حاصل از تجربه اوج لذت جنسی بیشتر می شود.

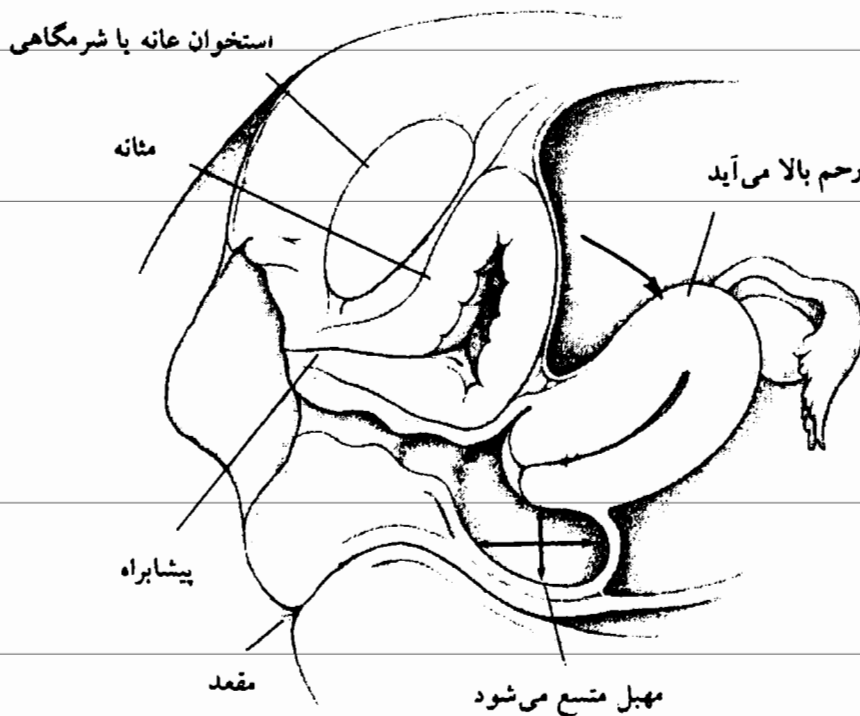
ج - مرحله اوج لذت جنسی

وقتی تحریک جنسی بسیار شدید می شود، مرکزهای بازتاب جنسی نخاع مجموعه کاملاً تازه ای از پیامهای عصبی را به

اندامهای تناسلی می‌فرستند در این مرحله نیز به دلیل افزایش جریان خون در ناحیه فوقانی کمر و به وسیله اعصاب سمپاتی یک انقباض منظم ماهیچه‌های رحم، ثلث خارجی مهبل و ماهیچه حلقوی یا اسفتر مقعد می‌شود (شکل ۴-۱ را ببینید). در آغاز رسیدن به اوج لذت جنسی، این انقباضها بویژه در ثلث خارجی مهبل، شدید و با فاصله زمانی نزدیک به هم (تقریباً ۰.۸ ثانیه) است. با تداوم اوج لذت جنسی، شدت و مدت انقباضها کاهش یافته و فواصل میان آنها نامنظم می‌شود. یک تجربه اوج لذت جنسی خفیف ممکن است فقط با ۳ تا ۵ انقباض ماهیچه‌ای در بخشهای مذکور همراه باشد، در حالی که تجربه شدید اوج لذت جنسی می‌تواند ۱۰ تا ۱۵ انقباض را موجب شود.

در این مرحله، متناسب با شدت تجربه اوج لذت جنسی، تعداد تنفس ممکن است به ۴۰ بار در دقیقه برسد. در همین زمان، ضربان قلب و میزان فشار خون نیز از مرحله پیش بالاتر رفته و به بیشترین حد می‌رسد (تعداد ضربان قلب تقریباً به ۱۰۰ تا ۱۸۰ بار در دقیقه می‌رسد و فشار خون سیستولی و دیاستولی نیز به ترتیب ۸۰-۳۰ و ۴۰-۲۰ میلی‌متر جیوه افزایش می‌یابد).

مرحله اوج لذت جنسی به رغم کوتاه بودنش (تقریباً چند ثانیه، که البته در زنان به طور قابل توجهی طولانی‌تر از مردان است) لذت بخش‌ترین مرحله از چرخه پاسخ جنسی است. زنان اغلب تجربه اوج لذت جنسی را این‌گونه توصیف می‌کنند که انگاری در فضا



شکل ۱-۴: انقباضهای ماهیچه‌ای به هنگام اوج لذت جنسی
در این تصویر زن به پشت خوابیده است.

معلق می‌شوند و سپس به سرعت یک احساس لذت شدید سراسر وجودشان را فرا می‌گیرد. درست مانند این که گردبادی آنها را از زمین بلند کرده و به آسمان می‌برد! این احساس لذت از کلیتوریس شروع شده و یکباره به سراسر لگن گسترش می‌یابد.

همان‌طور که در مباحث قبل اشاره کردیم، زنان معمولاً در این مرحله انزال ندارند اما محدودی از زنان هستند که در این مرحله

جهش مایع را گزارش می‌کنند که به عقیده برخی از پژوهشگران، علت این رخداد تحریک نقطه G به هنگام آمیزش یا تحریک جنسی است. اگرچه برخی دیگر از محققان معتقدند که این پدیده نوعی بی‌اختیاری ادرار است که به لحاظ فشار هنگام آمیزش بر مثانه و مجرای ادراری روی می‌دهد. اما آزمایشهای گرافنبرگ نشان داده است که ترکیب شیمیایی این مایع ادرار نیست، بنابراین فهم و توضیح این پدیده نیازمند پژوهش و مطالعات بیشتری است.

زنان برخلاف مردان می‌توانند بدون وقفه در تحریک‌پذیری جنسی، بارها به اوج لذت جنسی برسند. بعلاوه آنان می‌توانند در یک چرخه پاسخ جنسی، پس از رسیدن به مرحله اوج لذت جنسی دوباره به مرحله فلات بازگردند و به طور مکرر اوج لذت جنسی را تجربه کنند. تجربه‌های مکرر اوج لذت جنسی، به تحریک جنسی مؤثر و مداوم، وجود میل جنسی و تجربه‌های جنسی قبلی بستگی دارد. برخی از زنان هیچگاه تجربه اوجهای لذت جنسی متعدد را نداشته‌اند ولی اندکی از زنان در معدودی از تجارب جنسی خود، اوج لذت جنسی متعدد را به طور مکرر تجربه می‌کنند که این قبیل زنان را *چند اوجی*^۱ می‌نامیم. به طور کلی یک زن بالغ، سالم و با تجربه جنسی کافی می‌تواند در ۲۴ ساعت تقریباً ۳۰ بار به اوج لذت جنسی برسد.

د - مرحله فرونشینی

در طول مرحله فرونشینی، اندامهای تناسلی به حالت قبل از مرحله انگیختگی بازمی‌گردند. در طول این مرحله، سکوی اوج لذت جنسی ناپدید شده و از حجم خون رگهای مهبل کاسته می‌شود. رحم به عقب و جایگاه آغازین خود بازمی‌گردد، لبهای بزرگ و کوچک نازک شده و به هم نزدیک می‌شوند و مهبل از نظر طول و پهنا شروع به کوتاه شدن کرده و به وضعیت قبل از انگیختگی بازمی‌گردد. در این مرحله نعوظ یا راست‌شدگی کلیتوریس از بین می‌رود و دوباره از غلاف خود بیرون می‌آید. اندازه و نوک پستان به حالت طبیعی بازمی‌گردد و گلگونی یا برافروختگی پوست ناپدید می‌شود. بعلاوه سرعت تنفس، ضربان قلب و فشار خون به سطح قبل از تحریک جنسی بازمی‌گردد و با پدیدار شدن یک احساس رخوت و آرامش کلی همه ماهیچه‌های بدن شل و آرمیده می‌شوند. همچنین در ۳۰ تا ۴۰ درصد از زنان واکنش تعریق گزارش شده است.

در مرحله فرونشینی یا بلافاصله پس از رسیدن به اوج لذت جنسی، تحریک کلیتوریس، نوک پستانها و مهبل ممکن است ناخوشایند یا آزاردهنده باشد که البته در صورت وجود میل جنسی یا فراهم بودن تحریک جنسی مؤثر این مرحله می‌تواند مقدمه‌ای برای شروع مرحله انگیختگی بعدی باشد.

جدول ۱-۴: واکنش‌های بدنی زنان در چرخه پاسخ جنسی

انگیختگی

- آغاز لیزش‌دگی مهبل
- بلندتر و متورم شدن $\frac{2}{3}$ بخش داخلی مهبل
- پرخونی دیواره‌های مهبل
- افزایش قطر و نعوظ کلیتوریس یا خروسه
- پرخونی لبهای کوچک یا داخلی فرج
- پهن شدن لبهای بزرگ یا بیرونی فرج و دور شدن آنها از یکدیگر

- راست‌شدگی نوک پستانها
- افزایش حجم پستانها
- برافروختگی یا گلگونی جنسی
- افزایش تنش ماهیچه‌ای

فلات

- افزایش پرخونی ثلث خارجی دیواره‌های مهبل و لبهای کوچک فرج و پدیدار شدن سکوی اوج لذت جنسی
- به داخل کشیده شدن کلیتوریس یا خروسه و پنهان شدن آن زیر غلاف خروسه
- افزایش پرخونی نوک پستانها
- گسترش گلگونی جنسی به نواحی شکم، رانها و پشت

- افزایش چشمگیر ضربان قلب، میزان تنفس و فشار خون
- افزایش تنش ماهیچه‌ای

اوج لذت جنسی

- آغاز انقباضهای شدید ماهیچه‌ای در ثلث خارجی دیواره‌های مهبل
- نخستین انقباضها ۲ تا ۴ ثانیه و انقباضهای بعدی ۳ تا ۱۵ ثانیه به طول می‌انجامند، فاصله زمانی میان انقباضها ۸/۰ ثانیه است.

- اتساع اندک $\frac{2}{3}$ بخش داخلی مهبل

- انقباض مثانه

- بیشترین میزان افروختگی و گلگونی جنسی و گسترش آن
- انقباضهای ماهیچه‌ای شدید و مکرر در بخشهایی از بدن
- افزایش بیشتر ضربان قلب، میزان تنفس و فشار خون نسبت به مرحله فلات
- آواگری^۱ (در برخی از موارد)

فرونشینی

- بازگشت سریع خون از ثلث خارجی دیواره‌های مهبل
- کاهش تدریجی تورم و اندازه مهبل

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

- بازگشت لبهای کوچک فرج به اندازه قبل از تحریک
- نزدیک شدن لبهای بزرگ فرج به یکدیگر و پوشاندن دهانه مهبل
- بیرون آمدن کلیتوریس از غلاف خود و برگشت آن به حالت قبل از تحریک
- ناپدید شدن گلگونی پوست به ترتیبی که قبلاً ظاهر شده بود.
- کاهش تدریجی اندازه نوک و حجم پستانها
- بازگشت آهنگ تنفس، ضربان قلب و فشار خون به سطح پایه یا طبیعی
- واکنش تعریق در ۳۰ تا ۴۰ درصد از زنان
- آرامش و رخوت کلی ماهیچه‌ها

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

در سنین یائسگی، کاهش استروژن یکی از مهمترین رخدادهایی است که بر چرخه پاسخ جنسی و بویژه تغییرات جسمانی زنان تأثیر می‌گذارد. علایم یائسگی معمولاً هنگامی آغاز می‌شوند که زن در اوایل یا اواسط دهه پنجم زندگی خود به سر می‌برد و با تغییر در طول دوره‌های قاعدگی و میزان خونریزی مشخص می‌شود. آخرین دوره‌های قاعدگی معمولاً در پیرامون ۵۰ سالگی رخ می‌دهد. البته لازم به ذکر است که میل جنسی، میزان پاسخدهی جنسی و تجربه اوج لذت جنسی وابسته به ترشح

استروژن نبوده و در صورت تندرست بودن، در سراسر طول زندگی یک زن به خوبی تجربه می‌شوند.

برخی از زنان پس از رخداد یائسگی افزایش میل جنسی را نشان می‌دهند که ممکن است ناشی از تأثیر هورمونهای آندروژنی یا مردانه فوق کلیه باشد؛ زیرا در این دوران به دلیل کاهش ترشح استروژن، تأثیر هورمونهای مردانه به اندازه دوره‌های قبل از یائسگی خنثی نمی‌شود. کاهش میزان ترشح استروژن تغییرات جسمانی فراوانی را موجب می‌شود که از نظر چرخه پاسخ جنسی متداولترین آنها کاهش لیزش‌دگی مهبل به هنگام تحریک جنسی و در نتیجه دردناک شدن آمیزش جنسی برای زنان یائسه است. کاهش ترشح استروژن موجب نازک شدن مخاط مهبل و کمخونی رگهای این ناحیه شده که در نتیجه ترشحات مهبل را نیز کاهش می‌دهد. بعلاوه ترشح غدد بارتولن که به لیزش‌دگی مهبل کمک می‌کند نیز پس از یائسگی کاهش یافته و یا به طور کلی از بین می‌رود.

در زنان بالای ۶۰ سال، لیزش‌دگی مهبل تقریباً ۱ تا ۳ دقیقه پس از تحریک جنسی رخ می‌دهد، در حالی که در زنان جوان‌تر این مدت ۱۰ تا ۳۰ ثانیه طول می‌کشد. با وجود این، زنانی که پس از بلوغ و در طول دوران قبل از یائسگی آمیزش جنسی مرتب و مکرر داشته‌اند، ممکن است به رغم تحلیل رفتگی بافت مهبل و تغییرات ناشی از کاهش استروژن در دوران یائسگی، مهبلشان در اثر تحریک جنسی لیزش‌دگی بیشتر و سریع‌تری داشته باشد. از سوی

دیگر، با افزایش سن و در اثر پرهیز از آمیزش، طول مهبل کوتاه‌تر می‌شود، سرعت و میزان اتساع داخل مهبل افت می‌کند و در نتیجه سکوی اوج لذت جنسی کاهش می‌یابد. پس از دهه ۵۰ سالگی، یاسخ نعوظ یا راست‌شدگی نوک پستانها در اثر تحریک و انگیختگی جنسی همچنان آشکار است اما افزایش اندازه پستانها به تدریج کاهش می‌یابد و پس از دهه ۶۰ سالگی این افزایش اندازه دیگر قابل مشاهده نیست. بعلاوه در این سن، انقباضهای مهبل به هنگام اوج لذت جنسی کاهش می‌یابد و در برخی از موارد این انقباضها ممکن است با اسپاسم یا گرفتگیهای دردناک رحمی همراه باشد. اما باید یادآور شد که پیری و سالمندی در زنان الزاماً به معنی ناتوانی برای تجربه اوج لذت جنسی یا کاهش توانایی آنها برای تجربه اوجهای مکرر لذت جنسی نیست.

همان‌طور که در مباحث قبل یادآور شدیم، یائسگی در بعضی از زنان موجب تشدید امیال و پاسخهای جنسی می‌شود. شاید یکی از دلایل چنین افزایشی در میل جنسی، بی‌مورد بودن ترس از حاملگی در این دوران باشد. اغلب پژوهشگران مسایل جنسی معتقدند که با افزایش سن، بازداریهای جنسی در زنان کاهش می‌یابد و به لحاظ برخورداری از تجارب جنسی بیشتر، کیفیت لذت بردن از آمیزش جنسی در زنان مسن‌تر افزایش می‌یابد. پژوهشها بیانگر آنند که بخش بزرگی از آثار یائسگی بر کارکرد جنسی زنان، به نگرش آنها به رخداد یائسگی بستگی دارد. برخی از زنان پس از یائسگی به زندگی جنسی بیشتر علاقمند می‌شوند و

برخی دیگر شروع این دوره را پایانی برای زندگی جنسی خود قلمداد می‌کنند که البته باوری کاملاً نادرست و غیرمنطقی است.

