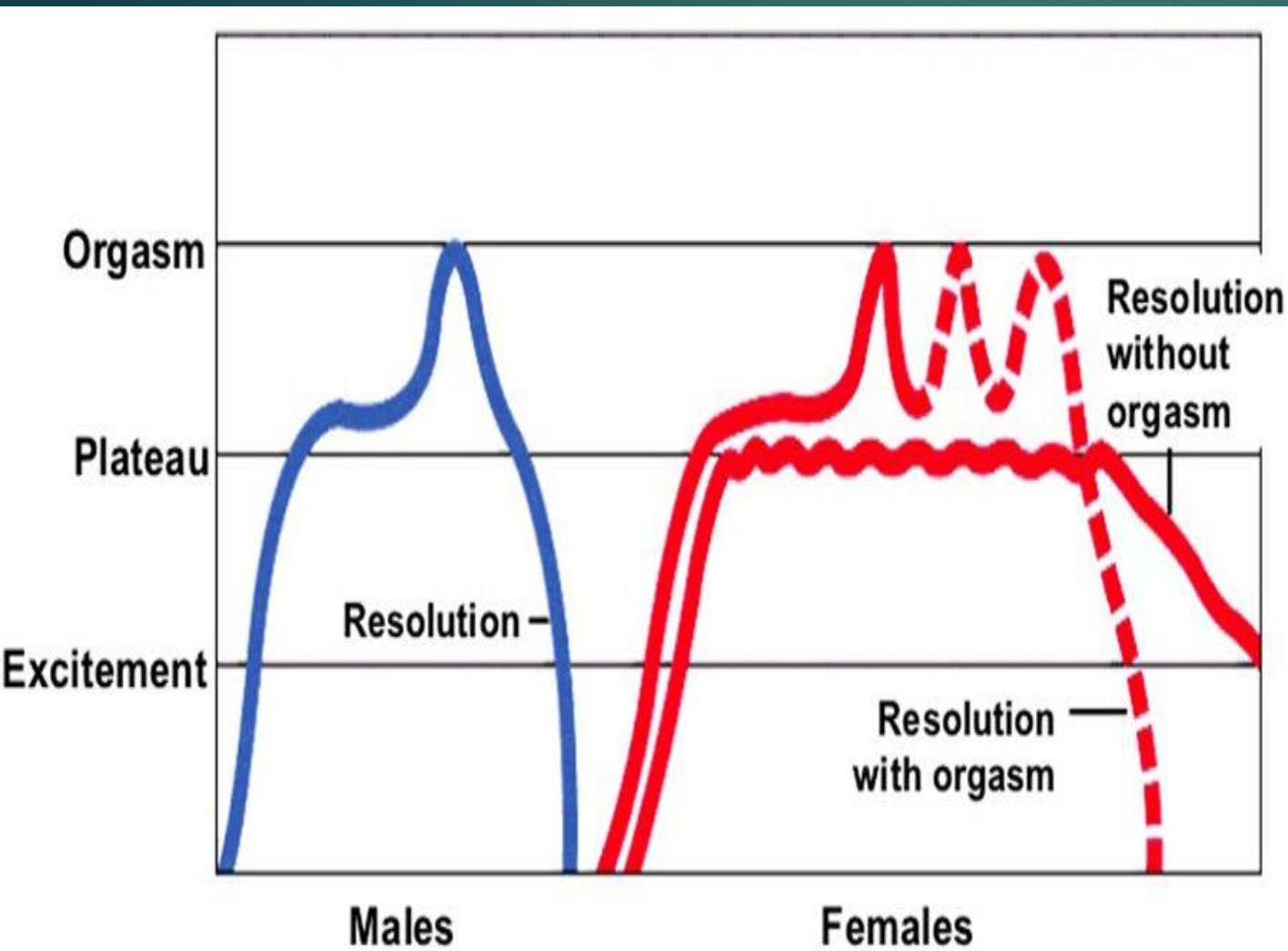


کژکاری های جنسی در DSM 5

فرگس سلک

چرخه ی جنسی چیست؟



برای پرداختن به کژکاری جنسی بهتر است ابتدا به درکی درست از چرخه ی جنسی برسیم تا بدانیم اختلال در کدام مرحله رخ می دهد. ممکن است برخی از افراد همیشه یا به ترتیب این چرخه را طی نکنند.



