

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



درمان اختلالات جنسی زوجین

مؤلف :

پرستو کامرانی نیا

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۰

فهرست مطالب

۹	پیشگفتار
۱۳	فصل اول: اختلالات جنسی
۱۴	مقدمه
۱۹	اهمیت بالینی اختلال عملکرد جنسی
۲۶	تأثیرات اختلالات جنسی
۳۵	شناخت عملکرد جنسی طبیعی
۴۲	سائق و میل جنسی
۴۳	برانگیختگی
۴۵	ثبات برانگیختگی
۴۷	ارگاسم (اوج لذت جنسی)
۵۰	مرحله فرونشینی
۵۱	دوره بی پاسخی
۵۳	طبقه بندی مشکلات جنسی

۵۵.....مبنایی برای مدیریت اختلالات جنسی

فصل دوم: درمان اختلالات جنسی ۵۷

۵۸.....تاریخچه‌ای مختصر از سکس درمانی

۶۳.....سکس درمانی مدرن (و نحوه بررسی آن)

۶۴.....ارزیابی

۶۹.....معاینه و بررسی فیزیکی

۷۰.....فرمول بندی و تشخیص

۷۲.....به اشتراک گذاشتن اطلاعات

۷۳.....توافق بر سر اهداف و راهبرد درمانی

۷۴.....سایر درمان‌ها

۷۶.....رویکرد کلی به سکس درمانی

۷۷.....تکالیف خانگی (روش تمرکز حسی)

۸۹.....مقابله با موانع (مشکلات شناختی)

۹۳.....آموزش

۹۶.....تکنیک‌های ویژه برای شرایط خاص

۹۷.....کمبود یا فقدان علاقه جنسی در زنان یا مردان

- تأثیر افسردگی بر میل جنسی..... ۱۱۸
- تأثیر داروها بر میل جنسی..... ۱۲۰
- پیش آگهی اختلال در میل جنسی..... ۱۲۳
- اختلال برانگیختگی در زنان..... ۱۲۵
- اختلال عملکرد نعوظ در مردان..... ۱۳۰
- تأثیر داروهای روان گردان..... ۱۳۲
- داروهای مرتبط با اختلال نعوظ..... ۱۳۴
- درمان‌های فیزیکی معمول برای اختلال عملکرد نعوظ..... ۱۳۶
- رویکردهای روانشناختی برای درمان اختلال عملکرد نعوظ
- ۱۵۴
- پیش آگهی اختلال برانگیختگی..... ۱۶۰
- درمان فیزیکی..... ۱۶۲
- اختلالات مربوط به ارگاسم در زنان..... ۱۶۵
- انزال زودرس..... ۱۷۷
- انزال دیررس..... ۱۹۰
- انزال برگشتی..... ۱۹۷
- فقدان انزال..... ۱۹۹

- فقدان یا از دست دادن حس مرکزی ارگاسم..... ۲۰۰
- مقاربت دردناک در زنان..... ۲۰۱
- واژینیسموس (انقباض غیرارادی عضلات مهبل)..... ۲۱۰
- بیزاری جنسی / ترس های مرضی..... ۲۲۴
- مشکلات عملکرد جنسی ناشی از مواد..... ۲۲۶
- مشکلات عملکرد جنسی ناشی از شرایط طبی..... ۲۲۸

فصل سوم: ملاحظات در درمان اختلالات جنسی

۲۳۴

مقیاس های اندازه گیری مورد استفاده در طب روانی -

جنسی..... ۲۳۵

شاخص بین المللی عملکرد نعوظ..... ۲۳۶

ملاحظات اخلاقی..... ۲۴۰

حیطه های مشکل زای احتمالی..... ۲۴۳

رفتار شایسته برای درمانگران..... ۲۴۶

اهمیت مشورت با شریک جنسی بیمار (در صورت امکان)