جدول ۲-۴: تغییرات پاسخ جنسی زنان بر حسب سن

اندامها	زنان جوان	زنان مسن
پستانها	- نعوظ نوک پستانها - افزایش اندازه - گلگون شدن قبل از اوج لذت جنسی	- نعوظ نوک پستانها - کاهش شدت واکنشها
گلگونی جنسی	- گلگون شدن پوست هنگام تحریک جنسی	- کاهش شدت واکنش و گلگون شدن
وضعیت ماهیچه‌ای	- افزایش تنش ماهیچه‌ای	- کاهش پاسخ
دستگاه ادراری	- کاهش اتساع مجرای ادرار هنگام اوج لذت جنسی	- باز شدن مجرا هنگام اوج لذت جنسی با تحریک جنسی شدید و مکرر
راست روده	- انقباض اسفنکتر مقعد هنگام اوج لذت جنسی	- کاهش فراوانی انقباضها
کلیتوریس یا خروسه	- حساسیت زیاد	- حساسیت زیاد
لبهای بزرگ فرج	- پهن شدن و دور شدن از هم در اثر انگیختگی جنسی	- کاهش پاسخ
لبهای کوچک فرج	- کلفت و ضخیم شدن و تغییر رنگ از قرمز به بنفش درست قبل از رسیدن به اوج لذت جنسی	- کاهش ضخامت و افت تغییر رنگ
غدد بارتولن	- ترشح ماده‌ایزکننده به هنگام انگیختگی جنسی و کاهش ترشح قبل از رسیدن به اوج لذت جنسی	- کاهش پاسخدهی و ترشح هنگام انگیختگی جنسی

اندامها	زنان جوان	زنان مسن
مهبل	<p>- افزایش مخطط شدن بافت دیواره هنگام تحریک جنسی.</p> <p>- تغییر رنگ دیواره از قرمز به بنفش در اثر افزایش انگیختگی جنسی و رسیدن به مرحله فلات</p> <p>- آغاز ترشحات لیزکننده به فاصله ۱۰ تا ۳۰ ثانیه پس از انگیختگی جنسی</p> <p>- پرخون شدن به هنگام رسیدن به مرحله فلات و تنگ شدن</p> <p>- انقباضهای ماهیچه‌های ثلث خارجی مهبل به هنگام اوج لذت جنسی</p> <p>- برگشت کند از حالت پرخونی به حالت عدم انگیختگی</p>	<p>- دیواره نازک و غیرمخطط هنگام تحریک جنسی</p> <p>- دیواره مهبل به هنگام انگیختگی جنسی و حتی رسیدن به فلات صورتی رنگ است.</p> <p>- کوتاه شدن طول مهبل</p> <p>- آغاز ترشحات لیزکننده به فاصله ۱ تا ۳ دقیقه و یا بیشتر پس از انگیختگی جنسی</p> <p>- کاهش پرخونی اما باقی ماندن حالت تنگی</p> <p>- کاهش تعداد انقباضها</p> <p>- برگشت سریع</p>
زهدان یا رحم	- انقباضهای ماهیچه‌ای هنگام اوج لذت جنسی	- کاهش تعداد انقباضها

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 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.

از اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، با کنار گذاشته شدن

خرافات از حوزه علوم و بویژه پزشکی، دانشمندان و قشر فهم 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 درباره 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 نیمه دوم قرن بیستم به بعد، آگاهی جوامع غربی و کشورهای رو به رشد نسبت به رفتار جنسی بهنجار و اختلالات مربوط به آن به تدریج افزایش یافت. یافته‌های دانشمندانی چون آلفرد کینزی^۲ و مسترز و جانسون در زمینه 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

1- Henry Havelock Ellis (1859 - 1939)

2- Alfred. C. Kinsey

از این رو ابراز نیازهای جنسی با پذیرش بیشتری از سوی جوامع روبه‌رو شد.

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 بهنجار^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 به ندرت در طول عمر جنسی فرد، تولید مثل هدف اولیه فعالیت جنسی است. هر دو عمل فوق حایز اهمیت است. یکی به دنبال لذت بی‌همتایی که شخص از شریک جنسی خود می‌برد و به او می‌دهد؛ دیگری به دنبال برآورده ساختن هدف بسیار مطلوب خانوادگی و به مفهوم دیگری، 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 - عادی به طوری که در اغلب نوشته‌های مذهبی و اخلاقی آمده، رابطه‌ای است که هدف آن معنویت و نزدیکی^۱ احلیلی - مهیلی 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 احلیلی - مهیلی) در همه حیوانات که میل به بقاء دارند، بارزتر است. با وجود این، محتاطانه‌تر آن است که بگوییم افراد بهنجار از انواع زیادی از فعالیت‌های جسمی 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

1- sexual dysfunctions

2- paraphilias

3- gender identity disorder

طبقه‌بندی می‌شوند عبارتند از:

- ۱- اختلالات میل جنسی^۱
- ۲- اختلالات انگیزش جنسی^۲
- ۳- اختلالات اوج لذت جنسی^۳
- ۴- اختلالات درد جنسی^۴
- ۵- کژکاری جنسی ناشی از یک بیماری جسمانی
- ۶- کژکاری جنسی ناشی از مصرف مواد^۵

ب- انحرافهای جنسی

انحرافهای جنسی دسته‌ای از اختلالات 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. جالب

1- sexual desire disorders

2- sexual arousal disorders

3- orgasmic disorders

4- sexual pain disorders

5- substance - induced sexual dysfunction

توجه است که اغلب مبتلایان به انحرافهای جنسی را مردان تشکیل می‌دهند و بیشتر انواع انحرافهای جنسی تقریباً هرگز در زنان تشخیص داده نمی‌شوند. از این‌رو علاقمندان به مطالعه کامل این مبحث می‌توانند به کتاب «زندگی جنسی مردان» که از سوی همین ناشر به چاپ رسیده است، مراجعه کنند.

برخی از مهمترین انحرافهای جنسی عبارتند از:

- ۱- عورت‌نمایی^۱
- ۲- بچه‌بازی^۲
- ۳- مالش دوستی^۳
- ۴- آزارخواهی جنسی^۴
- ۵- آزارگری جنسی^۵
- ۶- یادگارپرستی^۶
- ۷- تماشاگری جنسی^۷
- ۸- یادگارپرستی همراه با مبدل‌پوشی جنسی^۸
- ۹- حیوان‌خواهی^۹
- ۱۰- مرده‌خواهی^{۱۰}
- ۱۱- هرزه‌گویی تلفنی^{۱۱}

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.

1- exhibitionism

2- voyeurism

3- pedophilia

4- transvestic fetishism

5- frotteurism

6- zoophilia

7- sexual masochism

8- necrophilia

9- sexual sadism

10- telephone scatologia

11- fetishism

کودکان تقریباً در سن دو سالگی، مذکر یا مؤنث بودن را از هم تشخیص می‌دهند و بین ۲ تا ۳ سالگی می‌توانند به 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 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 این رو، در این کتاب سعی عمده نویسندگان آن است که علت‌شناسی و درمان انواع اختلالات جنسی زنان را با تأکید بر دیدگاه‌های روانشناختی مورد بحث قرار دهند. 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 زنان 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 درباره اختلالات جنسی، از مشاوره و تبادل نظر با متخصصان رشته‌های گوناگون پزشکی و روان‌شناسی کوتاهی نکنند.

هر که بی‌مشورت کند تدبیر غالبش بر هدف نیاید تیر

فصل ۶

کژکاریهای جنسی زنان

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 آمیزش با مردان هیچگاه میلی در خود احساس نکرده‌ام»، از نوعی کژکاری جنسی مزمن رنج می‌برد. از سوی دیگر در برخی از افراد ابتلا به این اختلال پس از دوره‌ای از فعالیت

1- life long or chronic

طبیعی جنسی آغاز شده است که این نوع کژکاری جنسی را نوع اکتسابی^۱ می‌نامند. برای مثال، یک خانم ۳۲ ساله متأهل می‌گفت: «سه سال است که ازدواج کرده‌ام و یک فرزند دارم ولی در این یک سال اخیر هر وقت می‌خواهم با همسرم نزدیکی کنم، مه‌بلم لیز نمی‌شود و آمیزش برایم بسیار دردناک شده است». 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 فراگیر یا تعمیم یافته، فعالیت جنسی فرد در هر موقعیتی، با مشکل روبرو است. برای مثال، زنی که دچار سرد مزاجی یا اختلال اوج لذت جنسی از نوع تعمیم یافته است، در هر موقعیتی و با هر مردی نمی‌تواند به اوج لذت جنسی برسد، اما در کژکاریهای جنسی موقعیتی، فعالیت جنسی فرد فقط در برخی از موقعیتهای و شرایط خاص دستخوش اختلال می‌شود. برای مثال، زنی که دچار سرد مزاجی از نوع موقعیتی است، گزارش می‌کند که فقط هنگام نزدیکی با شوهرش چنین مشکلی دارد اما در صورت استمناء و خودانگیزی می‌تواند هر قدر که می‌خواهد به اوج لذت جنسی برسد.

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 اخیر هنگامی رخ می‌دهد که شواهدی دال بر وجود برخی از بیماریهای رگی^۱ (عروقی)، هورمونی یا کالبدشناختی^۲ در دست باشد.

قبل از شرح و توضیح انواع کژکاريهای جنسي زنان، 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

تحصیل کرده و به گفته خود خوشبخت مورد بررسی قرار گرفتند. بیش از ۸۰ درصد زوجهای مورد بحث گزارش دادند که روابط زناشویی و جنسی رضایت بخش و مناسبی دارند. با وجود این ۴۰ درصد مردان گزارش کردند که دچار مشکلات نعوظی یا انزال هستند، و بیش از ۶۰ درصد زنان وجود مشکلات انگیختگی یا اوج لذت جنسی را گزارش دادند.

جدول ۱ - ۶: طبقه‌های کژکاري جنسي در مردان و زنان

نوع اختلال		کژکاري جنسي	
		مردان	زنان
ميل جنسي	اختلال ميل جنسي اندک يا کم کار	(براي فعاليت جنسي ميل اندکي وجود دارد يا اصلاً ميلي وجود ندارد).	اختلال ميل جنسي اندک يا کم کار (براي فعاليت جنسي ميل اندکي وجود دارد يا اصلاً ميلي وجود ندارد).
	اختلال بيزاري جنسي	(بيزاري از انجام فعاليت جنسي و پرهيز از آن)	اختلال بيزاري جنسي (بيزاري از انجام فعاليت جنسي و پرهيز از آن)
انگيختگي جنسي	اختلال نعوظي در مرد (مشکل در ايجاد نعوظ يا حفظ آن)	اختلال انگيختگي جنسي در زن (مشکل در ايجاد پاسخ ليزشديگي مهبل يا تورم فرج و يا حفظ اين پاسخ)	اختلال انگيختگي جنسي در زن (مشکل در ايجاد پاسخ ليزشديگي مهبل يا تورم فرج و يا حفظ اين پاسخ)
	اختلال اوج لذت جنسي در مرد (انزال زودرس)	اختلال اوج لذت جنسي در زن (اختلال اوج لذت جنسي در زن)	اختلال اوج لذت جنسي در زن (اختلال اوج لذت جنسي در زن)
درد جنسي	مقاربت دردناک	مقاربت دردناک	مقاربت دردناک
	(فعاليت جنسي همراه با درد)	(فعاليت جنسي همراه با درد)	(فعاليت جنسي همراه با درد)
		واژينيسم (رخداد انقباضهاي ماهيچه‌اي در مهبل که دخول احليل به مهبل را مشکل مي‌سازد)	واژينيسم (رخداد انقباضهاي ماهيچه‌اي در مهبل که دخول احليل به مهبل را مشکل مي‌سازد)

با توجه به موارد ذکر شده، قصد داریم تا در این فصل به توصیف و تشریح شایعترین کژکاریهای جنسی زنان پردازیم 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 نمی‌کنند و یا چنانچه نشانه‌ای از میل به فعالیت جنسی از سوی شریک جنسی خود احساس کنند با اکراه آن را می‌پذیرند. به طور کلی این قبیل افراد 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

1- hypoactive sexual desire disorder

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 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 یا آنکه پیامد پریشانی هیجانی ناشی از اختلال در انگیختگی یا اوج لذت جنسی باشد. برای مثال، چنانچه زنی به رغم میل جنسی زیاد ناتوان از

تجربه اوج لذت جنسی و برای مدتی قابل توجه دچار این مشکل باشد، به تدریج میل جنسی در او کم شده و رغبت به فعالیت جنسی را از دست خواهد داد. با این حال، برخی از مبتلایان به اختلال میل جنسی اندک، می‌توانند در واکنش به تحریک جنسی انگیزختگی کافی و تجربه اوج لذت جنسی را تجربه کنند. برخی از بیماری‌های جسمانی ممکن است به دلیل ضعف، درد، نگرانی درباره زنده ماندن یا نگرانی که درباره شکل و هیکل در فرد ایجاد می‌کنند، اثرات نامطلوب و نامشخصی روی میل جنسی داشته باشند. همچنین، اختلال‌های افسردگی اغلب با میل جنسی اندک همراهند و آغاز افسردگی ممکن است مقدم بر این اختلال، همزمان با آن یا پیامد کمبود میل جنسی باشد. بعلاوه، مبتلایان به اختلال میل جنسی کم‌کار ممکن است مشکلاتی در برقراری روابط جنسی پایدار و نارضایتی و گسیختگی روابط زناشویی داشته باشند.

سن شروع این اختلال، چنانچه از نوع اولیه یا مادم‌العمر باشد، همزمان با بلوغ جنسی است. اما در بیشتر موارد، این اختلال در دوران بزرگسالی، پس از یک دوره برخورداری از میل جنسی کافی و به دنبال پریشانی‌های روانی، رویدادهای تنش‌زای زندگی یا مشکلات بین فردی روی می‌دهد. از دست دادن میل جنسی بسته به عوامل روانی - اجتماعی یا ارتباطی، ممکن است همیشگی یا 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 جنسي 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 ظاهري ارتباطها نیز، بهبودی در میل جنسي نسبت به همسر رخ ندهد.

در آمریکا، تا قبل از سالهای ۱۹۸۰، مشکلات مربوط به میل جنسي 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 ظاهري در زندگی، مسایل خود را بهتر تشخیص داده و به درمانگران و درمانگاه‌های تخصصی مشکلات جنسي مراجعه می‌کنند. برآوردهای انجام شده از مبتلایان به این اختلال بیانگر آن است که تقریباً بیش از ۵۰٪ از مراجعان درمانگاه‌های مشکلات جنسي، دچار میل جنسي 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 جنسي 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 جنسي 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 کتایون

کتایون یک زن ۳۱ ساله متأهل و مدیر فروش یک شرکت معتبر است که در کار خود بسیار موفق و تواناست. شوهر او ۳۲ سال دارد و وکیل دادگستری است. آنان دو فرزند ۲ و ۵ ساله دارند و مدت ۸ سال است که ازدواج کرده‌اند. مشکل کتایون در زمان مراجعه به روان‌شناس فقدان میل جنسی بود. روان‌شناس ضمن مصاحبه جداگانه با کتایون و همسرش دریافت که هر دوی آنها به یکدیگر علاقه دارند و نسبت به یکدیگر عشق می‌ورزند.

کتایون به روان‌شناس گفت که چنانچه به آمیزش تن دهد و مشغول عشق‌بازی با همسرش شود از آمیزش لذت می‌برد و تقریباً همیشه به اوج لذت جنسی می‌رسد. اما مشکل اصلی او این بود که نسبت به آغاز این رابطه و شروع عشق‌بازی میلی ندارد. او می‌گفت که از قبول تقاضاهای جنسی همسرش خودداری می‌کند و اغلب نسبت به ابراز عواطف و احساسات همسرش دو دل است و معمولاً به این عواطف و احساسات با خشم و گریه پاسخ می‌دهد.

کتایون در یک خانواده مرفه و تحصیل‌کرده پرورش یافته بود و حمایت و عشق قابل توجهی را از سوی والدین و اعضای خانواده

خویش دریافت می‌کرد. اما از سنين ۶ تا ۱۲ سالگی به کرات توسط پسر عمویش که ۵ سال از او بزرگتر بود اغفال شده و به برقراری رابطه جنسي با وی مجبور شده بود. این روابط همیشه از سوی پسر عمویش آغاز می‌شد و کتابون همواره در برابر آن مقاومت می‌کرد. اما مقاومتی بی‌نتیجه!! او درباره این موضوع هیچ چیزی به والدینش نگفته بود چون معتقد بود که پسر عمویش برای راضی کردن او متوسل به زور بدنی نشده بود و اگر او را لو می‌داد دچار احساس گناه می‌شد.

روان‌شناس معتقد بود که ابراز احساسات شوهر کتابون موجب یادآوری خاطرات مربوط به سوء استفاده‌های پسر عموی کتابون از وی شده و همین افکار میل به رابطه جنسي را در او زایل می‌ساخت.

ب - اختلال بیزاری جنسي^۱

ویژگی اصلی اختلال بیزاری جنسي، بیزاری و اجتناب دایم از تماس جنسي تناسلی با یک شریک جنسي است. در این اختلال، وقتی فرد فرصت تماس جنسي با یک شریک جنسي را به دست می‌آورد دچار اضطراب، ترس، یا تنفر می‌شود به طوری 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 زن ممکن است به هیچوجه دوست نداشته باشد که پستانها یا آلت تناسلی اش را کسی لمس کند، در حالی که میل جنسی او به طور کلی و توانایی وی برای انجام یک آمیزش رضایت بخش، 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 لذت بخش 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 می دهند 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 مادام العمر و یا اکتسابی باشد. در نوع مادام العمر، 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 می دهد. همچنین، بیزاری نسبت به رابطه جنسی ممکن است محدود به یک

موقعيت خاص يا فراگير و تعميم يافته باشد. براي مثال، ممکن است فردي تنها در برخي از موقعيتها و شرايط زماني و مكاني و يا نسبت به برخي از محرک‌هاي جنسي بيزاري نشان دهد. اما در نوع فراگير اين اختلال، بيزاري جنسي نسبت به هر موقعيت و شرايطي که به نوعي با تحريك جنسي همراه است، بروز مي‌کند.