چرخه پاسخ جنسی به مجموعه ای از مراحل فیزیکی و عاطفی مربوط می شود که وقتی یک فرد تحریک جنسی می شود، رخ می دهد.

در طول چنین فعالیت هایی تحریک جنسی محدود به مقاربت، ساییدگی واژن و دخول نیست. چرخه پاسخ جنسی کامل می تواند در طول استمناء، تحریک دستی توسط شریک جنسی، رابطه جنسی دهانی یا فانتزی تجربه شود. دانستن و درک جامع از تغییرات فیزیولوژیکی بدن که در طول یک رابطه رخ می دهد، می تواند به بهبود رابطه جنسی، تعمیق رابطه با یک شریک و یا ریشه های یک مشکل جنسی کمک کند.



مدل مسترز و جانسون یکی از معروف ترین مدل‌های پاسخ جنسی است. این مدل شامل یک مرحله هیجان که شامل یک عنصر احساسی است که اغلب برای برخی از افراد برای رسیدن به ارگاسم لازم است. زن و مرد هر دو هر مرحله از مدل چهار مرحله ای را تجربه می کنند، اما مدت هر مرحله برای زن و مرد و یا بین افراد متفاوت است. با رابطه جنسی متعدد، شرکای جنسی می توانند تفاوت در سیکل پاسخ های جنسی یکدیگر را بیشتر درک کنند.

۱. میل جنسی Desire / Appetitive

اولین مرحله چرخه جنسی، «میل یا انگیزش جنسی» است. به معنای تمایل فرد به برقراری رابطه جنسی می باشد. اگر فرد تمایل داشته باشد، اختلال در دسته بعدی قرار گرفته می شود و اگر این تمایل وجود نداشته باشد، مشکل او مربوط به دسته اختلالات میل جنسی است. ممکن است برخی از افراد همیشه یا به ترتیب این چرخه را طی نکنند.

۲. برانگیختگی Excitment

دومین مرحله چرخه جنسی، تحریک یا برانگیختگی است. زمانی که فرد تمایل به رابطه جنسی دارد و قصد برقراری این رابطه را می‌کند، یک سری فعل و انفعالات فیزیکی و شیمیایی در بدنش اتفاق می‌افتد. این مساله در آقایان خود را به شکل نعوظ نشان می‌دهد و در خانم‌ها به صورت حرارت و مرطوب شدن واژن صورت می‌گیرد.

پلاتو یا کفه (Plateau): برخی این مرحله را متفاوت از مرحله قبل می‌دانند اما در این مرحله همچنان هیجان جنسی افزایش می‌یابد و پیش زمینه‌ای برای مرحله ارگاسم است. این مرحله زنان و مردان هیجان و لذت شدید و قوی را تجربه می‌کنند که می‌تواند از چند ثانیه تا چند دقیقه طول بکشد.

تنش عضلانی در این مرحله از آلت جنسی به سایر نقاط بدن مثل دست و پا گسترش پیدا می‌کند. ضربان قلب، تنفس و فشار خون افزایش می‌یابد. مرز مشخصی برای ورود به پلاتو و تفاوتی از مرحله برانگیختگی وجود ندارد. در پلاتو همان ویژگی‌های مرحله برانگیختگی ادامه می‌یابند، اما شدت شان بسیار بیشتر است.

۳. ارگاسم Orgasm

هر چقدر تحریک ادامه پیدا کند، شدت برانگیختگی بیشتر می شود تا به نقطه ارگاسم برسد. پس سومین مرحله چرخه جنسی، ارگاسم یا اوج لذت جنسی است. برای زنان ارگاسم می تواند طولانی تر از مردان باشد. همچنین زنان قابلیت تجربه ارگاسم های چندگانه و پشت هم را دارند، اما در مردان متفاوت بوده و برای داشتن فعالیت جنسی بعدی نیاز به زمان دارند.

۴. فرونشینی Resolution

مرحله آخر، فرونشینی است که تمام این فعل و انفعالات به حالت طبیعی برمی گردد و بدن وارد فاز آرامش می شود. ماهیچه ها شل می شوند و حالت قلبی عروقی به حالت اولیه باز می گردد. سوزش تناسلی در هر دو جنس به وجود می آید. مردان دوره بی پاسخی دارند و دقایقی به طول می انجامند که در طی آن نمی توانند ارگاسم را دوباره تجربه کنند.