..... ۲۴۸

ارائه خدمات مربوط به اختلال عملکرد جنسی..... ۲۴۹

فصل چهارم: انحرافات جنسی ۲۵۷

انحرافات جنسی..... ۲۵۸

انواع انحرافات جنسی..... ۲۶۰

تمایل جنسی به کودک کان (بچه بازی)..... ۲۶۰

پوشیدن لباس جنس مخالف (مخالف پوشی)..... ۲۶۲

عورت نمایی (نمایشگری)..... ۲۶۳

یادگارخواهی (شیء پرستی)..... ۲۶۵

تماشای بدن عریان یا عمل جنسی (نظر بازی)..... ۲۶۶

مالیدن خود به اشیاء یا اشخاص دیگر (مالشگری)..... ۲۶۷

خود آزاری و دیگر آزاری جنسی..... ۲۶۸

تمایل جنسی به مردگان (مرده پرستی)..... ۲۶۹

انحراف چندشکلی (چندگانه)..... ۲۶۹

درمان انحرافات جنسی..... ۲۷۰

فصل پنجم: تکنیک‌های زوج درمانی ۲۷۳

زوج درمانی گروهی به شیوهی کلاسر..... ۲۷۴

تکنیک‌های زوج درمانی ۳۱۰

تکنیک‌های دکتر محمدعلی بشارت: ۳۱۰

تکنیک‌های زوج درمانی گاتمن ۳۴۱

همین حالا به زوج درمانگر مراجعه کنید ۳۵۱

پنج ویژگی‌های زوج درمانی مؤثر ۳۵۶

مرکز کنترل درونی یا کنترل بیرونی در زوج درمانی ۳۶۴

ایجاد نگاهی نو در رابطه با مشاوره زوج درمانی ۳۷۱

مشاوره زوج درمانی و ایجاد توافق در ازدواج ۳۷۹

فصل ششم: روابط جنسی زوجین ۳۸۹

روابط زناشویی و روند رشد فردیت (دستیابی به خود

واقعی) ۳۹۰

وجه منفی روابط جنسی ۴۲۴

فصل هفتم: طلاق عاطفی زوجین ۴۳۹

پیش درآمدی بر طلاق عاطفی ۴۴۰

طلاق عاطفی کی رخ می‌دهد؟ ۴۴۷

ریشه طلاق عاطفی ۴۴۹

- ۴۵۳..... مفهوم طلاق
- ۴۵۶..... طلاق و انواع آن
- ۴۶۱..... طلاق در ادیان مختلف
- ۴۷۲..... تعاریف طلاق عاطفی
- ۴۷۶..... مراحل طلاق عاطفی
- ۴۸۱..... علل و عوامل طلاق
- ۴۹۲..... دلایل شایع طلاق عاطفی در جامعه امروز
- ۴۹۷..... آثار طلاق عاطفی
- ۵۰۲..... آمار مربوط به طلاق عاطفی
- ۵۱۰..... مهم ترین دلایل حفظ یک رابطه زناشویی
- ۵۱۱..... بحران ارزش ها
- ۵۱۸..... روش هایی برای جلوگیری از بروز طلاق عاطفی
- ۵۲۲..... پیشگیری از طلاق عاطفی
- ۵۲۶ منابع و مآخذ

پیشگفتار

در قرن بیست و یکم یعنی در عصری که با آزادی بیشتری در رسانه‌های جمعی و به طور کلی در محافل مختلف از روابط جنسی سخن به میان می‌آید، بسیاری از مردم به مشکلات جنسی گوناگون مبتلا هستند. در واقع تعداد بیمارانی که به این نوع مشکلات دچار هستند، پیوسته در حال افزایش است. فراگیری بحث روابط جنسی و تأکیدات و اشارات فراوان مربوط به این قضیه در جامعه باعث شده است که مبتلایان مشکلات

جنسی تصور کنند که همه به غیر از آنان یک زندگی جنسی بسیار شاد و لذت بخشی دارند. علاوه بر نیازهای فزاینده‌ی بیماران به کمک، متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی نیز اخیراً بیشتر متوجه این موضوع شده‌اند که مشکلات جنسی ممکن است توضیحی برای علائم مکرر یا دشوار دیگر بیماری‌ها باشند؛ برای نمونه فرد بالغی که در کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته، ممکن است بدون دلیل و بدون بررسی کافی در مورد تاریخچه و وضعیت روابط جنسی‌اش به اتاق عمل فرستاده شود. یا در سطحی خفیف‌تر مشاهده شده است که بسیاری از زنانی که به دلیل مشکل خونریزی رحم به

متخصص زنان و زایمان مراجعه می‌کنند، در واقع در درجه اول باید توسط متخصص روابط جنسی معاینه شوند.

یک پزشک خوب باید بتواند حس اعتماد را در بیماران خود تقویت کند تا آنان با خیالی راحت مشکلات شخصی و پنهان خویش را با او در میان بگذارند. به هر حال برای پزشکان موضوع شایعی است که معمولاً از پرسیدن سؤالات مربوط به تاریخچه روابط جنسی اجتناب می‌کنند؛ این امر فقط به خاطر شرم و خجالت نیست، بلکه در بسیاری موارد پزشکان می‌ترسند راه حلی برای مشکلات عنوان شده نداشته باشند. از نظر بسیاری از پزشکان، سکس درمانی یک تخصص پیچیده

خارج از حیطه‌ی مهارت‌های پزشک عمومی و یا حتی متخصصین زنان می‌باشد. این کتاب برای تغییر این تصور بوده و می‌تواند کمک مؤثری باشد.

پرستو کامرانی نیا

فصل اول:

اختلالات جنسی

مقدمه

مشکلات جنسی از موضوعات شایع و حائز اهمیت می‌باشند. لازم است پزشکان و بسیاری از متخصصین سلامت و درمان و طیف وسیعی از متخصصین داخلی قادر به ارزیابی آن بوده، راه‌های مؤثر و مفیدی را برای آن‌ها ارائه دهند. در واقع نیاز است که مسائل جنسی به عنوان مواد درسی و کمک درسی در دانشگاه‌ها در چندین رشته تخصصی در قالب آموزش‌های ویژه مورد توجه واقع شوند. آنچه که برای بسیاری از فراگیران و همچنین برای اکثر پزشکان ارشد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، این است که این

گروه باید توانایی داشته باشند که مشکلات و اختلالات عملکرد جنسی را اعم از مواردی که دلایل جسمی یا روانی دارند، مورد بررسی دقیق قرار دهند و بتوانند انواع اختلالات جنسی را به گونه‌ای طبقه بندی کنند که در قالب دانشی کاربردی قابل عرضه باشد. به علاوه برخی نیازهای دانشگاه‌ها را جهت دانش کاربردی در مورد اختلال هویت جنسی و یا انحرافات جنسی مشخص نمایند. (روان پزشکان دانشگاه رویال، ۲۰۰۱).

مشکلات جنسی همواره برچسبی ناخوشایند را با خود به همراه دارند و در نتیجه، صحبت کردن در مورد چنین مسائلی برای بیمار و پزشک کار

چندان آسانی نیست. بیماران تا هنگامی که یک رابطه درمانی پایدار با پزشک معالج یا هریک از اعضای تیم درمان برقرار نکرده باشند، از توضیح دادن کامل در مورد چنین مسائلی اجتناب می‌ورزند. در برخی موارد هم که افراد برای صحبت کردن آمادگی دارند یا داوطلب هستند، پزشکان سؤالات مناسبی نمی‌پرسند. به علاوه به تجربه ثابت شده است پزشکانی که سؤالات جنسی را به عنوان بخشی عادی از تاریخچه بیمار قرار داده و به سادگی به آنها اشاره می‌کنند، دو برابر بیشتر از پزشکانی که برای مطرح شدن چنین مسائلی منتظر خود بیمار می‌مانند مشکلات جنسی را می‌یابند (برنپ و گلدن، ۱۹۶۷).