برخي از مبتلايان به اختلال بيزاري جنسي شديد، هنگام رويارويي با يك موقعيت جنسي ممکن است به اضطراب شديد، حالت ضعف، تهوع، تپش قلب، سرگيجه و مشكلات تنفسي دچار شوند. چنين افرادي ممکن است به بهانه‌هاي مختلف از قرار گرفتن در موقعيتهاي جنسي يا تنها ماندن با شريك جنسي اجتناب کنند. براي مثال، يك بيمار دچار بيزاري جنسي که از موقعيت شغلي و اجتماعي بسيار بالايي برخوردار بود، يکي از راه‌هاي اجتناب از قرار گرفتن در موقعيتهاي جنسي را استفاده نکردن از عطر و لباس‌هاي تميز عنوان مي‌کرد. وي مي‌گفت: «به‌رغم آنکه خودم هم از بوي بد عرق پيراهن‌هايم در عذاب هستم اما فکر مي‌کنم که چنانچه حالت ژولیده و بوگندويي داشته باشم هيچ کسي رغبت نمي‌کند که به من نزديک شود و اين حالت براي من بسيار اطمينان‌بخش است». از جمله راهبردهاي ديگري که مبتلايان به اين اختلال براي اجتناب از موقعيتهاي جنسي به‌کار مي‌برند مي‌توان به زود خوابيدن، مسافرت رفتن، مصرف مواد مخدر و غرق شدن در فعاليتهاي شغلي، اجتماعي يا خانوادگي اشاره کرد. پژوهش‌هاي جديد ارتباط نزديکي را ميان رخداد اين 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 سکته 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. کاپلان^۲ در یکی از گزارشهای خود عنوان کرده است که از ۱۰۶ بیمار دچار اختلال بیزاری جنسی که به درمانگاه او مراجعه کرده بودند، ۲۵ درصد همزمان به اختلال وحشتزدگی نیز دچار بودند. 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 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. لیلا 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 لیلا، سکنه قلبی و مردن هنگام مقاربت است.

اختلال انگیختگی جنسی^۱

اختلال انگیختگی جنسی در زن

ویژگی اصلی اختلال انگیختگی جنسی در زن ناتوانی همیشگی یا بازگشت‌کننده برای ایجاد یا حفظ واکنش مناسب لیز شدن مهبل و تورم فرج در پاسخ به تحریک جنسی تا تکمیل فعالیت جنسی است. به بیان دیگر، در این اختلال انگیختگی فیزیولوژیایی معمولی که به وسیله لیز شدن و انبساط و پرخونی مجرای مهبل و فرج مشخص می‌شود، دچار نارسایی و اشکال شده و ممکن است آمیزش جنسی را دردآور و ناخوشایند سازد. در اغلب موارد این اختلال به پریشانی یا بروز مشکلات بین فردی قابل ملاحظه منجر می‌شود که از آن جمله می‌توان به اجتناب کلی

از هرگونه روابط جنسی و اختلال در روابط زناشویی اشاره کرد. برخی از شواهد پژوهشی بیانگر آنند که اختلال انگیختگی جنسی در زن اغلب با اختلالهای میل جنسی و اختلال اوج لذت جنسی همراه است. زنانی که از اختلال انگیختگی جنسی رنج می‌برند ممکن است احساس ذهنی انگیختگی جنسی اندکی را گزارش کنند و یا هرگونه احساس انگیختگی جنسی را انکار نمایند. 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 اختلال انگیختگی جنسی ممکن است کامل (یعنی شخص نتواند در هیچ موقعیتی به انگیختگی جنسی دست یابد یا آن را نگه دارد) یا موقعیتی (یعنی انگیختگی جنسی، لیز شدن مهبل و تورم فرج در موقعیتهای ویژه مانند استمناء روی دهد ولی در موقعیتهای دیگر ظاهر نشود) باشد.

برآورد شیوع اختلال انگیختگی جنسی در زنان تا اندازه‌ای دشوار است زیرا برخی از زنان به رغم داشتن مشکلات انگیختگی جنسی آن را عامل مهمی قلمداد نمی‌کنند، که البته شاید بتوان علت چنین نادیده انگاری را به نقش نه چندان فعال زنان هنگام آمیزش جنسی مربوط دانست؛ زیرا چنانچه این اختلال در مردان بروز کند به علت ناتوانی نعوظ و در نتیجه مختل شدن کامل کارکرد جنسی، مراجعه به متخصصان را اجتناب‌ناپذیر ساخته و این مراجعات خود پایه‌ای برای برآورد درست‌تر این قبیل کژکاریها خواهد بود. با

وجود این، برآوردهای گوناگون شیوع این اختلال در زنان را ۱۱ تا ۴۸ درصد جمعیت کلی ذکر کرده‌اند که خود گویای شیوع قابل توجه این اختلال است.

واکنش زنان به ناتوانی در انگیزختگی جنسی، با یکدیگر بسیار متفاوت است. برخی از زنان به این مشکل با اضطراب و تنش پاسخ می‌دهند و برخی دیگر چنین وضعیتی را به عنوان یک نقص اساسی و غیرقابل اجتناب می‌پذیرند که چنین پاسخی بیشتر بر نگرش فرهنگی این قبیل زنان به نقش جنسی زن در جامعه مبتنی است. همانطور که گفتیم در اغلب فرهنگها این مردان هستند که انتظار می‌رود در کارکرد جنسی نقش فعال را ایفا کنند و نه زنان؛ به عبارت دیگر با یک احلیل نرم و شل نمی‌توان آمیزش موفق داشته و این نارسایی پنهان کردنی نیست اما یک مهبل خشک و نامتورم را می‌توان به سادگی با یک ماده لیزکننده برای آمیزش آماده ساخت و برای مدتهای مدید چنین مشکلی را پنهان و یا انکار کرد!! اختلال انگیزختگی جنسی در زنان دارای شکلهای گوناگون است و در دوره‌های متفاوتی از زندگی رخ می‌دهد. سن شروع این اختلال نیز به طور قابل ملاحظه‌ای متغیر است. افراد معدودی که هرگز قادر به تجربه واکنشهای انگیزختگی جنسی با کیفیت مناسب برای تکمیل فعالیت جنسی با شریک جنسی نبوده‌اند معمولاً به اختلال انگیزختگی جنسی مزمن و مادام‌العمر دچارند. انواع اکتسابی این اختلال ممکن است پس از رفع مشکلات زیربنایی روانی یا جسمانی پدیدآورنده اختلال، بهبود یابند، اما نوع

موقعیتی این اختلال ممکن است تابع نوع شریک جنسی یا کیفیت رابطه میان زوجین باشد. این قبیل اختلالهای انگیزختگی اغلب دوره‌ای و عودکننده‌اند.

اختلال انگیزختگی جنسی در زنان را می‌توان به عوامل گوناگونی نسبت داد که از عوامل کاملاً روانشناختی تا عوامل کاملاً جسمانی متغیرند. عوامل جسمانی اساس بدنی داشته و بیماری‌های حاد و مزمن (مانند کاهش سطوح استروژن در دوره یائسگی یا پس از دوره یائسگی، التهاب تحلیل برنده مهبل، دیابت شیرین)، اعمال جراحی و درمانهای جسمانی (مانند پرتودرمانی^۱ لگن)، شیردهی^۲، داروهای تجویز شده (مانند کاهش لیزشدگی مهبل در اثر مصرف داروهای ضد فشار خون یا آنتی‌هیستامین) یا مواد غیرقانونی همچون حشیش را شامل می‌شود. به رغم تندرست بودن فرد، تغییرات فیزیولوژیایی وابسته به سن نیز موجب افت پاسخهای جنسی در زنان و مردان می‌شود. برای مثال، زنان مسن‌تر برای رسیدن به انگیزختگی و لیز شدن مهبل نیازمند مغازله و عشق‌بازی طولانی‌تر هستند و به طور 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

1- radiotherapy

2- lactation

رضایت‌بخش موجب بروز اختلال انگیختگی جنسی و عدم لیزشدگی مهبل می‌شوند. به بیان دیگر، به ندرت می‌توان فردی را یافت که از بدو شروع فعالیت جنسی دچار اختلال در انگیختگی جنسی بوده باشد. این اختلال 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 این اختلال می‌سازد می‌توان به اضطراب، افسردگی و رخدادهای تنش‌زای زندگی اشاره کرد.

بررسی احتمال وجود افسردگی در افراد دچار اختلال انگیختگی جنسی بسیار مهم است، زیرا بسیاری از افرادی که دچار افسردگی هستند، کاهش میل جنسی را گزارش می‌کنند. اگر شروع افسردگی همزمان با مرگ همسر، طلاق یا ناسازگاری‌های زناشویی باشد، بهتر است هر چه سریع‌تر برای مشاوره زناشویی یا روان درمانی 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 اختلال انگیختگی جنسی ناشی 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 انگیختگی جنسی منجر شود. تنفر از شریک جنسی، احساس‌های خشم‌آلود نسبت به همسر

و ترس از بیماریهای مقاربتی نیز ممکن است به اختلال در انگیختگی جنسی بیانجامد. اگر لیز نشدن مهبل گهگاهی بوده و فقط در ارتباط با همسر رخ دهد (ولی هنگام استمناء یا تصور داشتن رابطه جنسی با فرد دیگر مهبل به خوبی لیز و متورم شود) می توان 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 اختلال انگیختگی جنسی مادام العمر یا اولیه، اغلب دارای زمینه های مذهبی سخت گیرانه یا تمایلات جنسی سرکوب شده ای هستند که هیچگاه اجازه صحبت درباره مسایل جنسی یا سکس^۱ را به آنها نداده و موضوعهای جنسی را همیشه کثیف و گناه آلود معرفی کرده اند. همچنین بسیاری از گروه های فرهنگی و قومی ارزش زیادی را برای توانایی جنسی قایل هستند اما همزمان اطلاعات صحیحی را درباره عملکرد جنسی فراهم نمی آورند، این امر موجب کسب اطلاعات نادرست، توقعات غیرواقعی درباره عملکرد جنسی، احساس گناه و مهار توانایی های جنسی می شود.

لازم به توضیح است که اگر لیز نشدن و عدم تورم مهبل ناشی از نوعی تحریک جنسی باشد که از نظر کانون، شدت و مدت کافی

نیست، نمی‌توان تشخیص اختلال انگیختگی جنسی در زن را مطرح کرد زیرا همانطور که قبلاً گفتیم، زنان سالمند و یائسه احتمالاً برای رسیدن به انگیختگی جنسی کامل، نیازمند تحریک جنسی بیشتر یا طولانی‌تری هستند. بنابراین چنین تغییرات فیزیولوژیایی وابسته به سن را نباید به عنوان اختلال انگیختگی جنسی قلمداد کرد.

مورد جمیله

جمیله یک دختر ۲۳ ساله متأهل و دیپلمه است که به تازگی ازدواج کرده و همسر او یک راننده تاکسی است. علت مراجعه جمیله و شوهرش به روان‌شناس ناراحتی زیاد جمیله از درد هنگام آمیزش و دشوار بودن مقاربت برای او و همسرش به علت خشک بودن مهبل جمیله است. روان‌شناس در شرح حال مفصلی که از جمیله و شوهرش گرفت متوجه شد که همسر جمیله در اصل پسر عموی اوست. جمیله به روان‌شناس گفت: «من همسرم را خیلی دوست دارم ولی به هنگام آمیزش تصور این که با همبازی دوران کودکی خود و کسی که همیشه او را به چشم یک عضو خانواده نگاه کرده‌ام عشق‌بازی می‌کنم، دایم فکرم را مشغول می‌کند و احساس آزاردهنده‌ای را در من بیدار می‌کند که نمی‌گذارد به طور کامل از آمیزش لذت ببرم».

روان‌شناس به جمیله پیشنهاد کرد تا هنگام آمیزش از کرمهای

لیزکننده مهبل (مانند کرم KY^۱) استفاده کند و برای بحث دربارهٔ باورها و احساسات متعارضش نسبت به این رابطه در جلسات روان‌درمانی شرکت نماید.

اختلال اوج لذت جنسی^۲

اختلال اوج لذت جنسی در زن یا اوج لذت جنسی بازداری شده^۳ ویژگی اصلی این اختلال، تأخیر قابل توجه در رسیدن به اوج لذت جنسی پس از مرحلهٔ انگیزختگی جنسی است. به عبارت دیگر زنان دچار اختلال اوج لذت جنسی به دنبال مرحلهٔ انگیزختگی جنسی، رسیدن به اوج لذت جنسی را تجربه نمی‌کنند و یا رسیدن به اوج لذت جنسی در آنان با تأخیر قابل توجهی همراه است. البته لازم به ذکر است که زنان تغییرپذیری گسترده‌ای در نوع یا شدت تحریکی که به اوج لذت می‌انجامد، نشان می‌دهند، اما به طور معمول این تشخیص در مورد زنانی صدق می‌کند که به‌رغم داشتن تجربهٔ جنسی کافی و دریافت تحریک جنسی مؤثر و بسنده به هنگام آمیزش باز هم نمی‌توانند به گونه‌ای رضایت‌بخش وارد این مرحله از چرخهٔ پاسخ جنسی شوند. از این‌رو تشخیص این اختلال در صورتی تأیید می‌شود که توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی با توجه به سن، تجربهٔ جنسی و کافی بودن تحریک جنسی،

1- k-y jelly

2- orgasmic disorder

3- inhibited orgasm

کمتر از حد طبیعی یا معمول باشد.

زنان دچار این اختلال معمولاً در روابط بین فردی خود با همسر یا شریک جنسی‌شان دچار مشکل و پریشانی می‌شوند. شایع‌ترین شکایت این قبیل زنان، ناتوانی در رسیدن به اوج لذت جنسی با شوهر یا شریک جنسی‌شان است، در حالی که می‌توانند با استمناء یا خودانگیزی به اوج لذت جنسی برسند. این حالت ممکن است اولیه (مادام‌العمر) یا ثانوی (اکتسابی) باشد. در نوع اولیه این اختلال، شخص هیچگاه اوج لذت جنسی را تجربه نکرده است اما در نوع ثانوی شخص پس از یک دوره کارکرد جنسی بهنجار و تجارب قبلی اوج لذت جنسی دچار این اختلال شده است. همچنین گستره این اختلال ممکن است فراگیر و کلی و یا موقعیتی باشد. در نوع فراگیر و کلی شخص در هیچ موقعیتی اوج لذت جنسی را تجربه نمی‌کند. برای مثال یک زن ۳۵ ساله که می‌گوید تا به حال ۳ بار ازدواج کرده ولی با هیچ یک از شوهرانش به اوج لذت جنسی نرسیده است. در نوع موقعیتی این اختلال، تجربه اوج لذت جنسی در موقعیتهای خاص امکان‌پذیر است ولی در موقعیتهای دیگر ناممکن می‌گردد. برای مثال، یک زن ۲۴ ساله می‌گوید: «من هنگام آمیزش با همسرم هیچگاه به اوج لذت جنسی نمی‌رسم ولی وقتی در تنهایی خودانگیزی می‌کنم همیشه به اوج لذت جنسی می‌رسم».

اختلال اوج لذت جنسی بازداري شده در زنان یک اختلال تقریباً شایع است. در تعداد قابل توجهی از مطالعات

همه گیرشناسی^۱ این گونه برآورد شده است که تقریباً ۵ تا ۱۰ درصد از زنان جوامع غربی به نوعی از این اختلال رنج می‌برند. ذکر این نکته حایز اهمیت است که این میزان مربوط به زنانی است که هیچگاه و یا تقریباً هیچگاه اوج لذت جنسی را تجربه نکرده‌اند، اما به طور دقیقتر می‌توان گفت که فقط حدود ۵۰ درصد از زنان متأهل یا دارای شریک جنسی می‌توانند به هنگام آمیزش همیشه و به طور منظم به اوج لذت جنسی دست یابند. از آنجا که توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی در زنان همراه با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد، شیوع اختلال اوج لذت جنسی در زنان جوان‌تر بیشتر است. بعلاوه در اغلب موارد اختلال اوج لذت جنسی در زنان از نوع اولیه یا مادام‌العمر است، زیرا زمانی که یک زن نحوه رسیدن به اوج لذت جنسی را می‌آموزد، از دست دادن آن یک پدیده نادر است مگر آنکه ارتباط ضعیف جنسی، تعارض در روابط با همسر یا شریک جنسی، تجربه آسیب‌زا (مانند مورد تجاوز قرار گرفتن) یا اختلال خلقی (همچون افسردگی) وجود داشته باشد. وقتی کژکاری اوج لذت جنسی فقط در موقعیتهای معین و خاص روی دهد اغلب علاوه بر اختلال اوج لذت جنسی، مشکل مربوط به میل جنسی و انگیزتگی نیز وجود دارد. بسیاری از زنان به مرور که انواع گسترده‌ای از تحریک جنسی را تجربه و اطلاعات بیشتری درباره بدنشان کسب می‌کنند، توانایی بیشتری برای رسیدن به اوج

لذت جنسی به دست می آورند.