با این حال باز هم بسیاری از پزشکان به ندرت در مورد مسائل جنسی سؤال می‌کنند. این امکان وجود دارد که با مطرح شدن مشکلات جنسی، پزشکان ندانند که چگونه باید به بیمار کمک نمایند و حتی ممکن است پزشکان اعتماد به نفس کامل را برای شناخت مشکل و ارائه راه حل مناسب نداشته باشند. هدف این کتاب آموزش همه‌ی سرفصل‌ها و مطالب مرتبط با مشکلات روانی جنسی نیست. اگر چنین کاری در کتابی به این کوچکی ممکن بود، دیگر به متخصصین بالینی و تخصص آن‌ها نیازی نبود. در عوض این کتاب خواننده را با مفاهیم پایه‌ای مشکلات جنسی آشنا کرده، چارچوبی مناسب در اختیار وی قرار می‌دهد

که بتواند مشکلات جنسی را شناسایی، ارزیابی و درمان نماید (یا اینکه تصمیم به ارجاع بیمار برای درمان بگیرد). مشکلات جنسی به طور کلی به سه بخش تقسیم می‌شوند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲؛ انجمن روان پزشکان آمریکا، ۱۹۹۴):

• اختلالات عملکرد جنسی

• اختلالات هویت جنسی

• انحرافات جنسی

تمرکز اصلی این کتاب روی اختلالات عملکرد جنسی است. به منظور ایجاز کلام به بخش‌های دیگر به تفصیل پرداخته نشده است. ضمن اختلالات عملکرد جنسی نسبت به انواع دیگر

مشکلات، حجم کاری بیشتری از فعالیت‌های پزشکان مربوطه را تشکیل می‌دهند و گریبانگیر بسیاری از بیماران هستند، از این رو ترجیح داده‌ایم که به آن‌ها بیشتر اهمیت بدهیم. البته مطالبی به طور مختصر در مورد انحرافات جنسی و اختلالات هویت جنسی در فصول چهارم و پنجم کتاب آورده شده است.

اهمیت بالینی اختلال عملکرد جنسی

شیوع و میزان بروز

مشکلات جنسی شایع‌تر از آن چیزی هستند که بیشتر مردم فکر می‌کنند. بسیاری از مردانی که به دلیل اختلالات نعوظی لا به مراکز درمانی مراجعه

و مشکلات خود را بیان می‌کنند، متوجه می‌شوند که بیش از ۱۰٪ مردان در جمعیت عمومی (بدون توجه به محدوده‌ی سنی) از مشکلات مشابهی رنج می‌برند. براساس مطالعات «کینزی» د در نیمه اول قرن بیستم، مشخص گردید که این گونه مشکلات کم و بیش با افزایش سن بیماران افزایش می‌یابند (کینزی و همکاران، ۱۹۴۸) (جدول ۱). در مطالعه گسترده دیگری مشخص شده است که شیوع اختلالات نعوظی از ۵٪ مردان در سن ۴۰ سالگی به ۱۵٪ در سن ۷۰ سالگی افزایش می‌یابد (فلدمن و همکاران، ۱۹۹۴).

جدول ۱: افزایش شیوع ناتوانی نعوظی همراه با افزایش سن

نسبت افراد دارای ناتوانی نعوظی	سن
۰/۱	۲۰
۰/۸	۳۰
۱/۹	۴۰
۶/۷	۵۰
۲۷	۷۰
+۵۰	+۷۵

آمار و ارقام به دست آمده از تحقیقات در مقیاس وسیع در زمینه دیگر اختلالات جنسی حاکی از آن است که شیوع این اختلالات ۶٪ برای انزال زودرس، ۱۶٪ برای فقدان اوج لذت جنسی زنان و ۶.۲٪ برای مقاربت دردناک زنان بوده است (گیهارد و جانسون، ۱۹۷۹). علی رغم وجود چنین ارقامی که میزان شیوع مشکلات در بخش‌های مختلف را نشان می‌دهند آنچه که اهمیت بالینی دارد، مشکلات مربوط به نارضایتی جنسی

می‌باشند؛ مانند دیگر بخش‌ها، در مورد نارضایتی جنسی هم شرایط توصیف شده توسط بیماران و شرکای جنسی آن‌ها درجات مختلفی را دربر می‌گیرد. رابطه بین این دو دقیقاً مشخص نیست.

در یک نظرسنجی که در سال ۱۹۷۸ توسط «فرانک» و همکارانش از ۱۰۰ زوج ازدواج کرده به عمل آمد، سه بخش اختلال عملکرد جنسی، مشکلات جنسی قد و نارضایتی جنسی (ملال) مورد بررسی قرار گرفت. تعداد زنانی که از مشکلات جنسی شکایت داشتند، بیش از مردان بوده است. حدود ۶۰٪ زنان و ۴۰٪ مردان تا حدی از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برده‌اند. در بخش نارضایتی جنسی هم ۲۰٪ زنان و ۳۰٪ مردان

دچار مشکل بوده‌اند. این آمار علاوه بر اینکه شیوع بیشتر اختلال عملکرد جنسی را نسبت به دو بخش دیگر نشان می‌دهند، مشخص می‌کنند که جنبه‌های دیگری از رابطه ممکن است در نارضایتی جنسی مؤثر باشند و زوج‌های مبتلا به این مشکل بهتر است برای آگاهی از ابعاد مختلف مشکل با متخصصین امر مشورت نمایند (فرانک و دیگران، ۱۹۷۸، بنکرافت، ۱۹۸۹).

با توجه به شیوع بیشتر اختلال عملکرد جنسی در جامعه و ارتباط آن با مشکلات طبی و روان پزشکی، طبیعی است که حجم زیادی از مشکلات یافت شده در تحقیقات مختلف که در مقیاس وسیع و روی جوامع آماری بزرگ انجام شده‌اند،

مربوط به طیف وسیعی از جمعیت‌هایی باشد که به کلینیک‌ها مراجعه نموده یا مشکلات طبی داشته‌اند (جدول ۲). علی‌رغم وجود تعداد زیادی از افراد که به این گونه اختلالات مبتلا هستند، تاکنون تلاش‌های کمی از طرف مراکز درمانی و پزشکان مرتبط با این حوزه‌ها برای کمک به چنین افرادی صورت گرفته است. برخی اوقات بیماران مبتلا به علل احتمالی روانی به روان‌پزشکان ارجاع داده می‌شوند. مراکزی که خدمات فوق‌را ارائه می‌دهند، علاوه بر پزشکان عمومی تعداد زیادی از بیماران خود را توسط سایر متخصصین نظیر متخصصین اورولوژی، دستگاه ادراری -

تناسلی، متخصصین زنان و زایمان و متخصصین دیابت دریافت می کنند (جدول ۳).

جدول ۳: میزان اختلالات عملکرد جنسی در جمعیت مراجعه کننده به

کلینیک و مشکلات طبی

دیابت شیرین	اختلال عملکرد نعوظی در ۵۰٪ مردان به طور عمومی (۲۵٪ در دهه چهارم و ۷۵٪ در دهه هفتم زندگی) (مک کالوج ^۱ و دیگران، ۱۹۸۰؛ رایین و بابوت ^۲ ، ۱۹۵۸)
کلینیک تنظیم خانواده (زنان)	مشکلات جنسی در ۱۲/۵٪ که از این میان ۷۵٪ درخواست کمک کرده بودند (بگ ^۳ و دیگران، ۱۹۷۶).
کلینیک تخصصی سینم ادراری - تناسلی (STIs)	اختلال جنسی در ۲۵٪ از مردان و ۲۹٪ از زنان (کانالان ^۴ و دیگران، ۱۹۸۱)
پزشکان عمومی / اورولوژی / زنان و زایمان	مشکلات جنسی در ۱۵٪ به طور میانگین (برنپ و گلدن، ۱۹۷۶)
متخصصین زنان	۱۷٪ دارای مشکلات جنسی (ترسیدن به ارگاسم) (لوین و پوست ^۵ ، ۱۹۷۶)
برداشتن سینه	فقدان هرگونه فعالیت جنسی تا یک سال پس از جراحی در ۳۳٪ موارد (مگواپر ^۶ و دیگران، ۱۹۷۸)
مولتیپل اسکلروزیس	اختلال عملکرد نعوظ در ۴۳ تا ۶۲٪ موارد (واس ^۷ ، ۱۹۷۸؛ لیلیوس ^۸ و دیگران، ۱۹۷۶)
امراض عروقی محیطی	اختلال عملکرد نعوظ در ۴۰ تا ۵۰٪ موارد (واگنر و متز ^۹ ، ۱۹۸۱)
کلینیک روان پزشکی	مشکلات جنسی / تعارضات زناشویی در ۱۲٪ موارد (سوان و ویلسون ^{۱۰} ، ۱۹۷۹)
سکته مغزی	در ۵۰٪ موارد فعالیت های جنسی پس از سکته متوقف شده اند (هاوتن ^{۱۱} ، ۱۹۸۴).

جدول ۳: مراجعه به سرویس‌های روانی - جنسی^۱ (تریگول و دیگران، ۲۰۰۴)

درصد	تعداد (از ۱۰۰۰)	تخصص
۵۲/۹	۵۲۹	بزشک عمومی
۲۰/۹	۲۰۹	اورولوژی
۵/۸	۵۸	دستگاه ادراری - تناسلی
۵/۶	۵۶	متخصصین زنان
۳/۰	۳۰	دیابت
۷/۳	۷۳	دیگر تخصص‌ها (بزشکی و جراحی)
۴/۵	۴۵	سایر منابع

تأثیرات اختلالات جنسی

اختلالات عملکرد جنسی علاوه بر ایجاد تأثیرات روحی در افراد، دارای یک سری عواقب بالینی خاص می‌باشند. این تأثیرات را در سه بخش مجزا مورد بررسی قرار خواهیم داد.

الف) تأثیر بر روابط

روابط جنسی وقتی به صورت طبیعی اجرا می‌شوند معمولاً تنها به عنوان بخش کوچکی از کل رابطه در نظر گرفته می‌شوند، اما وقتی که در این زمینه مشکل پیش بیاید تمامی جنبه‌های یک رابطه تحت تأثیر قرار می‌گیرند. در صورت عدم توجه به مشکلات جنسی، جنبه‌های غیر جنسی رابطه نیز پسرفت می‌کند. ناتوانی در انجام اعمال جنسی باعث ایجاد روحیه و نگرش منفی بین زوجین می‌گردد. این احساس منفی می‌تواند خود را به شکل شرمندگی، تحقیر، احساس گناه، خشم، ناامیدی و کاهش احترام به خود نشان دهد. علاوه بر فقدان احساسات مثبت، این روحيات منفی خود