در مورد علت پدیدآیی این اختلال پژوهشهای گوناگونی انجام شده است. دسته‌ای از این پژوهشها بیانگر آنند که اختلال اوج لذت جنسی در زنان ممکن است تحت تأثیر کیفیت تصویر بدن (یعنی برداشت و تصویری که فرد از تن و بدن خویش دارد)، عزت نفس (یعنی میزان ارزشمندی که شخص برای توانایی‌های خود قایل است) یا رضایت از روابط زناشویی با همسر باشد. اغلب تحقیقها هیچ رابطه‌ای میان صفات شخصیتی یا نوع خاصی از اختلال روانی با کژکاری اوج لذت جنسی در زنان نیافته‌اند. اما در برخی از مطالعات که هدفشان مقایسه زنان دچار اوج لذت جنسی بازداری شده و زنان سالم بوده نتایج نشان داده است که زنان گروه نخست نسبت به استمناء یا خودانگیزی نگرش منفی‌تری دارند، درباره سکس^۱ یا رابطه جنسی بیشتر احساس گناه می‌کنند، درباره سکس یا رابطه جنسی افکار خرافی و نادرست بیشتری دارند (به جدول ۱-۶ نگاه کنید) و از صحبت درباره نیازهای جنسی خود با همسرانشان بیشتر پرهیز کرده و هنگام آمیزش با احتمال کمتری از شوهرانشان می‌خواهند تا با تحریک دستی کلیتوریس و سایر راه‌های کسب لذت جنسی آنان را نیز به اوج لذت جنسی برسانند. در مورد علتهای جسمانی این اختلال می‌توان به طور خلاصه گفت که توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی در زنان با اندازه مهبل

یا نیرومندی عضله لگن همبستگی یا رابطه‌ای ندارد. اگر چه گروهی از زنان دچار آسیبهای نخاع شوکی یا کسانی که تحت عمل جراحی برداشتن فرج یا مهبل و بازسازی دوباره آن قرار گرفته‌اند گفته‌اند که می‌توانند به اوج لذت جنسی برسند ولی کژکاری اوج لذت جنسی در این قبیل زنان معمولاً گزارش می‌شود. همچنین در بیماریهای جسمانی مزمن مانند دیابت^۱ یا سرطان لگن بیشتر احتمال دارد که مرحله انگیختگی واکنش جنسی مختل شود اما توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی تا اندازه‌ای سالم باقی می‌ماند. عامل دیگری که در بروز اختلال اوج لذت جنسی زنان مؤثر است طبقه اجتماعی و سطح فرهنگی - اقتصادی خانواده است. نتایج به دست آمده از اغلب مطالعات نشانگر آنست که زنان طبقه پایین اجتماع بیش از زنان طبقه متوسط از این اختلال رنج می‌برند که علت آن را می‌توان تا اندازه‌ای ناشی از اطلاعات اندک و شیوع آموزه‌های نادرست جنسی و بازداری‌های ناموجه در این قشر از افراد جامعه دانست. بعلاوه پژوهشها نشان داده‌اند که بین سطح تحصیلات زنان متأهل و شیوع این اختلال در آنان رابطه منفی وجود دارد. به عبارت دیگر هر چه سطح تحصیلات زنان بالاتر می‌رود شیوع این اختلال در آنان کاهش می‌یابد و بالعکس.

یادآوری این نکته بسیار مهم است که چنانچه ناتوانی برای رسیدن به اوج لذت جنسی در یک زن ناشی از نداشتن تحریک

کافی و مؤثر جنسی یا عدم هماهنگی میان زن و شوهر برای یکسان کردن طول مدت آمیزش و رسیدن به اوج لذت جنسی باشد نمی‌توان زن را دچار اختلال قلمداد کرد بلکه در اینجا شوهر است که به لحاظ تعجیل در آمیزش و بدون توجه به نیازهای جنسی و آمادگی روانی همسر خود با انزال سریع او را در میانه راه تحریک جنسی رها می‌سازد. برای مثال، مردان دچار انزال زودرس و یا آنهایی که از کیفیت پاسخگویی جنسی زنان بی‌اطلاعند در اغلب موارد ناخواسته همسران خود را به سوی اختلال اوج لذت جنسی بازداري شده سوق می‌دهند. چه بسیارند زنانی که به لحاظ نداشتن امکانات تجربه سالم جنسی پس از مدتی شور و علاقه و حتی میل به رابطه جنسی را از دست می‌دهند. از این‌رودر تشخیص‌گذاری این اختلال شایسته است که کیفیت معاشقه قبل از آمیزش و مدت و نحوه آن به دقت مورد بررسی قرار گیرد. جدول ۲-۶ نشانگر عوامل اجتماعی مؤثر در بازداري اوج لذت جنسی زنان به‌هنگام آمیزش است.

جدول ۱-۶: باورها و افکار خرافی رایج درباره رفتار جنسی

- ۱- زنان، مردان دارای احلیل بزرگتر را ترجیح می‌دهند.
- ۲- اگر زن هنگام آمیزش به اوج لذت جنسی نمی‌رسد باید تظاهر کند که می‌رسد.
- ۳- آمیزش مهملی بیش از هر روش دیگری خروسه یا کلیتوریس را تحریک می‌کند.
- ۴- چنانچه زن برای آمیزش پیشقدم شود در اغلب موارد مرد میل خود را از دست می‌دهد.

۵- اغلب تخیلات جنسی مردان و زنان را موضوعهای آزارگرانه جنسی تشکیل می دهند.

۶- زنان به ندرت خودانگیزی یا استمناء می کنند.

۷- هنگام آمیزش، زنان به ندرت تخیل و تصور جنسی می کنند در صورتی که اغلب مردان این کار را انجام می دهند.

۸- انگیزش جنسی در زنان به دشواری صورت می گیرد.

۹- به جز آمیزش احلیلی - مهبلی، سایر روشهای کسب لذت جنسی نابهنجار هستند.

۱۰- اگر زن و مرد همزمان به اوج لذت جنسی برسند نشانه رضامندی واقعی از زندگی جنسی است.

۱۱- اگر زن قبل از آمیزش نیازمند تحریک جنسی باشد به معنی آن است که میل جنسی خود را از دست داده است.

۱۲- زنان طبیعی تقریباً همیشه هنگام آمیزش به اوج لذت جنسی می رسند.

۱۳- هنگام قاعدگی زنان نمی توانند از آمیزش لذت ببرند.

۱۴- اکثر افراد ۶۰ سال به بالا نمی توانند از رابطه جنسی لذت ببرند.

۱۵- تنوع طلبی بهترین روش برای حفظ میل جنسی و لذت پایدار است.

۱۶- اگر مرد برای آمیزش پیشقدم نشود به معنای آن است که مردانگی ندارد.

۱۷- مردان بیش از زنان از زنا یا روابط نامشروع لذت می برند.

۱۸- رابطه جنسی دهانی یک انحراف است.

۱۹- مردان در هر زمان و موقعیتی برای رابطه جنسی آمادگی دارند.

۲۰- در زنان، پستانهای بزرگ نشانه توانایی جنسی بیشتر است.

جدول ۲-۶: عوامل مؤثر در بازداری اوج لذت جنسی زنان به هنگام آمیزش

درصد	عوامل
۶۳/۸	۱- انجام ندادن پیش‌نوازی یا عشق‌بازی قبل از آمیزش
۵۳/۶	۲- خستگی
۴۵/۵	۳- مشغولیت ذهنی با افکار غیرجنسی
۴۳/۱	۴- انزال زودرس شوهر
۳۴/۶	۵- تعارض و کشمکش میان همسران
۲۴/۳	۶- بی‌علاقگی همسر به عشق‌بازی یا پیش‌نوازی
۲۳/۷	۷- عدم لیزشدگی مناسب مهبل
۲۲/۷	۸- عدم ابراز عاطفه و محبت از سوی همسر
۲۰/۳	۹- مهیا نبودن یک محل امن و بی‌دغدغه برای آمیزش
۱۶/۳	۱۰- زیاده‌روی در مصرف الکل
۱۴/۹	۱۱- میل به کامل جلوه کردن هنگام آمیزش
۱۴/۳	۱۲- بی‌میلی جنسی نسبت به همسر
۱۲	۱۳- آمیزش دردناک
۱۰/۳	۱۴- پرخوری
به نقل از آلگایر و آلگایر، ۱۹۹۵	

مورد سیما

سیما یک زن ۲۷ ساله و متخصص آزمایشگاه است. او ۵ سال قبل با یک معلم دبیرستان که ۳۲ سال سن داشت ازدواج کرد. در

حال حاضر پسر ۲ ساله دارند و زندگي زناشويي آنها هماهنگ به نظر مي‌رسد.

شکايت فعلي سيما ناتواني هميشگي براي رسيدن به اوج لذت جنسي است. با وجود آن که وي در جريان فعاليت جنسي به اندازه کافي تحريک مي‌شود ولي هيچ وقت به اوج لذت جنسي نرسيده است. او استمناء را امتحان کرده و در موقعيتهاي متعدد شوهرش با شکيبايي براي مدتهاي طولاني با دست او را تحريک کرده است. گرچه او به اوج لذت جنسي نرسيده اما به شدت به شوهرش وابسته است و طي عشق‌بازي احساس لذت شهواني مي‌کند و ترشحات مهيلي فراواني دارد. شوهر سيما از نظر جنسي مشکلي ندارد.

روان‌شناس با بررسي افکار سيما متوجه شد که سيما هنگام آميزش وقتي به اوج لذت جنسي نزديک مي‌شود، به يک احساس مبهم نگراني از يک نوع رويداد ناگوار نامشخص دچار مي‌گردد. او معمولاً درباره از دست دادن کنترل هيجانهايش، که به طور عادي آنها را در مهار خود دارد، مضطرب مي‌شود. همچنين از اينکه مبادا خشم يا خصومت خود را در مسايل گوناگون به شوهرش ابراز کند احساس نگراني و ناراحتي دارد. معاينات بدني هيچ گونه نابهنجاري را در مورد سيما نشان نداد.

اختلالات درد جنسی

الف - مقاربت دردناک یا دیسپارونیا^۱

مقاربت دردناک یا دیسپارونیا (ریشه این اصطلاح در زبان یونانی به معنی «همخواب ناخرسند» است) درد تناسلی است که اغلب هنگام آمیزش رخ می‌دهد ولی ممکن است پیش یا پس از آمیزش جنسی نیز ظاهر شود. در اغلب افراد دچار این اختلال، کیفیت میل جنسی، انگیختگی و اوج لذت جنسی طبیعی است اما احساس درد به هنگام آمیزش آنچنان مشکل‌ساز می‌شود که رفتار جنسی را مختل می‌کند. شدت این درد ممکن است از خفیف تا غیرقابل تحمل ارزیابی شود که بسته به آستانه تحمل و ویژگیهای هر فرد متفاوت است. این درد ممکن است به دو شکل احساس شود. در شکل نخست، احساس درد در مدخل یا دهانه مهبل متمرکز می‌شود و در شکل دوم دخول عمیق احلیل به مهبل دردآور است. این اختلال در بیشتر موارد موجب بروز مشکل در روابط میان همسران و پریشانی قابل توجه آنان می‌شود. لازم به ذکر است که علت بروز این اختلال به طور خاص لیز نشدن مهبل یا واژینیسم نیست. بعلاوه مبتلایان به این اختلال معمولاً در معاینه‌های بدنی نابهنجاریهای تناسلی نشان نمی‌دهند.

مقاربت دردناک نیز همانند سایر کژکاریهای جنسی ممکن است مادام‌العمر یا اکتسابی باشد، بعلاوه بروز این اختلال ممکن

1- dyspareunia

است وابسته به موقعيت و يا فراگير باشد. مبتلايان به ديسپارونيا معمولاً براي درمان به مراکز پزشكي عمومي مراجعه مي‌کنند و اطلاعات موجود حاكي از آن است كه سير و روند اين اختلال گرايش به مزمن شدن دارد. همچنين تجربه مكرر درد تناسلي در ضمن آميزش ممكن است به اجتناب از تجربه جنسي، گسيختن روابط جنسي فعلي يا محدود كردن برقراري روابط جنسي جديد منجر شود. شيوع اين اختلال در زنان كل جامعه تقريباً ۱۱ درصد و در اجتماعات مختلف بين ۸ تا ۲۳ درصد گزارش شده است.

پديدآيي اين اختلال ممكن است به دامنه گسترده‌اي از علتهای فيزيولوژيائي يا روانشناختي مربوط باشد. براي مثال عفونتهای مهبلي مانند برفك يا تبخال، بيماريهای تخمدان يا چسبندگيهای زهداني، فقدان موقتي استروژن در دوران شيردهي، التهاب يا عفونت مجرای ادرار و حتي بيماريهای معدی - روده‌اي نيز ممكن است علتی براي پديدآيي ديسپارونيا قلمداد شوند. از سوي ديگر داشتن روابط آشفته زناشويي و نارضائيتي از زندگي مشترك با همسر ممكن است جزو مهمترين عوامل روانشناختي بروز مقاربت دردناك محسوب شوند. البته روشن است كه تأييد زيربنای رواني مسبب اين اختلال بايد بعد از بررسيها و معاينات پزشكي دقيق و رد هرگونه علل جسماني احتمال بروز اين اختلال صورت گيرد. ذكر اين نکته حايز اهميت است كه درد گهگاهی در آميزش جنسي كه هميشگي و عودكننده نبوده و با پريشاني يا بروز مشكلات بين فردي همراه نيست، مقاربت دردناك يا ديسپارونيا

قلمداد نمی‌شود بلکه بیشتر با شرایط و حالت‌های خاص فرد در برخی از موقعیتها مرتبط است.

مورد مینا

مینا یک زن ۳۹ ساله است که در یک مهد کودک به عنوان مشاور تربیتی فعالیت می‌کند و ۸ سال پیش با یک تکنیسین کشتی به نام داریوش که اکنون ۳۳ سال دارد ازدواج کرد و حاصل ازدواج آنان یک پسر ۵ ساله است. مشکل اصلی مینا و همسرش اصرار مینا برای نداشتن آمیزش و ترغیب شوهرش به لذت بردن از سایر روشهای تحریک جنسی است. مینا می‌گوید: حدود ۲ سال است که حاضرم هرکاری برای داریوش انجام دهم تا او از مقاربت احلیلی - مهبل منصرف شود و به روشهای دیگری ارضای جنسی به دست آورد. حتی حاضرم همسر دیگری اختیار کند و من را از این کار معاف کند، زیرا به هنگام آمیزش آنچنان دردی را حس می‌کنم که نه تنها از مقاربت لذت نمی‌برم بلکه فکر می‌کنم سلامتی و تندرستی‌ام واقعاً در خطر است.

شرح حال مینا و داریوش نشان داد که آنان قبل از بروز این مشکل دوره‌های طولانی را جدا از هم گذرانده‌اند و خانواده داریوش همواره در حضور مینا او را برای این انتخابش و این که مینا به زودی یائسه می‌شود و دیگر نمی‌تواند برای او همسر ایده‌آلی باشد سرزنش می‌کنند و علت بسیاری از این جدایی‌ها علاوه بر نوع شغل داریوش، قهرهای دوره‌ای متعاقب دخالت‌های خانواده داریوش

بوده است. روان‌شناس برای اطمینان یافتن از این که مشکل مینا اساس جسمانی ندارد، مینا را نزدیک متخصص زنان و زایمان فرستاد و معاینات کامل جسمانی گویای آن بود که مشکل فعلی مینا علت عضوی یا جسمانی ندارد؛ از این رو مینا و همسرش به توصیه روان‌شناس در جلسات مشاوره زناشویی شرکت کردند.

ب - واژینیسم^۱ یا گرفتگی ماهیچه‌های مهبل

ویژگی اصلی این اختلال، گرفتگی یا انقباض غیرارادی، عودکننده و مستمر ماهیچه‌های میان دوراهی ثلث خارجی مهبل به هنگام تلاش برای دخول احلیل یا آلت تناسلی مردانه، انگشت، تامپون (لوله‌های پنبه‌ای بهداشتی برای جذب خون قاعدگی) یا اسپکیولوم^۲ (وسیله‌ای فلزی برای معاینه مهبل و مشاهده دهانه رحم) است. در واژینیسم انقباض ماهیچه‌های مهبل معمولاً به هنگام پیش‌بینی یا انتظار آمیزش جنسی و یا در زمان اقدام مرد به دخول روی می‌دهد. شدت انقباضها یا گرفتگی ماهیچه‌های مهبل ممکن است از خفیف، مانند فشردگی و ناراحتی، تا شدید که مانع از دخول می‌شود گسترده‌گی داشته باشد. زنان دچار این اختلال معمولاً در واکنش به دخول احلیل، انگشت یا هر وسیله دیگری به مهبلشان بسیار آشفته می‌گردند و با چسباندن غیرارادی رانها به یکدیگر مانع از دخول می‌شوند. برخی از این زنان می‌گویند که

1- vaginismus

2- speculum

هنگام دخول آنچنان دردی را تجربه می‌کنند که انگاری مهبشان در حال دریده شدن یا سوختن است.

ابتلا به واژینیسم موجب بروز تنش و آشفتگی در روابط میان همسران می‌شود و استمرار این حالت ممکن است زندگی زناشویی را اندک مدتی پس از آغاز آن، از هم بپاشد. یکی از علت‌های اصلی ازدواجهای به وصال نرسیده یا بی‌زفاف، بروز این اختلال در زن است. بعلاوه در برخی از زنان دچار این اختلال، ترس شدید از زایمان نیز دیده می‌شود که به بازداری میل جنسی و تنفر نسبت به هرگونه تماس جنسی می‌انجامد.

واژینیسم نیز مانند اغلب کژکاریهای جنسی ممکن است مادام‌العمر یا اکتسابی، فراگیر یا موقعیتی و ناشی از عوامل روانشناختی یا عوامل جسمانی و روانی مختلط باشد. واژینیسم مادام‌العمر معمولاً شروعی ناگهانی دارد و نخستین بار در جریان اولین تلاش‌های همسر برای دخول جنسی یا در جریان نخستین معاینه پزشکی توسط متخصص زنان روی می‌دهد. زمانی که این اختلال به طور کامل تثبیت شود، معمولاً جلوه‌ای مزمن پیدا می‌کند مگر این که با انجام اقدامات درمانی صحیح بهبود یابد.

واژینیسم اکتسابی نیز ممکن است به طور ناگهانی در واکنش به یک آسیب جنسی یا یک بیماری جسمانی ظاهر شود. در انواع موقعیتی واژینیسم برخلاف نوع فراگیر آن، انقباضهای مهبلی ممکن است فقط در شرایط آمیزش و به هنگام تلاش برای دخول احلیل پدیدار شوند ولی در سایر موقعیتها چنین گرفتگی یا

انقباضهایی رخ نمی دهند.

مطالعات مختلف بیانگر آنند که شیوع واژینیسم در آن دسته از زنانی که برای درمان به درمانگاه‌های تخصصی مشکلات جنسی مراجعه می کنند ۵ تا ۱۵ درصد است. البته شیوع این اختلال در فرهنگهایی که نسبت به مسایل جنسی دیدگاهی کهنه گرا و سرکوب کننده دارند بیشتر است. برای مثال در کشور ایرلند شیوع این اختلال در زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی اختلالهای جنسی ۴۲ تا ۵۵ درصد گزارش شده است!! همچنین، در مقایسه با زنان سالمند، این اختلال اغلب در زنان جوان، زنانی که نسبت به عمل جنسی نگرش منفی دارند و در زنانی که سابقه تحمل بد رفتاری جنسی یا سوءاستفاده جنسی آسیب‌زا دارند، بیشتر شایع است.

لازم به توضیح است که واژینیسم ممکن است علتی برای پدیداری مقاربت دردناک یا دیسپارونیا باشد، از سوی دیگر دیسپارونیای عودکننده نیز ممکن است مقدمه بروز واژینیسم را فراهم سازد. در مطالعه‌ای که روی ۸۰ نفر از زنان دچار واژینیسم به عمل آمد، مشخص شد که نیمی از این زنان قبلاً دچار دیسپارونیا بوده‌اند. یک سوم از آنها هیچگاه قادر به آمیزش جنسی نبوده‌اند (در اصل به رغم متأهل بودنشان هنوز باکره بودند) و ۱۴ درصد از آنان پس از تجربه دوره‌ای طبیعی از آمیزش جنسی به واژینیسم دچار شده بودند. اغلب زنان مورد مطالعه در این تحقیق دچار واژینیسم فراگیر بودند. یعنی نسبت به دخول هر چیزی (انگشت،

اسپکیولوم، تامپون یا احلیل) به مهبلشان واکنشهای انقباضی شدید نشان می‌دادند، اما ۲۰ درصد از آنها (یعنی ۱۶ نفر از ۸۰ نفر زن مورد مطالعه) دچار واژینیسم موقعیتی بودند، یعنی فقط هنگام آمیزش جنسی دچار انقباضهای ماهیچه‌ای مهبل می‌شدند.

تجاوز به عنف، سقط جنین، معاینات دردآور پزشکی زنان، بیماری‌های التهابی لگن و سوانحی که موجب جراحات مهبل می‌شوند، ممکن است جزو شایعترین علل به وجود آورنده واژینیسم باشند. سایر عوامل مرتبط با بروز این اختلال عبارتند از جراحی‌های مهبل و فرج، مشکلات ناشی از اپیزیوتومی^۱ (شکافتن میانی یا پیرامونی مهبل در جریان زایمان برای جلوگیری از پارگی خودبخود و نامناسب آن)، عفونتهای مهبل، یبوست و احتقان یا پرخونی لگن.

مورد ساناز

ساناز زنی ۳۳ ساله است که به شغل منشی‌گری اشتغال دارد و از سوی متخصص زنان به درمانگاه تخصصی مشکلات جنسی معرفی شده است. علت اصلی معرفی او این است که به دلیل انقباض شدید ماهیچه‌های مهبل، پزشک زنان نمی‌توانست معاینه لگنی انجام دهد.

در نخستین ملاقاتی که ساناز با روان‌شناس داشت، هنگام بحث

1- episiotomy

درباره مشکلات جنسی بسیار ناراحت بود. از ۲ سال پیش وقتی پسرش متولد شده به دلیل گرفتگی‌های شدید مهبل نه می‌توانست با شوهرش آمیزش جنسی داشته باشد و نه انگشت کوچک خود را داخل مهبلش کند. هیچ علاقه‌ای به تماس جنسی با شوهرش نداشت و با اقدامات شوهرش به شدت مخالفت می‌کرد. به تازگی شوهرش او را تحت فشار قرار داده بود تا دوباره آبستن شود. خود او نیز چنین تمایلی داشت زیرا از یک طرف می‌خواست شوهرش را راضی کند و از طرف دیگر دلش می‌خواست بچه دیگری داشته باشد. بروز انقباضهای ماهیچه‌ای مهبل در سناناز به ۸ سال قبل یعنی به آغاز دوران ازدواج او با همسرش بازمی‌گردد. در آن زمان به مدت یک سال به شوهرش اجازه دخول مهبل نمی‌داد. پس از یک سال «زناشویی بی‌زفاف» به اتفاق شوهرش به یک مشاور زناشویی مراجعه کردند و ملاقات با او کمک کرد تا بتواند دست کم گهگاه، طی ۵ سال بعدی آمیزش جنسی داشته باشند. سناناز همواره از دخول مهبل تا اندازه‌ای احساس اضطراب می‌کرد و این کار را نمی‌پسندید، ولی به ندرت و با تحریک جنسی مناسب به اوج لذت جنسی رسیده بود.

سناناز طی ۵ سال نخست ازدواجش از قرار معلوم به دلیل آندومتریوز^۱ مزمن قادر به آبستن شدن نبود. وقتی سرانجام زایمان

1- endometriosis

(حالتی که در آن بافتهای شبیه مخاط رحم به طور نابجا در کانونهای مختلف در حفره لگن پدیدار می‌شوند).

کرد، نوزاد نارس بود و فقط ۱/۵ کیلوگرم وزن داشت و تقریباً ۱۱ هفته زودتر از موقع متولد شده بود. ساناز به دلیل زایمان زودرس احساس گناه می‌کرد و آن را به مصرف داروی استروژن برای درمان آندومتریوز نسبت می‌داد. پس از زایمان، از آبستن شدن دوباره و احتمال به دنیا آوردن یک نوزاد نارس دیگر به شدت می‌ترسید.

روان‌شناس برای ساناز و همسرش آمیزه‌ای از جلسات زوج‌درمانی و تمرین‌های رفتاری کاهش حساسیت نسبت به دخول را طراحی کرد. پس از چند ماه درمان، ترس ساناز از آبستنی کاهش یافت و توانست بدون هراس و اضطراب با همسرش آمیزش کند.

برخی از مهمترین عوامل مؤثر در پدید آیی کژکاریهای جنسی

در مباحث گذشته هنگام بحث از طبقه‌های اصلی کژکاری جنسی، به اختصار درباره برخی از متغیرهای بسیار مهم و ویژه که نقش اساسی در بروز این کژکاریها دارند اشاره کردیم. اکنون جای دارد تا توضیح بیشتری درباره این متغیرها ارائه دهیم.

الف - بی‌اطلاعی: نداشتن اطلاعات مناسب درباره کارکردهای جنسی احتمالاً اصلی‌ترین مشکل افراد دچار کژکاری جنسی است. بسیاری از مواقع مشکل جنسی فرد ناشی از بی‌اطلاعی او نسبت به واقعیتهای اساسی درباره چرخه پاسخ جنسی یا تصور نادرست

وی از مسایل جنسی است. در زنان، فقدان اطلاعات یا وجود تصورات نادرست ممکن است موجب ترس از روابط جنسی شود. برای مثال، این تصور که آمیزش جنسی الزاماً دردناک است می‌تواند به سرد مزاجی یا ترس از آمیزش در دختران جوان بیانجامد.

در گروه‌های فرهنگی خاص باورهایی ترویج می‌شوند که ممکن است به مشکلاتی در سازگاری جنسی منجر گردد؛ برای مثال در بعضی از جوامع آسیایی، از دست دادن زیاد منی را بویژه در نوجوانی علت اصلی اختلالهای جنسی و سایر آسیب‌دیدگیهای روانی می‌دانند.

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 بازدارندهایی 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 وسیله اضطراب ایجاد می‌شوند اما تردیدی نیست که اضطراب موجب حفظ و تداوم بسیاری از این کژکاری‌ها می‌شود. زن جوانی را تصور کنید که در شرایط نامساعد و ناراحت برای یک رابطه جنسی (برای مثال در اتاق یا مکان ناامنی که به لحاظ زندگی جمعی با والدین همسر، امکان مزاحمت یا مشاهده شدن وجود دارد) نمی‌تواند انگیزختگی جنسی مناسبی را تجربه کند. این ناتوانی ممکن است در موقعیتهای بعدی آمیزش جنسی بی میلی و سرد مزاجی عمیقی را موجب شود که در نتیجه آن ارتباط هیجانی میان او و همسرش به کلی از هم بپاشد. 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 نیز ممکن است موجب مشکلات جنسی در زنان شود.

د - مشاهده‌گری^۱: منظور از مشاهده‌گری، گرایش شخص به مشاهده خودش در طی فعالیت جنسی است. افرادی که اضطراب

1- spectating

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.

هـ - 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 جسمانی باشد. برای مثال، درد کشیدن زنان هنگام آمیزش جنسی ممکن است ناشی از پرده بکارت بسیار سخت و محکم باشد. همچنین، التهاب یا حساسیت مهبل ناشی از عفونت ممکن است به بیزاری جنسی و از دست دادن میل جنسی منجر شود. بدین جهت پیش از نتیجه‌گیری درباره این که یک مشکل جنسی علت روانی دارد یا نه باید در درجه نخست علل جسمانی احتمالی مورد بررسی قرار گیرند.

برخی از نشانه‌هایی که متخصصان را هنگام معاینه بیماران دچار کژکاری جنسی به احتمال وجود یک علت جسمانی ظنین می‌کند، عبارتند از: شکایت از وجود درد یا ناراحتی هنگام آمیزش جنسی؛ سابقه ناخوشی یا نشانه‌های جسمانی اخیر به غیر از مشکلات جنسی؛ بتازگی از دست دادن میل جنسی بدون علت آشکار؛ باور بیمار مبنی بر این که مشکل جنسی او احتمالاً ناشی از یک علت جسمانی است؛ نگرانی بیماران درباره اندامهای تناسلی

خود (برای مثال، شکایت یک زن این بود که لبهای فرج او بسیار بزرگ و آویزان است؛ یا زنی گمان می‌کرد که نوعی بدشکلی در پستانهای او وجود دارد)؛ سابقه بلوغ جنسی نابهنجار یا اختلال غدد درون‌ریز؛ قرار داشتن در سنین پیش از یائسگی و سابقه بی‌نظمیهای قابل ملاحظه قاعدگی یا ناباروری.

فصل ۷

درمان کژکاریهای جنسی زنان

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

1- Masters

2- Johnson

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 زنان 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 زنان، 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

1- psychoanalysis

تعارض یا کشمکش ناهشیار و یا خاطرات سرکوب شده مربوط به تجربه‌های دوران کودکی می‌داند. در این روش روان‌کاو در مدتی 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 قانع‌کننده‌ای درباره اثر بخشی 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 می‌شود که بر کارکردهای بدنی خود، مانند فشار خون، که به طور طبیعی کنترلی بر آنها ندارد، مسلط شود. این روش بیشتر برای تنظیم اعمال دستگاه عصبی خودکار (مانند تنظیم کار قلب و رگها) مورد استفاده قرار می‌گیرد. 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 می‌دهند. فرض بر این است که اگر شخص بلافاصله و بوسیله‌ی 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 زمینه‌ی مشکلات جنسی، پسخوراند زیستی را برای افزایش انگیزتگی جنسی در زنانی که اختلال انگیزتگی جنسی دارند، به کار برده‌اند. معمولاً به این بیماران تصاویر یا صحنه‌های شهوانی ارائه می‌شود تا برانگیخته شوند. سپس تغییرات به وجود آمده در جریان خون فرج و ترشحات مهبل 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 تواناییهایی 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 زمینه‌ی 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 به گونه‌ای نامناسب به کار برده می‌شود، ولی در درمان مواردی که یک اختلال یا نابهنجاری هورمونی آشکار وجود دارد ممکن است کاملاً اثربخش باشد.

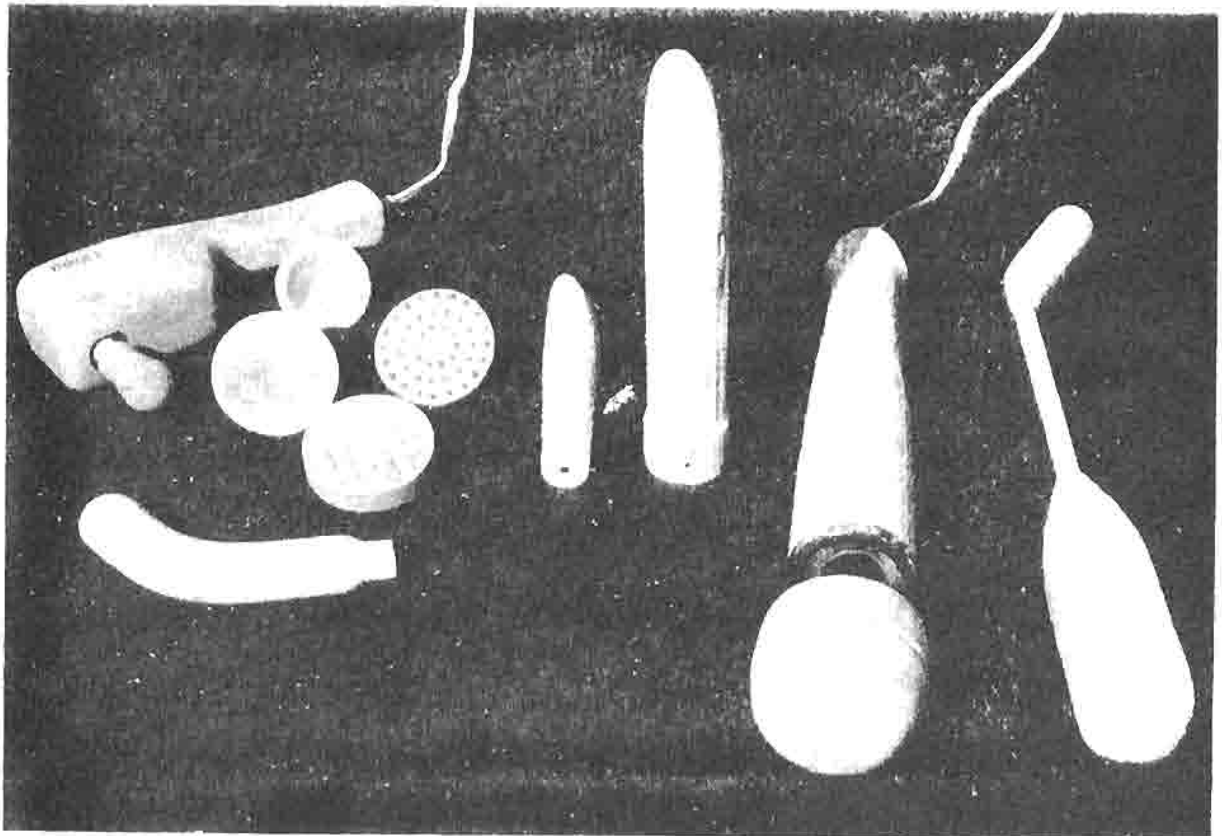
پژوهشها نشان داده‌اند که استروژنها می‌توانند تغییرات دستگاه تناسلی زنانه متعاقب یائسگی را که ممکن است موجب دردناک شدن آمیزش گردد به گونه‌ای مناسب مرتفع و درمان کنند. بعلاوه مصرف استروژنها یک درمان مؤثر برای گر گرفتگی بوده و اغلب به احساس بهبودی کلی که در بعضی از زنان با افزایش مطلوب میل جنسی همراه است، می‌انجامد. دسته‌ای دیگر از گزارشها نیز بیانگر آنند که استروژن به طور اختصاصی می‌تواند بیزاری جنسی و یا پرهیز جنسی را که ممکن است در بعضی از زنان بعد از رسیدن به دوران یائسگی ایجاد شود، درمان کند.

اغلب متخصصان رفتار جنسی بر این باورند که هورمون مردانه یا تستوسترون نقش مهمی در فعالیتهای جنسی زنان ایفا می‌کند. به عبارت دیگر خانمهایی که به واسطه انجام اعمال جراحی روی تخمدانها یا زهدانشان یائسه شده‌اند، ممکن است با مصرف تستوسترون و ترکیب آن با هورمونهای زنانه بهبود قابل توجهی را در تمایلات کاهش یافته جنسی خود گزارش دهند. اما ذکر این نکته حایز اهمیت است که در حال حاضر عوارض مصرف تستوسترون در زنان به خوبی بررسی نشده است.