می‌توانند موجب خودداری از برقراری رابطه جنسی گردند. اگر به این مشکلات توجه نشود، اصل رابطه در خطر خواهد بود. افرادی که به سرویس‌های روانی - جنسی مراجعه می‌کنند، معمولاً مشکلات جنسی را به عنوان دلیل اصلی برای ضعیف شدن روابط قبلی خود به حساب می‌آورند؛ برای مثال بنابر نظرسنجی که اخیراً در بریتانیا انجام شده است، ۲۱٪ مردانی که دچار مشکلات نعوظی بوده‌اند رابطه‌شان را از دست داده و ۹٪ نیز احساس می‌کردند که به دلیل این مشکل رابطه‌شان را به زودی از دست خواهند داد (انجمن ناتوانی جنسی، ۱۹۹۷). البته در برخی موارد زوجها با مشکلات جنسی‌شان کنار می‌آیند

و اجازه نمی‌دهند که این گونه نارسایی‌ها روابط روحی - عاطفی میان آن‌ها را سست نماید؛ حتی در برخی موارد، با وجود آگاهی از مشکلات جنسی و ممکن نبودن آمیزش جنسی، افراد تصمیم می‌گیرند که با هم زندگی کنند. باید توجه داشت که در چنین مواردی امکان دارد که بهبود روابط جنسی از سوی این افراد تغییر خوشایندی به حساب نیاید و شکل فعلی روابط را که هر دو از آن راضی هستند، بر هم بزند؛ بنابراین باید هر مورد را به صورت مجزا و در رابطه با شرایط خاص زوج مربوطه مورد بررسی قرار دهیم.

ب) تأثیر بر کودکان

مشکلات جنسی ممکن است اثرات بدی بر کودکان زوج‌های مبتلا به این مشکلات داشته باشند. این تأثیرات شامل روابط زیان‌آور میان اعضای خانواده و عواقب ناشی از طلاق‌های احتمالی به دلیل مشکلات جنسی می‌شوند. در دهه ۶۰، ۹۰٪ کودکان دوران کودکی و بلوغ خود را در کنار پدر و مادر بیولوژیک خود می‌گذرانند. در دهه ۸۰، این میزان به ۵۰٪ تقلیل یافت (وادورث ثل، ۱۹۸۶).

تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که طلاق بر زندگی کودکان به شکلی درازمدت تأثیر منفی می‌گذارد و

در حوزه‌های اجتماعی، احساسی، رفتاری و تحصیلی زندگی‌شان را مختل می‌نماید. «هترینگتون و استانلی - هاگان»، در یک مقاله مهم که در سال ۱۹۹۹ منتشر شد، هشدار دادند که تأثیرات منفی طلاق بر کودکان بسیار جدی بوده و نمی‌توان آن‌ها را با تلاش‌های به عمل آمده در سیستم آموزشی یا برنامه‌های درمانی کوتاه مدت جبران نمود (هترینگتون و استانلی - هاگان، ۱۹۹۹). به علاوه، تحقیق دیگری که در همان سال به عمل آمد نشان داد که رابطه قابل توجه و معنی داری میان طلاق والدین و افسردگی و طلاق در فرزندان آنان وجود دارد. در توضیح رابطه میان طلاق والدین و افسردگی کودکان در دوران

بزرگسالی آورده شده است که: «کیفیت رابطه میان والدین و فرزند و روابط میان پدر و مادر با رویدادهای اضطراب زای زندگی و میزان حمایت اجتماعی مورد نیاز کودکان در ارتباط است...» علاوه بر این، آنها ارتباط طولانی مدتی بین طلاق والدین و تجربه بعدی طلاق فرزندان در دوران بزرگسالی را دریافتند و تکرار این چرخه مشکلات را افزایش می‌دهد (اُکانر و دیگران، ۱۹۹۹). در مقاله «هترینگتون و استانلی» همچنین اشاره شده که عامل مخرب اصلی، عدم توافق میان والدین است نه صرفاً جدایی آنها از یکدیگر (هترینگتون و استانلی، ۱۹۹۹).

ج) تأثیر بر فرد

اضطراب بالینی بارز می‌تواند توسط مشکلات جنسی یا ارتباطی شعله ور گردد. احتمالاً به طور شایعی افسردگی هم ممکن است در افراد مستعد رخ دهد. به دلیل فقدان مطالعه طولی در مورد میزان بروز اختلال افسردگی ناشی از اختلال عملکرد جنسی نمی‌توان با اطمینان در مورد رابطه میان مشکلات جنسی و افسردگی بعدی صحبت کرد. آنچه واضح است این است که این دو موضوع با هم در ارتباط هستند. مشکلات جنسی افسردگی ایجاد می‌کنند، ولی خود افسردگی هم برخی اختلالات جنسی ثانویه دارد. این موضوع را باید جزء علائم افسردگی و ساز و کارهای مرتبط

با آن مثلاً در مورد از دست رفتن لیبدو مورد توجه قرار داد (بک، ۱۹۷۶؛ ماتیو و وینمان، ۱۹۸۲). گاهی اوقات هم مصرف داروهای ضدافسردگی موجب اختلال و اختلال عملکرد نعوظ یا انزال ناقص در برخی افراد می‌گردد (بیلون و دیگران، ۱۹۹۳؛ سگراوز فک، ۱۹۸۸).

برای دیدن یک بررسی مفصل و به روز در مورد اثرات و عوارض داروهای روانی می‌توانید به راهنمای دارودرمانی روانی مراجعه نمایید (بازیر، ۲۰۰۱). این واقعیت که مشکلات جنسی دارای اثرات بدی بر روابط، کودکان و افراد هستند، حاکی از اهمیت بررسی و توجه به این گونه مشکلات می‌باشد. کلید رسیدن به چنین وضعیتی

کسب اطلاع در مورد عملکردهای جنسی در
حالت کلی و طبیعی می‌باشد.