هـ- ابزارهای مکانیکی

برای درمان برخی از کژکاریهای جنسی زنان، متخصصان انواعی از ابزارهای مکانیکی را پیشنهاد کرده و به کار برده‌اند. برای مثال ارتعاش‌گر یا ویبراتور^۱ نوعی ابزار کمکی در درمان اختلالهای انگیختگی یا اوج لذت جنسی زنان است که می‌توان از آن به عنوان یک تحریک‌کننده جنسی استفاده کرد. لازم به ذکر است که این وسیله به عنوان یک روش درمانی مستقل به کار نمی‌رود بلکه جزیی از یک مجموعه درمانی گسترده‌تر را تشکیل می‌دهد. همچنین برای درمان واژینیسم می‌توان از مهبل‌گشاهایی^۲ استفاده کرد که در یک مجموعه چندتایی ارایه شده و از اندازه‌های کوچک تا بزرگ منظم شده‌اند، به طوری که بیمار دچار واژینیسم می‌تواند از کوچکترین اندازه مهبل‌گشا آغاز کرده و با پیشروی به سوی اندازه‌های بزرگتر، حساسیت و واکنش دردآلود نسبت به دخول را کاهش دهد (شکل ۱-۷ را ببینید).

۲



شکل ۷-۱: چند نمونه ارتعاشگر و مهبل گشاکه برای درمان کژکاریهای جنسی زنان به کار می‌روند.

و- روشهای جراحی

روشهای درمان جسمانی کژکاریهای جنسی، جراحی را نیز شامل می‌شود. این شاخه از درمان در حوزه تخصص جراحان و

پزشکان متخصص زنان و زایمان است. برای مثال، پردهٔ بکارت بسیار محکم و تنگ را که در زمان آمیزش موجب درد یا دشواری دخول می‌شود، می‌توان با یک جراحی جزئی اصلاح و مرتفع کرد. همچنین در اختلالهایی مانند دیسپارونیا با علت عضوی (برای مثال دیسپارونیای ناشی از التهاب غدد بارتولن و یا چسبندگی‌های زهدانی) که به مقاربت دردناک یا انزجار از آمیزش جنسی می‌انجامد، پزشک متخصص پس از فهم علت زیربنایی می‌تواند با انجام اعمال جراحی خاص عامل بروز اختلال را از میان بردارد.

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 مهارکنندهٔ 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 او ارایه می‌دهد 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 زن 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 می تواند بدون هیچگونه احساس اضطراب تصور کند که «در زمان دلخواه و به آسانی می تواند به اوج لذت جنسی برسد». اما این که او می تواند در عالم خیال چنین عملکردی را بدون اضطراب تجربه کند الزاماً به معنای توانایی وی برای انجام چنین عملی در شرایط واقعی نیست. از این رو برخی از متخصصان بایستی برای فایق شدن بر این مشکل، به جای آنکه حساسیت زدایی 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 می کند، 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 می دهد و احتمالاً زن و شوهر را تشویق می کند که آزادانه تر 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 گسترده ای دارد. در این روش، درمانگر زوجها را به اتفاق هم ملاقات می کند 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 مورد نظر 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 می شود.
- ۴- آموزش اطلاعات جنسی به زوجها؛ برای مثال، کالبدشناسی، فیزیولوژی و شیوه ها و وضعیت های مختلف آمیزش جنسی.
- ۵- کمک به زوجها برای پرورش مهارت های ارتباط جنسی؛
- ۶- کاربرد فنون ویژه برای کژکاریهای خاص. موارد ذکر شده بالا (موارد ۱ تا ۵) برای همه انواع کژکاری مشترک است، ولی برای مشکلات خاص روشهای درمانی ویژه ای نیز وجود دارند که معمولاً پس از طی مراحل فوق به کار برده می شوند.
- 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 می کند، زیرا با این روش اضطراب عملکرد در مردان و ترس از درد و غیره در زنان بلافاصله از بین می رود. همچنین تکالیف تمرکز حسی به زوجها کمک می کند 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 می توانند با اطمینان به سوی ارتباطهای صمیمانه تر حرکت کنند. به علاوه در موارد ضروری درمانگران سعی می کنند تا زوجین را به یادگیری شیوه های 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 - مهملی، 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 - مهملی 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 مهمل کنید و همزمان با انجام این عمل به لذت حاصل از

تماس اخلیلی - مهبل و سایر بخشهای بدن خود و همسران بیاندهشید». در آخربن مرحله این روش، حرکات رفت و برگشتی اخلیلی - مهبل و انزال زن و شوهر مجاز شمرده می شود و درمان به پایان می رسد.

ج - فنون اختصاصی در درمان کژکاریهای جنسی

برای درمان انواع کژکاریهای جنسی فنون اختصاصی وجود دارد که معمولاً پس از پشت سر گذاشتن موفقیت آمیز مراحل مقدماتی درمان زوجی به کار می روند. حال با توجه به توصیفهایی که از انواع کژکاریهای جنسی زنان 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 تحریک کننده 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 اوج لذت جنسی بازداری شده در زن

به طور کلی در مقایسه با مردان، چرخه پاسخ جنسی در زنان با آهنگ کندتری پیش می‌رود و این نکته گویای آن است که زنان برای ایجاد یک رابطه جنسی مؤثر و رضایت‌بخش، به آمادگی ذهنی و تحریک جنسی بیشتری نیاز دارند. از این رو، شاید بتوان گفت که در بسیاری از موارد مردان می‌توانند با خودداری بیشتر و اصرار نورزیدن برای آغاز سریع آمیزش و دخول، زنان را از نظر روانی و هیجانی بیشتر آماده کنند و با پیش‌نوازیهای مطلوب و برقرار ساختن هماهنگی هیجانی کامل میان یکدیگر امکان رسیدن

به اوج لذت جنسی را برای همسرشان نیز فراهم سازند. در زنان مبتلا به کژکاری اوج لذت جنسی، علاوه بر بکارگیری سایر روشهای درمانی عنوان شده در مباحث قبل می‌توان از روش تمرکز بر خود و خودانگیزی فزاینده استفاده کرد. این روشها به بیمار کمک می‌کنند تا لذت بردن از احساسهای جنسی را در وضعیت آرمیدگی یاد بگیرد. در این دو روش به بیمار توصیه می‌شود تا در یک وضعیت آرام و لذت‌بخش به تحریک خویشتن و خودانگیزی پردازد تا آنکه بالاخره به اوج لذت جنسی برسد. این روش را در درون یک برنامه درمانی مقدماتی گنجانده و به عنوان تکلیف خانگی بیمار را موظف به انجام آن می‌کنند. پژوهشها نشان داده‌اند که کاربرد ارتعاشگر یا ویراتور می‌تواند به این قبیل زنان کمک کند تا به اوج لذت جنسی دست یابند. در آغاز خود بیمار و ویراتور یا ارتعاشگر را به کار می‌برد و در مراحل بعد شوهر به او کمک می‌کند تا به وسیله ویراتور به اوج لذت جنسی برسد. همچنین از خیال‌پردازی و موضوعهای شهوانی به عنوان یک وسیله کمکی استفاده می‌شود.

در مورد زنانی که نمی‌توانند با شوهر خود و توسط تحریک‌های دستی او به اوج لذت جنسی برسند، ولی با خودانگیزی یا استمناء می‌توانند به آن دست یابند، باید عناصر دیگری را به برنامه درمان افزود. برای مثال می‌توان به بیمار یاد داد تا در یک برنامه تدریجی مبتنی بر خیال‌پردازی، جنبه‌های لذت‌بخش و مثبت خودانگیزی یا دیگر موقعیتهای جنسی را با

تصاویر ذهنی شوهر همراه کند و به تدریج این احساس لذت را به شرایط طبیعی آمیزش با شوهر تعمیم دهد.

۳- ج - درمان واژینیسم

برای درمان این اختلال، بیمار باید ابتدا بیاموزد که خود را چگونه از تنش و اضطراب مربوط به آمیزش رها کند و به هنگام تحریک جنسی انقباضهای ماهیچه‌ای بدنش را با تمرین آرمیدگی یا ریلکسیشن^۱ کاهش دهد. همزمان با تمرینهای آرمیدگی، بیمار ترغیب می‌شود تا دربارهٔ اندامهای تناسلی خود بیشتر مطالعه کند و اطلاعات دقیق و درستی به دست آورد. سپس مجموعه‌ای از مراحل تدریجی تمرین می‌شود به طوری که در آغاز خود زن به کمک انگشتانش عمل دخول را انجام می‌دهد و در ادامه، این عمل با وسایل مهبل‌گشا یا دیلاتورهایی که اندازه‌هایشان به تدریج بزرگتر می‌شود، انجام می‌گیرد. لازم به یادآوری است که همراهی و هم‌حسی شوهر در مراحل مختلف درمان نقش مهمی در موفقیت آمیز بودن آن ایفا می‌کند.

برخی از درمانگران برای درمان واژینیسم از روش حساسیت‌زدایی تجسمی استفاده می‌کنند. در این روش درمانگر با ارائهٔ تدریجی صحنه‌های گوناگون نزدیکی جنسی و دخول (که قبلاً با همکاری بیمار و درمانگر به طور کامل تهیه و از نظر

تحریک‌کنندگی و اضطراب‌آور بودن درجه‌بندی شده است) واکنش‌های اضطراب‌آلود و تنش‌زای بیمار را نسبت به آمیزش جنسی از میان می‌برد.

سالم‌سازی روابط میان همسران

در بحث‌هایی که تا کنون عنوان کرده‌ایم، چند بار موضوع اهمیت عوامل مربوط به کیفیت روابط عاطفی و هیجانی میان همسران را مورد تأکید قرار دادیم. در سبب‌شناسی کژکاریهای جنسی و درمان آنها، عوامل مربوط به روابط میان همسران گاهی عناصر اصلی قلمداد می‌شوند زیرا در اغلب موارد کیفیت این رابطه نقش مهمی در تداوم یا تشدید کژکاریهای جنسی دارد. برای مثال، گاهی اوقات مسایلی همچون مقام، قدرت و سلطه‌گری، اعتماد، حسادت و صمیمیت نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز مشکلات جنسی زنان و مردان ایفا می‌کنند. هرگاه پای چنین مواردی در میان باشد، علاوه بر درمان خاص کژکاری جنسی، روابط میان زن و شوهر و تعارض‌های هیجانی و عاطفی میان آنان نیز باید توسط روان‌درمانگر مورد رسیدگی و درمان قرار گیرد.

برای درمان کژکاریهای جنسی باید به کدام متخصص مراجعه کرد؟

همان‌طور که در مباحث پیشین عنوان کردیم، ماهیت آدمی یک ماهیت تک بعدی یا یک وجهی نیست بلکه انسان یک موجود

زیستی - روانی - اجتماعی است که هر یک از ابعاد وجودی او از دو بعد دیگر تأثیر می‌پذیرد و هیچ یک از این ابعاد را نمی‌توان به تنهایی بیانگر کل وجود او دانست. مولوی عارف بلند مرتبه و فرزانه می‌گوید: تن ز جان و جان ز تن مستور نیست. یعنی جسم و روان اثر متقابل بر یکدیگر داشته و روشن است که برای شناخت مشکلات هر کدام باید نقش دیگری را نیز همواره مدنظر قرار داد. افراد دچار کژکاری جنسی و بویژه زنانی که از این اختلالات رنج می‌برند برای درمان اختلال خود ابتدا باید مشخص سازند که علت پدیدآیی اختلال یا کژکاری جنسی مفروض چیست آنگاه درمان مناسب را جویا شوند. از این رو توصیه مؤلف آنست که به هنگام رویارویی با این قبیل مسایل نخست با یک پزشک متخصص زنان و زایمان یا داخلی مشکل موردنظر خود را در میان بگذارند آنگاه چنانچه علت عضوی یا جسمانی خاصی برای اختلال آنها تشخیص داده نشد می‌توانند با مراجعه به یک روان‌شناس* یا روانپزشک متخصص در مسایل جنسی به درمان اختلال خود بپردازند. روشن است که درمان اختلالات روانی و بویژه اختلالات جنسی نه یک کار انفرادی بلکه یک کار گروهی و نیازمند بهره‌گیری از انواع تخصصهای پزشکی و روان‌شناسی

* منظور از روان‌شناس، فردی است که در یکی از رشته‌های تخصصی روان‌شناسی و بویژه روان‌شناسی بالینی حداقل درجه کارشناسی ارشد و یا دکتری تخصصی (Ph.D) دارد و آموزشهای لازم و آکادمیک را برای درمان گروه‌های ویژه‌ای از بیماران روانی دیده و صاحب تجربه درمانی قابل توجه است.

است. از این رو بسنده کردن به درمان تک بعدی کژکاریهای جنسی (برای مثال تجویز یا استفاده صرف از دارو برای درمان) نه تنها مشکلی را حل نخواهد کرد بلکه در دراز مدت به وخامت این قبیل مشکلات می انجامد.

فصل ۸

انحرافهای جنسی زنان

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 کتاب «زندگی جنسی مردان» فصل کاملی را به بحث دربارهٔ انحرافهای جنسی اختصاص داده‌ایم اما در این کتاب پرداختن به این موضوع بسیار مختصر و محدود خواهد بود، زیرا اکثر انحرافهای جنسی تقریباً هرگز در زنان تشخیص داده نمی‌شوند و شیوع این قبیل اختلال‌ها در زنان به اندازه‌ای ناچیز است که با توجه به اهداف این کتاب اختصاص دادن یک مبحث جداگانه به آن چندان ضروری به نظر نمی‌رسد. با این حال، برای آگاهی خوانندگان دانش‌پژوه و علاقمند و پرهیز از نادیده‌انگاری احتمال رخداد این قبیل اختلال‌ها در زنان، سعی می‌کنیم تا ضمن توصیف

ویژگیهای اصلی انحرافهای جنسی؛ شایع ترین رفتارهای غیرعادی جنسی در زنان و ویژگیها و انگیزه‌های افراد درگیر در این اعمال نامعمول (مانند زنانی که از آزار دیدن به هنگام رابطه جنسی لذت می‌برند) را مورد بررسی قرار داده و مشکلاتی همچون آزارخواهی جنسی، حیوان‌خواهی و برخی از نادرترین انواع انحرافهای جنسی را توصیف و تشریح کنیم. روشن است که خوانندگان محترم می‌توانند برای مطالعه کامل این مبحث و آگاهی از جلوه‌های گوناگون انحرافهای جنسی (که به‌طور عمده در مردان جلوه‌گر می‌شود) به کتاب «زندگی جنسی مردان» نوشته محمدرضا نیکخو، نشر سخن و یا کتاب ارزشمند «روان‌شناسی جرایم و انحرافات جنسی» نوشته استاد فرزانه آقای دکتر مسعود انصاری، نشر اشراقی مراجعه کنند.

انحرافهای جنسی تعرضی^۱ و غیرتعرضی^۲

در برخی از رفتارهای جنسی انحرافی، شرکای جنسی فرد منحرف ناخواسته مورد آزار و تعرض قرار نمی‌گیرند بلکه به‌طور خودخواسته با وی درگیر این روابط انحرافی می‌شوند، از این رو چنین انحرافهای جنسی را «غیرتعرضی یا متمرکز بر شریک جنسی موافق» می‌نامند که اغلب انحرافهای جنسی زنان در این طبقه جای می‌گیرند. اما مبتلایان به انحرافهای جنسی «تعرضی 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 «غیر تعرضی» تنها تغییر و دگرگونی در رفتار عادی و بهنجار جنسی قلمداد 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.

از جمله انحرافهای جنسی غیر تعرضی می‌توان به یادگارپرستی، مبدل‌پوشی جنسی و آزارگری و آزارخواهی جنسی اشاره کرد. از سوی دیگر انحرافهای جنسی همچون نظربازی، عورت‌نمایی، بچه‌بازی و مالش دوستی جزو انحرافهای تعرضی یا تجاوزکارانه محسوب می‌شوند. اغلب طبقه‌بندیهای روانپزشکی، حیوان‌خواهی و مرده‌دوستی را نیز جزو انحرافهای جنسی تعرضی طبقه‌بندی کرده‌اند، زیرا حیوانات و مردگان به دلیل نداشتن عنصر اراده در پرداختن به عمل انحرافی، قربانی چنین رفتارهای بیمارگونی تلقی می‌شوند.

۴ اکنون پس از توصیف ویژگیهای اصلی انحرافهای جنسی، شایعترین انحرافهای جنسی زنان را مورد بررسی قرار خواهیم داد.

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 و 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 به طور 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) به گونه‌ای 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 موقعیتها، 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 ببینند. 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 به ندرت در صدد 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 به اجراء درآوردن تمایلاتشان دسترسی ندارند ممکن است با دادن پول به زنان روسپی یا مردان ولگرد آنان را راضی به این کار کنند و یا احتمال دارد خیال‌پردازیهایشان را روی قربانیان ناراضی به عمل 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 غسل‌خانه [در مرده‌خواهی]، آنان ممکن است به عمد عکسها، فیلمها و تصاویر کتابهایی را تماشا کنند، بخوانند، بخرند یا جمع‌آوری کنند که دربارهٔ 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 درگیری‌های اجتماعی در نتیجهٔ 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 آزارخواهانهٔ 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 مشخص تر و گسترده تر گردند. بسط و تغییر خیال پردازی ها ممکن است در طول زندگی فرد ادامه یابد. همان طور که گفتیم، خیال پردازی ها و امیال مرتبط با این اختلالات، عودکننده اند. بسیاری از مبتلایان به این اختلالات گزارش می کنند که خیال پردازی ها همیشه وجود دارند ولی در دوره هایی این خیال پردازی ها و شدت امیال به طور محسوسی تغییر می کنند. انحرافهای جنسی گرایش به مزمن شدن و مادام العمر بودن دارند، اما هم خیال پردازی ها و هم رفتارهای انحرافی اغلب با پیشرفت سن در بزرگسالان کاهش می یابند. این رفتارها در واکنش به عوامل تنش زای روانی - اجتماعی (مانند اخراج از کار، بی خانمانی 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 محله ها یا خانواده های بی بند و بار) افزایش می یابند.