شناخت عملکرد جنسی طبیعی

از دیدگاه فیزیولوژیک یک رابطه جنسی سالم
مستلزم موارد زیر است:

۱- عملکرد درست غدد درون ریز (یعنی عادی
بودن سطح هورمون‌های جنسی): در این رابطه
مواد مختلفی دارای اهمیت هستند. تستوسترون در
هر دو جنس وجود دارد، هر چند سطح آن در
زنان کمتر است. هورمون جنسی متصل به گلوبولین
(SHBG) خ نیز اهمیت زیادی دارد؛ چون بیشتر
تستوسترون موجود در خون به آن متصل است؛

بنابراین بالارفتن میزان SHBG به معنی کاهش مقدار تستوسترون آزاد در خون می‌باشد. پرولاکتین بالا می‌تواند تحریک جنسی را در هر دو جنس مختل کند، همان طور که استرادیول بالا در زنان به نتیجه‌ای مشابه منجر می‌گردد. (گرچه میزان این ماده با توجه به اینکه فرد در کدام مرحله از عادات ماهانه قرار دارد، متفاوت خواهد بود).

۲- عملکرد درست سیستم خون رسانی به دستگاه تناسلی: دستگاه تناسلی خارجی در هر دو جنس توسط شریان شرمگاهی داخلی که یکی از شاخه‌های انتهایی تنه قدامی شریان خاصرهای داخلی است خون رسانی می‌شود.

۳- عملکرد درست سیستم عصب دهی دستگاه تناسلی: در یک نمای ساده، می‌توان گفت که فرایند تحریک اندام‌های تناسلی در زن و مرد (نعوظ در مردان و لغزندگی و احتقان مهبل / فرج در زنان) از طریق اعصاب پاراسمپاتیک و رسیدن به مرحله انزال / ارگاسم از طریق اعصاب سمپاتیک صورت می‌گیرد. اعصاب پاراسمپاتیک از ریشه‌های خاجی ۲S، ۳ و ۴ از طریق اعصاب احشایی لگنی و پیش عقده‌ای به دستگاه تناسلی انجام می‌گیرد. عصب دهی سمپاتیک از طریق شاخه‌های منشعب از اعصاب توراسیک (سینه‌ای) لومبار فوقانی می‌باشد که از شبکه لگنی عبور می‌کند (اغلب در قدام محل دو شاخه شدن آئورت

شکمی واقع شده و سپس از طریق شاخه‌های مجزا یا به صورت یک شبکه پراکنده‌ای از اعصاب به اندام تناسلی می‌رود گاهی هم از طریق عصب شرمگاهی). البته این توزیع خیلی متغیر است (بنکرافت، ۱۹۸۹).

۴- شناخت مناسب (یعنی وجود افکار و تصاویر محرک و جنسی در ذهن): این مورد که گاه از سوی بیماران و پزشکان نادیده گرفته می‌شود، اهمیت زیادی دارد. در موارد اختلال عملکرد جنسی روان زاد این موضوع از لحاظ سبب شناسی عارضه مذکور از اهمیتی مضاعف برخوردار است (نمونه کلاسیک این مسئله وجود اضطراب عملکرد در هنگام رابطه می‌باشد).

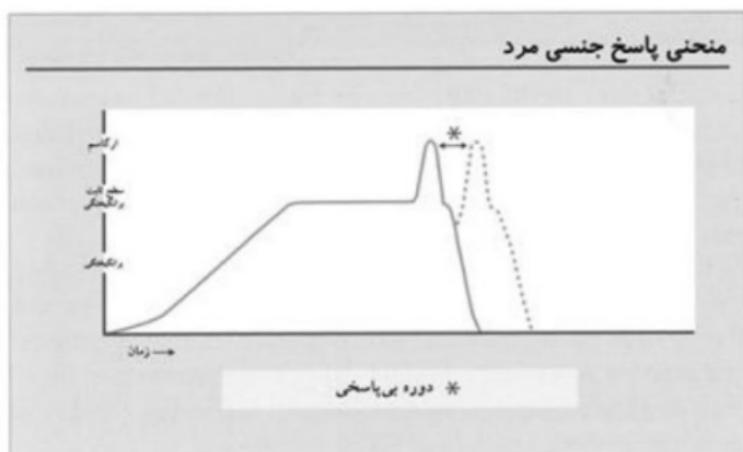
دلیل اختلال در تحریک جنسی هنگام فقدان افکار محرک و جنسی این است که افکار نامناسب برانگیختگی فیزیکی را مختل کرده و این اثر از طریق شبکه اعصاب غیرارادی منتشر می‌گردد.