به استثناء آزارخواهی جنسی که نسبت جنسی آن در مردان در مقایسه با زنان ۲۰ به ۱ برآورد می شود، سایر انحرافهای جنسی تقریباً هرگز در زنان تشخیص داده نمی شوند؛ اگرچه موارد معدودی نیز گزارش شده اند.

شایعترین مشکلات موجود در کلینیکهای ویژه درمان انحرافهای جنسی شامل بچه بازی، تماشاگری جنسی و عورت نمایی 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.

۱- 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 بدانها 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 می‌شود 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 درمی‌آورند. اعمال آزارخواهانه‌ای 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).

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 به مرگ او منجر شود. خیال پردازیهای آزارخواهانه جنسی ممکن است در دوران

کودکی نیز وجود داشته باشند. سنی که در آن فعالیتهای آزارخواهانه برای نخستین بار با شرکای جنسی صورت می گیرد، متغیر است، اما معمولاً در اوایل بزرگسالی روی می دهد. 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

بزند 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 به‌طوری 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 به‌طور 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 ماه عسل 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 همسر من به یکباره از من خواست که دستهای او را با یک دستمال حریر به تخت بیندم، به او سیلی بزنم و موهای او را با شدت هرچه بیشتری بکشم. او این کار را بسیار دوست دارد و می‌گوید بدون انجام این کارها هیچ میلی نسبت به من نخواهد داشت. ولی به عکس من را بسیار ناراحت می‌کند زیرا احساس می‌کنم یک جای این رابطه ایراد دارد!!

۲- حیوان‌خواهی

رابطه جنسی انسان با جاننداری غیر از انسان (مانند سگ، اسب

یا گوسفند) را انحراف جنسی حیوان‌خواهی یا جانورگرایی^۱ می‌گویند. 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 دورافتاده‌ای 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 حیوان‌خواه صرفاً به دلیل گرفتار شدن به یک نیاز روانی نابهنجار، رابطه جنسی با حیوانات را بر رابطه انسانی ترجیح می‌دهد. در این حالت فرد حیوان‌خواه یک حیوان دست‌آموز را طوری تربیت می‌کند که از راه لیسیدن یا مالیدن اندام تناسلی او باعث انگیزتگی 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^۲ (نقاش معاصر اسپانیایی) از معاشقه قنطورس^۳ (یکی از صورتهای فلکی که نیم‌تنه اسب بالدار و سر انسانی دارد) و یک زن عریان حکاکی کرده است. در ادبیات کهن ایران نیز بهترین نمونه این انحراف، توسط مولوی

1- bestiality

2- Pablo Picasso

3- Centaur

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 می شود:

یک کنیزک یک خری بر خود فگند از وفور شهوت و فرط گزند
آن خر نر را بگن خو کرده بود خر جماع آدمی پی برده بود
یک کدویی بود حیلست سازه را در نرش کردی پی اندازه را
در ذکر کردی کدو را آن عجوز تا رود نیم ذکر وقت سپوز
در یک مطالعه (کینزی^۱، 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.

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

موردی از حیوان خواهی

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 خانگی اش می داند 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!!

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 شدن روی او توسط شریک جنسی‌اش لذت جنسی کسب می‌کند و در تنقیه‌خواهی^۳ فرد

1- coprophilia

2- urophilia

3- klismaphilia

منحرف از فرو کردن دستگاه تنقیه به مقعد خود لذت جنسی به دست می آورد.

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 می کند.

موردی از ادرارخواهی

خانم «ف» یک زن ۳۵ ساله و کارشناس حقوقی یک شرکت بیمه است. او مدت ۶ ماه است که از سومین همسر خود جدا شده و با دختر ۶ ساله اش که از نخستین ازدواج او بوده به تنهایی زندگی می کند. خانم «ف» برای مشاوره با روان شناس به کلینیک مراجعه کرده بود و هدف او از این مراجعه آشنایی با نظر یک متخصص درباره سبک خاص زندگی خویش بود. او ظاهری آراسته داشت و بسیار مؤدب و موقر جلوه می کرد. او در طول مصاحبه با روان شناس دائماً از این مسئله که تا به حال هیچ کس او را به طور کامل درک نکرده و به همین دلیل هیچ یک از ازدواجهایش بیش از یک سال دوام نیاورده، شکوه و گلایه می کرد. یکی از جمله مشکلات اصلی

خانم «ف»، که پس از پنجمین جلسه مشاوره آشکار شد، علایق خاص او در نحوه آمیزش با همسرانش بوده است. او می گفت: «یکی از جمله مسایلی که باعث می شد همسرانم من را غیرعادی تلقی کنند و دایم آن را به رخم بکشند، علاقه مفرط من به داشتن یک سبک رؤیایی از آمیزش بود».

روان شناس پرسید: «منظور شما از سبک رؤیایی چه بوده است؟». او گفت: «آدم برای آنکه خود را با همسرش یکی احساس کند باید از وجود او سرشار شود و به نظر من، رابطه جنسی کامل وقتی صورت می گیرد که عصاره علایق او یعنی چیزی که برای بسیاری از گیاهان مبنای رشد و تکامل است بدن من را گرم و سیراب کند، آنگاه به واسطه این گرما و طراوت است که می توانم خود را به دست او بسپارم». روان شناس پرسید: «منظورتان از عصاره ای که گیاهان را رشد می دهد چیست؟». خانم «ف» با غرور می گوید: «ادرا؛ یعنی همان چیزی که در دوران کودکی ام موجب برانگیختگی صمیمی ترین احساسهای مادری یا پدری و متعاقب آن تیمار شدن توسط والدین می شد!! من از همه همسرانم می خواستم که قبل از آمیزش روی من ادرا کنند تا بتوانم آن عشق آتشین را که همه مردان خواستارش هستند به آنها هدیه کنم اما افسوس که هیچ یک از آنها شعور درک فلسفه زندگی من را نداشتند!!

درمان

همان طور که در مباحث قبل اشاره کردیم، موضوع انحرافهای

جنسی بیشتر درباره مردان مصداق دارد و به دلیل ناچیز بودن شیوع این اختلال در زنان (البته در مقایسه با مردان)، موضوع اغلب مطالعات انجام گرفته درباره درمان این قبیل منحرفان، مردان دچار نابهنجاریهای جنسی بوده‌اند نه زنان. از این رو در بیشتر منابع علمی روانشناسی و روانپزشکی در توضیح انواع روشهای درمانی به بیماران مرد استناد شده و موارد مکتوبی که نوع خاصی از درمان درباره یک زن منحرف را معرفی کرده باشد بسیار نادر است. اما به طور کلی می‌توان گفت که 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 این رو 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 مانند روان‌درمانی، درمانهای رفتاری - شناختی، درمانهای شیمیایی، جراحی و غیره ویژگیهای انحرافی رفتار جنسی تصحیح و رفتارهای جنسی مؤثر و سازنده جایگزین آنها خواهند شد.^۱

۱- برای آشنایی کامل با این روشها خوانندگان عزیز را به مطالعه کتاب «زندگی جنسی مردان» نوشته محمدرضا نیکخو انتشارات سخن و همچنین کتاب «تشخیص و درمان اختلالهای روانی در روان‌شناسی بالینی» نوشته لیندزی و پاول، ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس، انتشارات سخن توصیه می‌کنیم.

فصل ۹

اختلال هویت جنسی در زنان (نارضایتی جنسیتی^۱ در زن)

همان‌طور که در فصل ۵ توضیح دادیم، آگاهی فرد از مرد یا زن بودن خویش را هویت جنسی می‌نامند. به عبارت دیگر، این که فرد خود را یک مرد یا زن بداند، همان هویت جنسی او را تشکیل می‌دهد. با توجه به این تعریف، یک زن 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 زمینه‌های زندگی او منجر شود.

زنان دچار این اختلال با آرزوی زندگی کردن به عنوان یک مرد اشتغال ذهنی پیدا می‌کنند. این اشتغال ذهنی ممکن است به صورت میل شدید برای ایفای نقش اجتماعی یک مرد یا به دست آوردن

1- transsexualism

ظاهر جسمانی و جنسی مردانه از راه مصرف هورمونهای مردانه یا جراحی تغییر جنسیت، نشان داده شود. زنان دچار این اختلال، از این که توسط دیگران به عنوان یک زن در نظر گرفته شوند یا اعمالشان در جامعه براساس جنسیت اصلی آنها (یعنی همان زن بودن) تعبیر و تفسیر شود، بسیار ناخشنود می گردند.

دختران دچار اختلال هویت جنسی در مقابل انتظارات یا تلاشهای والدین برای پوشیدن لباسها یا سایر آرایشهای زنانه، واکنش منفی شدیدی نشان می دهند. برخی ممکن است از رفتن به مدرسه یا شرکت در نشستهای اجتماعی که مستلزم پوشیدن لباس دخترانه یا زنانه است، اجتناب کنند. آنها پوشش و موی کوتاه پسرانه را ترجیح می دهند، اغلب از سوی غریبه ها به جای پسران اشتباه گرفته می شوند و ممکن است درخواست کنند تا آنها را با یک نام پسرانه صدا بزنند. قهرمانان خیالی شان اغلب مردان نیرومند و سبترتن مانند آرنولد شوارتزنگر^۱ و یا قهرمانان فوتبال همچون علی دایی هستند. این قبیل دختران، پسرانی را به عنوان همبازی ترجیح می دهند که مانند آنها به ورزشهای رقابت جویانه، بازیهای جنگالی و بازیهای سستی پسرانه ابراز علاقه کنند. آنها علاقه ای به عروسکها یا هر شکل از اسباب بازی با پوشش زنانه یا فعالیت های مربوط به ایفای نقش زنانه نشان نمی دهند. دختران دچار این اختلال ممکن است گاهی از ادرار کردن در وضعیت نشسته

1- Arnold Schwartzzenegger

قهرمان پرورش اندام در مسابقات آقای المپیک سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۵

پرهیز کنند. احتمال دارد ادعا کنند که دارای آلت تناسلی مذکر هستند یا این آلت در آنها رشد خواهد کرد و بالاخره همچون مردان خواهند شد. آنها ممکن است خواهان عدم رشد پستانها یا بروز قاعدگی باشند. این قبیل دختران معمولاً در ایفای نقش، رؤیاها و خیالپردازی‌هایشان، هویت جنسی مخالف را به شکل آشکاری نشان می‌دهند.

بزرگسالان دچار اختلال هویت جنسی ممکن است به‌طور پنهانی وقت بسیار زیادی را برای مبدل‌پوشی و تلاش برای تبدیل ظاهر خود به شکل جنسی مخالف صرف کنند. زنان دچار این اختلال می‌کوشند تا در جمع به‌صورت یک مرد ظاهر شوند. به‌طور کلی، فعالیت جنسی این افراد به شرکای همجنس آنان محدود می‌شود زیرا ترجیح می‌دهند شرکای جنسی نه آلت تناسلی‌شان را ببینند و نه آن را لمس کنند.

پریشانی یا آشفتگی روانی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی، در سراسر دوره زندگی به گونه‌ای متفاوت ظاهر می‌شود. در کودکان خردسال، پریشانی به‌صورت ابراز ناخشنودی از جنسیت خویش جلوه‌گر می‌شود. به‌علاوه این قبیل کودکان ممکن است همزمان دچار اضطراب و افسردگی باشند. در کودکان بزرگتر، ناتوانی برای ایجاد روابط با همسالان همجنس و کسب مهارت‌های متناسب با سن اغلب به انزوا و پریشانی می‌انجامد و برخی از کودکان ممکن است به‌دلیل تمسخر یا فشار برای پوشیدن لباس دخترانه، از رفتن به مدرسه خودداری کنند. در نوجوانان و

بزرگسالان، اشتغال ذهنی با آرزوهای اتخاذ هویت جنسی مردانه، اغلب با فعالیتهای عادی تداخل می‌کند و موجب افت تحصیلی یا کارکرد شغلی و سرانجام موجب ابتلا به افسردگی و اضطراب می‌شود.

بسیاری از افراد دچار اختلال هویت جنسی از لحاظ اجتماعی منزوی می‌شوند، اما به‌طور کلی زنان دچار این اختلال به دلیل منافع اتخاذ هویت جنسی مخالف کمتر از حقوق اجتماعی محروم می‌شوند و ممکن است از طرد شدن از سوی همسالان، حداقل تا نوجوانی، کمتر رنج ببرند. در نمونه‌های مراکز درمانی بزرگسالان، تعداد مردان دچار این اختلال تقریباً ۲ تا ۳ برابر بیشتر از زنان است و اطلاعات مربوط به کشورهای کوچک اروپایی بیانگر آن است که تقریباً از هر ۱۰۰ هزار نفر زن بزرگسال، یک نفر در صدد جراحی برای تغییر جنسیت برمی‌آید، حال آنکه درباره مردان این میزان ۱ نفر در هر ۳۰ هزار نفر از جمعیت عمومی است.

اغلب پژوهشهای انجام شده درباره زنان دچار اختلال هویت جنسی بیانگر آنند که این قبیل زنان نقش مردانه را به‌گونه‌ای عمیقتر و جدی‌تر از هم‌تایان مردشان (یعنی مردان دچار اختلال هویت جنسی که نقش زنان را ایفا می‌کنند) پذیرفته و نشان می‌دهند. به‌علاوه نمره‌های زنان دچار اختلال هویت جنسی در آزمونهای روانی تشخیص‌دهنده صفات زنانه، تنها به میزان اندکی بیش از نمره مردان عادی بوده است که با این آزمونها بررسی شده‌اند.

این یافته‌ها جملگی به معنای آن است که احتمالاً زنان دچار اختلال هویت جنسی بهتر از مردان دچار این اختلال با هویت مجازی خویش کنار می‌آیند و کمتر با مسایل مربوط به نقش جنسی خویش در تعارض قرار می‌گیرند.

یکی از جمله مسایلی که افراد دچار اختلال هویت جنسی و نهادهای درمانی مرتبط با این قبیل بیماران با آن دست به گریبانند، تقاضا برای انجام جراحی تغییر جنسیت است. به‌رغم وجود برخی گزارشهای حاکی از رضایت افراد عمل شده برای تغییر جنسیت، کلینیک تغییر جنسیت دانشگاه جانز هاپکینز^۱ آمریکا که تعدادی از نخستین عمل‌های جراحی تغییر جنسیت در آنجا انجام شد، به این عملها خاتمه داده و اعلام کرده است که «به هیچ‌وجه 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.

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 مادر نسبت به دخترش سلطه‌جو و متخاصم، یا برعکس بی‌تفاوت و سرد باشد، دختر از همانندسازی زنانه (یعنی تقلید کردن الگوهای رفتاری مادر) فاصله می‌گیرد. در این وضعیت، دختر به پدر خود نزدیک شده و اعمال مردانه او را تقلید می‌کند. همچنین، اگر پدر و مادری بخواهند که موی سر دخترشان کوتاه و پسرانه باشد، بیشتر لباس‌های پسرانه به او بپوشانند و او را به انجام بازی‌های پسرانه مانند تفنگ‌بازی و فوتبال 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 بر 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 در زنان

بیمار ۲۵ ساله‌ای که خود را منوچهر معرفی می‌کرد؛ به یک کلینیک تخصصی جراحی مراجعه کرد و درخواست «عمل جراحی تغییر جنسیت» داد. طی ۳ سال گذشته او زندگی اجتماعی و شغل مردانه‌ای داشت. دو سال آخر را با یک زن دوجنسی* که از دست شوهرش گریخته بود زندگی می‌کرد و از نظر مالی آن زن را تأمین کرده و برایش نقش شوهر را داشت. دو فرزند خردسال زن مورد بحث، منوچهر را به عنوان ناپدری خود پذیرفته بودند و پیوند عاطفی عمیقی میان آنان برقرار شده بود.