در یک رابطه جنسی سالم، فرآیند پاسخ جنسی معمولاً شامل موارد زیر می‌باشد:

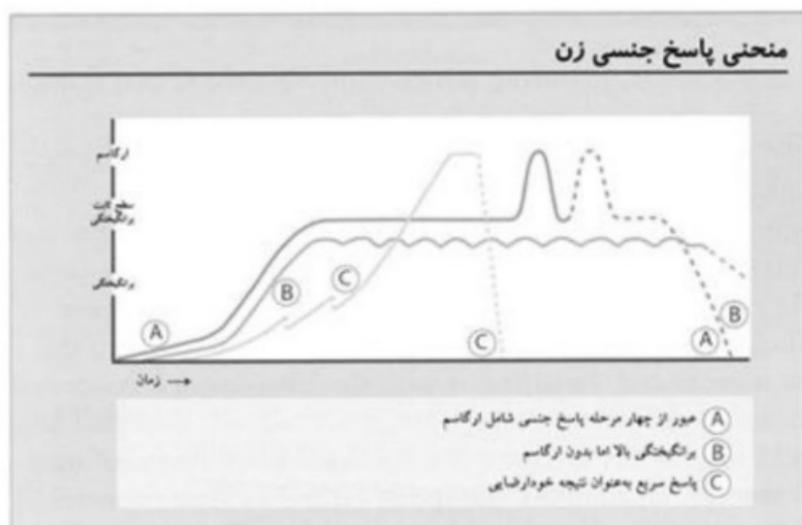
- سائق و میل جنسی
- برانگیختگی
- رسیدن به سطح ثابتی از برانگیختگی
- ارگاسم (اوج لذت جنسی)
- مرحله فرونشینی

نمای شماتیک نحوه واکنش جنسی مرد و زن در قالب نمودارهایی در شکل‌های او ۲ نشان داده شده است. هر دو نمودار را می‌توان با توجه به ۵ مرحله فوق‌الذکر مورد توجه قرار داد (توجه داشته باشید که نمودار مردان شامل دوره بی‌پاسخی هم می‌شود). نمودار زنان تنوع گوناگونی را نشان می‌دهد. سه الگوی اصلی مربوط به زنان در شکل ۲ نشان داده شده است: الگوی A مربوط به زنی است که از هر چهار مرحله می‌گذرد و به ارگاسم می‌رسد، الگوی B مربوط به زنی است که برانگیخته می‌شود ولی به ارگاسم نمی‌رسد و الگوی C مربوط به زنی است که سریع‌تر از

معمول به ارگاسم جواب می‌دهد (این حالت ممکن است در اثر تحریک خود به وجود آید).



شکل ۱: منحنی پاسخ جنسی مرد از هاوتن. ک. (۱۹۸۵).
سکس‌درمانی. راهنمای کاربردی.



شکل ۲: منحنی پاسخ جنسی زن. از هاوتن. ک. ۱۹۸۵.
سکس‌درمانی. راهنمای کاربردی.

سائق و میل جنسی

مرحله اولیه میل یا سائق جنسی نشان دهنده سطح علاقه جنسی اخیر فرد می‌باشد. توجه داشته باشید که نیاز جنسی (سائق) با تمایل جنسی فرق می‌کند. نیاز جنسی (سائق جنسی)، به معنی احساس نیاز برای برقراری ارتباط جنسی است و در همه انسان‌ها به دلایل بیولوژیک (هورمونی) وجود دارد و لزوماً شخص خاص یا موضوع خاصی را در برنمی‌گیرد، اما میل جنسی روی فرد یا موضوع خاصی متمرکز است. نیاز جنسی خود را به صورت افکار کلی در مورد روابط جنسی نشان می‌دهد، ولی تمایل معمولاً به یک فرد خاص مربوط می‌شود (ریلی، ۱۹۹۹).

برانگیختگی

در این مرحله افکار و فعالیت‌های جنسی تمرکز بیشتری پیدا می‌کنند. بارزترین نشانه این مرحله، تراکم خون در رگ‌های اطراف اندام‌های تناسلی است که موجب نعوظ در مردان و تراکم خون در فرج و کلیتوریس و همچنین مرطوب شدن این اندام‌ها می‌گردد. تحقیقات انجام شده بیانگر شباهت‌های آناتومیک و فیزیولوژیکی اندام‌های تناسلی زن و مرد می‌باشند. حشفه مرد شبیه کلیتوریس، بدنه اصلی آن شبیه لب کوچک و بیضه شبیه لب بزرگ است. هیچ تفاوت عمده‌ای که باعث اختلاف محسوس میان فرآیند برانگیختگی در زن و مرد باشد، دیده نمی‌شود. به علاوه مراکز

واکنش نخاعی مربوط به اندام‌های جنسی در دو جنس، مشابه و دارای اعصاب آوران و وایران با الگویی یکسان می‌باشند. پاسخ به تحریک لمسی نیز در دو جنس مشابه بوده، از دیدگاه فیزیولوژیک، حالت نعوظ در مردان مشابه حالت تورم بافت نعوظی در کلیتوریس است. در هر دو جنس، برانگیختگی از طریق مکانیزم‌های پیچیده‌ای که شامل حلقه‌های بازخوردی متعدد می‌باشند، انجام می‌شود که توسط «بنکرافت» به نام «چرخه روان تنی رابطه جنسی» نامگذاری شده است (شکل ۳).

ثبات برانگیختگی

در این مرحله، افراد در یک سطح برانگیختگی جنسی بالا قرار دارند. مدت این دوره در بین افراد مختلف و حتی در زمان‌های مختلف برای یک فرد با توجه به شرایط موجود متفاوت می‌باشد. امکان دارد این مرحله به ارگاسم منتهی شود و ممکن است این اتفاق نیفتد.

ارگاسم (اوج لذت جنسی)

تعریف کردن ارگاسم بسیار دشوار است و به همین دلیل اکثر نویسندگان از تعریف آن اجتناب می‌نمایند. «بنکرافت» در کتاب درسی مهم و برجسته‌ای که نوشته، ارگاسم را این گونه تعریف کرده است: «یک مفهوم اسرار آمیز در فیزیولوژی اعصاب که شامل فرآیندهای مرکزی در مغز و یک احساس گسترده و منتشر محیطی همراه با بالا رفتن احساس شهوانی و انقباض عضلانی که عمدتاً به صورت غیر ارادی می‌باشد.» تجربه خروج مایع منی در نقطه اوج این احساس ارگاسمی اتفاق می‌افتد. معمولاً انزال با تشدید حس شهوت و رسیدن به ارگاسم همراه است،

ولی باید توجه داشت که این دو دقیقاً بر هم منطبق نیستند و به عنوان دو بخش مجزا از فرآیند ارگاسم در مرد عمل می‌کنند. انزال خود شامل سه مرحله است:

۱- جاری شدن منی به مجرای ادرار (این مرحله از نظر مردان ممکن است به عنوان مرحله بدون برگشت و غیرقابل کنترل شناخته شود).

۲- منقبض شدن عضله گردن مثانه

۳- انقباض ریتمیک عضلات آلت تناسلی که موجب خروج منی از آلت در جهش‌های ۳ تا ۷ تایی و در فواصل زمانی ۸ / ۰ ثانیه می‌گردد.

در زنان هم انقباض‌های عضلانی در زمان ارگاسم در اطراف ماهیچه‌های مهبل - عجانی و در همان فواصل زمانی ۸ / ۰ ثانیه اتفاق می‌افتد. در متون قدیمی‌تر معمولاً به دو نوع ارگاسم در زنان اشاره می‌شده است: ارگاسم مهبل (که در اثر دخول و فشار آوردن آلت مرد اتفاق می‌افتد) از برخی جهات قوی‌تر و بالغ‌تر از ارگاسم کلیتوریال (که در اثر تحریک مستقیم کلیتوریس به طرق مختلف صورت می‌گیرد) می‌باشد. این تقسیم‌بندی امروزه دیگر معتبر شناخته نمی‌شود، گرچه هنوز بحث‌های بسیاری بر سر نعوظ در حالت ارگاسم در زنان وجود دارد. این موضوع با مفهوم

«گرافنبرگ» یا منطقه G در ارتباط است (لاداس و دیگران ۱۹۸۲).

در واقع به نظر می‌رسد که در اطراف مجرای ادرار برخی زنان بافت‌های پروستاتی وجود دارد که با ازدیاد حساسیت در یک منطقه کوچک در راستای دیواره قدامی مهبل در ارتباط می‌باشند. امکان خروج مایع پروستات از مجرای ادرار در حالت ارگاسم در چنین زنانی وجود دارد (یعنی انزال در زنان) (گلدبرگ ها و دیگران ۱۹۸۳).

مرحله فرونشینی

آخرین مرحله از یک پاسخ جنسی طبیعی، رفع تحریک یا فرونشینی است. در این حالت، بدن به

حالت عادی برمی گردد. کاهش ضربان قلب، کاهش سرعت تنفس، کاهش التهاب پوست بدن و کاهش تمرکز خون و رطوبت در اطراف آلت تناسلی از علائم این مرحله می باشند. این مرحله فرصت خوبی برای نزدیکی روحی و جسمی در یک ارتباط دوستانه میان زوجین می باشد؛ هرچند کسانی که یک روز کاری سخت و خسته کننده را پشت سر گذاشته اند، خواب را ترجیح می دهند! و این موضوع می تواند موجبات ناخشنودی شریک جنسی آنان را فراهم آورد.

دوره بی پاسخی

علاوه بر پنج مرحله مذکور، مرحله بی پاسخی هم در مردان اتفاق می افتد. این مرحله پس از

ارگاسم آغاز می‌شود و طی آن امکان تحریک فیزیکی بیشتر آلت تناسلی وجود ندارد. مدت زمان این دوره با افزایش سن زیادتر می‌شود. این مدت زمان برای یک نوجوان ممکن است تنها چند دقیقه باشد، در حالی که برای افراد سالمند ممکن است به چند ساعت یا حتی چند روز هم برسد (هاوتن، ۱۹۸۵). فرض عمومی بر آن است که مراحل مذکور در هر فعالیت جنسی به ترتیب از اولی تا پنجمی اتفاق می‌افتند. ولی در واقع، این مراحل دارای استقلال بیشتری از این هستند؛ برای مثال در یک مرد مبتلا به اختلال نعوظی ممکن است عمل انزال بدون نعوظ آلت اتفاق بیفتد. این تفاوت‌ها را

می‌توان از دیدگاه کنترل عصب شناسی مورد بررسی قرار داد.

طبقه بندی مشکلات جنسی

ماهیت (اصل) ترتیبی مراحل یک پاسخ جنسی را می‌توان در طبقه بندی اختلالات مربوط به آن نیز مشاهده نمود. مفیدترین طبقه بندی که تاکنون ارائه شده، متعلق به انجمن روان پزشکی آمریکا می‌باشد که در ویرایش چهارم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM - IV) آورده شده است. در DSM - IV اختلالات جنسی و هویت جنسی به سه دسته تقسیم شده‌اند:

• اختلالات جنسی

• انحرافات جنسی

• اختلالات هویت جنسی

طبقه‌بندی اختلالات جنسی

انواع:

نوع دائمی / اکتسابی

نوع تعمیم‌یافته (در همه‌ی موقعیت‌ها) / موقعیتی

نوع ناشی از ترکیب عوامل روان‌شناسی

اختلالات میل جنسی

اختلال میل جنسی کم‌کار

اختلال بی‌زاری جنسی

اختلالات برانگیختگی جنسی

اختلال برانگیختگی جنسی در زنان

اختلال نعوظ در مردان

اختلالات ارگاسمی

اختلال ارگاسمی در زنان

اختلال ارگاسمی در مردان

انزال زودرس

اختلال درد جنسی

تزدیکی دردناک (نه به دلیل یک وضعیت پزشکی عمومی)

گرفتگی عضلات مهبل (نه به دلیل یک وضعیت پزشکی عمومی)