بیمار از نظر ظاهر اجتماعی خصوصیات مردانه نیرومندی نداشت و رشد جنسی وی در دوره بلوغ احتمالاً به شدت به تأخیر افتاده یا از نظر هورمونی نارسایی داشته است. صدای ضعیفی داشت که به‌طور متوسط مردانه به‌نظر نمی‌آمد. پیراهن و کت گشاد می‌پوشید و

* اصطلاح دوجنسی یا bisexual برای توصیف کسانی به‌کار می‌رود که طی دوره‌ای قابل ملاحظه پس از بلوغ، به‌طور آگاهانه از نظر روانی و هیجانی به افراد جنس مخالف یا افراد همجنس به‌طور متناوب واکنش و میل جنسی نشان می‌دهند

پستانهایش را محکم می‌بست تا آنها را از نظر دیگران پنهان سازد. آلت تناسلی مصنوعی به خود بسته بود که برآمدگی آن در شلوارش ظاهری مردانه به او می‌داد و ساختمان آن به گونه‌ای بود که در موارد ضروری می‌توانست ایستاده ادرار کند. بیمار تلاش ناموفقی برای جراحی برداشتن پستانها داشت زیرا می‌خواست در فصل تابستان هنگام کار کردن در هوای آزاد پیراهن تابستانی بپوشد (او متصدی ماشینهای سنگین ساختمانی بود). همچنین تلاش ناموفقی برای به‌دست آوردن هورمون تستوسترون به منظور ایجاد ویژگیهای جنسی ثانوی مردانه و جلوگیری از قاعدگی داشت. بیمار می‌خواست به وسیله عمل جراحی اقدام به برداشتن زهدان و تخمدانش کند، و هدف درازمدت او انجام جراحی پلاستیک و داشتن آلت تناسلی مردانه بود.

براساس گفته‌های او آشکار شد که در کودکی رفتارهایی پسرانه داشته، در نوجوانی عاشق یک زن شده و سرانجام نقش و هویت نارضایی جنسیتی در او تثبیت گردیده است. معاینه جسمانی نشان داد که منوچهر از نظر کالبدشناختی خصوصیات زنانه بهنجار دارد!! اما وی آن را نفرت‌انگیز و ناجور و موجب ناراحتی و عذاب همیشگی خود تلقی می‌کرد. نتایج آزمایشهای غدد درون‌ریز او نشان داد که همه فاکتورهای هورمونی وی در حد یک زن بهنجار است!!



شکل ۱ - ۹: خواهران دوقلویی که پس از انجام عمل تغییر جنسیت زن به مرد اکنون برادران دوقلو هستند!!

درمان

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 آرایه برنامه‌های درمانی حمایتی است. منظور از درمانهای حمایتی کمک به بیمار برای حل بحرانهای ناشی از سردرگمی هویتی و آرایه راه‌حلهای مؤثر در کنار آمدن با مسایل اجتماعی بدون توسل به رفتارهای ناهمخوان با جنسیت اصلی خویش است.

به‌طور کلی درمان زنان دچار نارضایتی جنسیتی مراحل گوناگونی دارد که آنها را به اختصار توضیح می‌دهیم. نخست باید بدانیم که زنان دچار نارضایتی جنسیتی معمولاً سه هدف را دنبال می‌کنند: پیدا کردن ظاهری مردانه، زندگی به روال و شیوه یک مرد و تغییر دادن پستانها و آلت تناسلی. بدین منظور برای کمک به زنانی که در پی تغییر ظاهر جسمانی و به‌طور کلی تغییر جنسیت خویش برمی‌آیند، معمولاً پس از انجام آزمونهای روانی و شناخت دقیق عناصر زیربنایی شخصیت آنان و آگاهی یافتن از ریشه گرایشهای جنسیتی فعلی‌شان، نخست توصیه می‌شود تا ۳ الی ۱۲ ماه و یا بیشتر به‌صورت یک مرد زندگی کنند. اگر فرد داوطلب بتواند به‌طور موفقیت‌آمیزی این دوره را همچون یک مرد واقعی طی نماید و همچنان بر خواسته خود پافشاری کند، پزشکان متخصص برای او ترکیبات آندروژنی تجویز می‌کنند. این ترکیبات مردانه‌ساز رشد مو در صورت و بدن را افزایش داده، اندازه پستانها را کاهش و اندازه کلیتوریس یا خروسه را افزایش می‌دهد. ترکیبات آندروژنی همچنین چرخه قاعدگی را متوقف ساخته و آهنگ صد

را سم می‌کند

پس از طی مراحل بالا چنانچه بار هم فرد بر تغییر جنسیت خود پافشاری داشت، پزشکان جراح و متخصص در این امر به عمل جراحی تغییر جنسیت اقدام می‌کنند. از آنجا که برداشتن برخی از بافتها بسیار آسان‌تر از اضافه کردن بافتهایی به بدن است، روشن است که انجام جراحی تغییر جنسیت یک عمل پرخرج و گران خواهد بود. برای مثال هزینه این عمل در ایالات متحد آمریکا تقریباً پنجاه هزار دلار آمریکا یا معادل چهارصد میلیون ریال است. به‌علاوه درصد موفقیت‌آمیز بودن جراحیهای تغییر جنسیت زن به مرد بسیار کمتر از جراحیهای تغییر جنسیت مرد به زن است. از این رو بسیاری از نارضایان جنسیتی زن، از انجام چنین اعمالی خودداری می‌کنند و نداشتن احلیل مردانه را به مصیبت‌های بی‌شمار متعاقب چنین جراحیهایی ترجیح می‌دهند.

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 به‌دست 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 ۱۰

همجنس‌گرایی در زنان

اصطلاح همجنس‌گرایی^۱ یعنی داشتن احساسات و افکار شهوانی نسبت به یک فرد همجنس. برای مثال، زنی که عشق و علاقه جنسی خود را به زن 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 یه 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.

رفتارهای همجنس‌گرایی در زن‌ها شامل استمنای متقابل، تماس دهانی - تناسلی (فرج لیزی)^۳ و نوازش و تحریک پستانها

1- ego - syntonie

2- ego - dystonic

3- cunnilingus

است. اقلیت کوچکی از زنان همجنس‌گرا گاهی همراه با تماس‌های بدنی و مالش و فشار یکدیگر به وارد کردن ارتعاشگرها یا احلیل‌های مصنوعی به داخل مهبل خود و شریک جنسی‌شان اقدام می‌کنند. در بافت یک رابطه همجنس‌خواهانه، نقش فاعل و مفعول معمولاً عوض می‌شود ولی ممکن است یکی از طرفین اغلب نقش فعال‌تری داشته باشد. رفتارهای آزارگرانه جنسی به‌ندرت در روابط میان زن‌های همجنس‌گرا روی می‌دهد. رفتار اجتماعی آنان معمولاً چشمگیر و قابل توجه نیست، اما برخی از این قبیل زنان خواهان نقش جنسی غالب بوده و در پی فعالیتها و تفریحات مردانه برمی‌آیند، همچنین معدودی از آنها لباس و رفتار مردانه را انتخاب می‌کنند. اما به‌طور کلی باید بگوییم که زنان همجنس‌گرا را نمی‌توان از ظاهرشان شناخت. آنها شبیه سایر زنان هستند و جز در مواردی معدود از لباسها و آرایشهای زنانه استفاده می‌کنند. این قبیل زنان برخلاف نارضایان جنسی، به هیچ وجه از وضعیت جسمانی و هویت جنسی خود به‌عنوان یک زن ناراضی نیستند و میلی هم به تغییر آن ندارند.

در میان زن‌های همجنس‌گرا انواع شخصیت‌ها را می‌توان یافت. همانند مردان، زنان نیز در طول یک پیوستار و با دو قطب انتهایی زن‌های منحصرأ غیر همجنس‌گرا و زن‌های منحصرأ همجنس‌گرا قرار می‌گیرند. اغلب زنان همجنس‌گرا گهگاه با مردان نیز روابطی برقرار می‌کنند، هرچند از این روابط احساس رضایت و خرسندی ندارند. برخی از این قبیل زنان ازدواج می‌کنند و در

مقایسه با مردان همجنس‌گرا بی‌بند و باری کمتری نشان می‌دهند. در مقایسه با مردان همجنس‌گرا، احتمال برقرار کردن روابط پایدار در میان زنان همجنس‌گرا بیشتر است و به همان نسبت احساس تنهایی و افسردگی کمتری را در دوران میانسالی نشان می‌دهند. در مورد علل روی آوردن به همجنس‌گرایی هنوز توضیحی که مورد قبول همه پزشکان و روان‌شناسان باشد ارایه نشده است. برخی از متخصصان بر عوامل زیستی - تکاملی تأکید دارند و برخی دیگر به عوامل روانی - اجتماعی بها می‌دهند. برای مثال مطالعات گوناگونی درباره شناخت ویژگیها و خصوصیات جسمانی که بتواند تفاوت‌های سرشتی میان افراد همجنس‌گرا و غیرهمجنس‌گرا را روشن نماید انجام شده است، اما یافته‌های این قبیل مطالعات چه درباره زنان و چه درباره مردان چندان قانع‌کننده نبوده‌اند. جالب این که در اغلب مطالعات زیست‌شناختی^۱ و کردارشناسی^۲ مشخص شده است که بسیاری از حیوانات نیز به فعالیت جنسی با همجنسان خود می‌پردازند اما قراینی که نشان دهد این رفتار منحصرأ همجنس‌خواهانه است جز در مورد انسان درباره هیچ جاندار دیگری مشاهده نشده است. از سوی دیگر متخصصان مردم‌شناسی اجتماعی دریافته‌اند که مقبولیت رفتار همجنس‌گرایانه در جوامع مختلف بسیار متفاوت است و این گوناگونی بیانگر نفوذهای اجتماعی (و در برخی از موارد سیاسی!!) است که احتمالاً

نقش تعیین‌کننده‌ای در میزان ابراز انگیزه‌های همجنس‌گرایانه دارند.

مطالعات متعددی دربارهٔ شیوه‌های فرزندپروری و تأثیر آن بر هویت یا بروز گرایشهای جنسی فرزندان به عمل آمده است. برای مثال، دسته‌ای از مطالعات انجام شده روی زنان همجنس‌گرا به این نتیجه رسیده‌اند که مادران این قبیل افراد طردکننده یا بی‌تفاوت بوده‌اند. در مقایسه با زنان غیرهمجنس‌گرا، تعداد بیشتری از زنان همجنس‌گرا روابط سست و آشفته با والدین خود داشته‌اند و والدینشان بیش از افراد عادی از یکدیگر جدا شده بودند. بعضی از روانکاوان معتقدند که همجنس‌گرایی در زنان از تعارض آمیز بودن روابط نزدیک با والدین در دوران آغازین کودکی ناشی می‌شود به‌طوری که روابط نزدیک با مردها ترساننده جلوه کرده و زن به‌صورت تنها موضوع قابل اعتماد و عشق‌ورزی درمی‌آید. به بیان دیگر، وقتی تجارب نخستین با افراد غیرهمجنس به شکست، تمسخر شدن، تنبیه یا طرد شدن بینجامد ممکن است شخص برای پرهیز از نتایج آزارندهٔ رفتار ناهمجنس‌گرا، به رفتارهای همجنس‌گرایانه روی آورد. برای مثال، ایجاد محدودیتهای غیرمنطقی و افراطی در تماس با پسران و سرخوردگیهای جنسی برای نوجوانان دختر 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.

درمان

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 ارجحی با بی‌ارکننده استفاده کرد. در این روش از فرد می‌خواهند که هنگام تخیل درباره یک رابطه 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 آزارنده دیگر (مانند بوی ناخوشایند یک محلول نمکی) فرد را از ادامه این تخیلات باز می‌دارد و بلافاصله از او می‌خواهد که به تخیل درباره یک رابطه جنسی غیرهمجنس‌خواهانه (برای مثال معاشقه با یک مرد) فکر کند. در این وضعیت درمانگر به محض مشاهده هر نوع اشاره یا نشانه‌ای دال بر تحریک یا انگیزتگی جنسی شروع به ارایه 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 همجنس‌خواهانه اقدامات مانند وپس از آن جلسه درمان فرد دیگر تمایل می‌دهد. تفکر درباره موضوعهای همجنس‌خواهانه نشان دهد به عبارت دیگر در این روش فرد از راه شرطی شدن یاد می‌گیرد که پیامد یک رفتار همجنس‌خواهانه، ناخوشایند است و ابراز رفتار غیرهمجنس‌خواهانه موجب آرامش و لذت می‌گردد. در برخی از موارد به زنان همجنس‌گرای داوطلب درمان توصیه می‌شود تا از موقعیتهایی که احساس لذت همجنس‌گرایانه آنان را تحریک می‌کند، اجتناب کرده و در پی فرصتهایی باشند که برقراری رابطه سالم و لذت‌بخش با مردان می‌انجامد. به‌طور کلی علاوه بر روشهای فوق، تأکید بر کاهش اضطراب و ایجاد الگوهای رفتاری غیرهمجنس‌گرایانه از اهم اقدامات درمانی است که برای این قبیل زنان صورت می‌گیرد.

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 اختلالات

روانی (DSM-IV). جلد دوم. ترجمه محمدرضا نیکخو و همکاران، انتشارات

سخن، چاپ اول، ۱۳۷۴.

۴- انجمن روانپزشکی آمریکا. سرگذشت بیماران روانی به روایت DSM-IV.

ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. انتشارات سخن، چاپ اول،

۱۳۷۹.

۵- بشارت، محمدعلی. مشکلات جنسی: طبقه‌بندی، علت‌شناسی، سنجش و درمان.

فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی. سال سوم، شماره ۹ و ۱۰، پاییز و زمستان

۱۳۷۷.

۶- بولر، فرانسوا و فرانک، آلن. اختلال در عمل جنسی ناشی از اختلالات عصبی.

ترجمه فاطمه حاج میرفتاح. مرکز نشر دانشگاهی، چاپ اول، ۱۳۶۷.

۷- پورافکاری، نصرت‌الله. فرهنگ جامع روان‌شناسی و روان‌پزشکی. جلد اول و

دوم. انتشارات فرهنگ معاصر، چاپ اول، ۱۳۷۳.

۸- حائری روحانی، علی. فیزیولوژی اعصاب و غدد. انتشارات سمت، چاپ اول.

۱۳۶۸.

۹- راو، کلارنس ج. مباحث عمده در روانپزشکی. ترجمه جواد وهابزاده و ویراسته

حسن مرندی. انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی، چاپ دوم، ۱۳۷۰.

۱۰- 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.

۱۱- سینگر، کارلوس و ویر، ویلیام جی. اختلالات رفتار جنسی در زنان. ترجمه

سیدمحمدعلی مدینه‌ای و مجید میرزاده. انتشارات طنین، چاپ اول، ۱۳۷۶.

۱۲- فرجی، ذبیح‌الله. انگیزش و هیجان. انتشارات خردمند، چاپ اول، ۱۳۷۱.

۱۳- کاستلو، تیموتی و کاستلو، جوزف. روان‌شناسی نابهنجاری. ترجمه نصرت‌الله

پورافکاری. انتشارات آزاده، چاپ اول، ۱۳۷۳.

۱۴- گایتون، آرتور. فیزیولوژی بدن انسان. جلد دوم. ترجمه گروه فیزیولوژی

دانشگاه تبریز. انتشارات ذوقی، چاپ دوم، ۱۳۶۸.

۱۵- گریسهایمر و ویدمن. فیزیولوژی انسان. ترجمه فرخ شادان و ابوالحسن

حکیمیان. انتشارات پیام، چاپ هشتم، ۱۳۷۰.

۱۶- گیلدر، مایکل؛ مه‌یو، ریچارد و گات، دنیس. روان‌پزشکی آکسفورد ۱۹۸۹.

جلد دوم. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. انتشارات ذوقی، چاپ اول، ۱۳۶۹.

۱۷- لیندزی، اس. جی. ئی. و پاول، جی. ئی. تشخیص و درمان اختلالات روانی در

روان‌شناسی بالینی. ترجمه هامایاک آوادیس یانس و محمدرضا نیکخو.

انتشارات سخن، چاپ اول، ۱۳۷۹.

۱۸- مستر، ویلیام و جانسون، ویرجینیا. واکنش جنسی انسان. ترجمه هدایت موتائی.

نشر پرستو، چاپ دوم، ۱۳۷۷.

۱۹- میشارا، بریان ال و رایدل، روبرت جی. روان‌شناسی پیری. ترجمه حمزه گنجی و همکاران. انتشارات اطلاعات، چاپ دوم، ۱۳۶۷.

۲۰- نورانی، مهدی. کالبدشناسی و فیزیولوژی برای پرستاران. انتشارات چهر، چاپ سیزدهم، ۱۳۶۶.

۲۱- نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانس، هامایاک. اصول روان‌پزشکی بالینی. انتشارات سخن، چاپ اول، ۱۳۷۶.

۲۲- نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانس، هامایاک. مباحث عمده در روان‌درمانی. انتشارات کتاب امروز، چاپ اول، ۱۳۷۵.

۲۳- هوشمندویژه، محمد. کالبدشناسی و فیزیولوژی دانشگاهی ویژه علوم پزشکی. انتشارات بهجت، چاپ اول، ۱۳۷۱.

منابع انگلیسی

- 1- Allgeier, A. R. & Allgeier, E. R. (1995). *Sexual Interaction*.
Lexington, MA: D. C. Heath and Company.
- 2- Carlson, N. R. (1992). *Physiological Psychology*. Boston: Allyn
& Bacon.
- 3- Coleman, J. C. (1988). *Intimate Relationships, Marriage, and
Family*. Newyork: Macmillan, Inc.
- 4- Davison, G. C. & Neale, J. M. (1994). *Abnormal Psychology*.
NewYork: John Wiley & Sons, Inc.
- 5- Durand, V. M. & Barlow, D. H. (1997). *Abnormal Psychology*.
USA: Brooks / Cole Publishing Company.
- 6- Fauman, M. A. (1994). *Study Guide to DSM-IV*. Washington,
DC: American Psychiatric Press, Inc.

۲۲۰۰ تومان