کژکاری جنسی چیست؟

منظور از اصطلاح کژکاری جنسی اختلال در میل به ارضای جنسی یا ناتوانی در رسیدن به آن است. این اختلال درجات مختلفی دارد، اما صرف نظر از اینکه کدام همسر به کژکار بودن متهم شده باشد، معمولاً لذت جنسی در هر دو طرف رابطه، به طور نامطلوبی تحت تأثیر قرار می گیرد.



کژکاری با چهار تعریف دسته بندی می شود:

الف) از لحاظ زمان شروع

اولیه (دائمی): به این معنا که فرد در دفعات اولیه فعالیت جنسی خود (از هنگامیکه وارد فعالیت جنسی شده) با مشکل مواجه شده است.

ثانویه (اکتسابی): به این معنا که فرد در دفعات اولیه فعالیت جنسی خود مشکلی نداشته است.

ب) از نظر موقعیت

فراگیر: فرد در رابطه با تمام شریک های جنسی خود، موقعیت ها و تحرکات جنسی با مشکل روبرو شود.

موقعیتی: فرد در رابطه با انواع خاصی از شریک های جنسی خود، موقعیت ها و تحرکات جنسی با مشکل روبرو شود.



ج) از نظر شدت

خفیف: همراه با احساس ناراحتی کم

متوسط: همراه با احساس ناراحتی متوسط

شدید: همراه با احساس ناراحتی زیاد

د) نقش اتیولوژیک و یا موثر در درمان

عوامل مربوط به پارتنر مثل مشکلات جنسی او یا وضعیت سلامتی او

عوامل ارتباطی با پارتنر مثل ارتباط ضعیف یا ناهماهنگی در تمایل به فعالیت های جنسی

اختلال تاخير انزال

Delayed Ejaculation



دیر انزالی یا انزال دیررس یکی از اختلالات جنسی نادر می‌باشد که فرد مبتلا به آن، با وجود میل و تحریک جنسی فراوان، یا به ارگاسم نمی‌رسد و یا بسیار دیر ارگاسم را تجربه می‌نماید.

► **ملاک‌های تشخیصی اختلال تاخیر انزال در DSM5**

- حداقل یکی از دو نشانه زیر در ۷۵ الی ۱۰۰ درصد موارد فعالیت جنسی:
- تاخیر محسوس در انزال.
- نادر بودن انزالها یا فقدان محسوس انزال.
- نشانه‌های معیار A حداقل حدود ۶ ماه وجود داشته باشد.
- اختلال باعث ناراحتی عمده فرد و مشکلات بین فردی شده است.
- یک اختلال روانپزشکی دیگر نظیر افسردگی (بجز یک کژکاری جنسی دیگر) توضیح بهتری برای آن بوده و ناشی از بیماری طبی عمومی یا مصرف یک دارو یا مواد نمی‌باشد.



شیوع

میزان شیوع به علت دقیق نبودن تعریف این نشانگان، معلوم نیست. کمتر از ۱ درصد از مردان مشکلاتی در رابطه با رسیدن به انزال شکایت دارند.

همزمانی اختلالات

شواهدی وجود دارد مبنی بر این که تاخیر انزال ممکن است در انواع اختلالات افسردگی شایع تر باشد.

علل فیزیولوژیکی تاخیر انزال

- ▶ یکی از علل انزال دیررس تحریکات جنسی ناکافی است. مردانی که بصورت دائم در حال تحریک جنسی (مثل خودارضایی) هستند، ممکن است سرانجام دچار انزال دیررس و یا عدم انزال شوند.
- ▶ برای رسیدن به ارضاء باید تحریکات از طریق سیستم عصبی به مغز منتقل و از مغز دوباره پیامهای ثانویه به ناحیه تناسلی ارسال و سبب انزال مرد گردند. مختل شدن این سیستم عصبی موجب تاخیر در انزال و یا عدم انزال می شود.
- ▶ از دهه سوم زندگی فیبرهای عصبی که مخصوص هدایت سریع تحریکات عصبی هستند، رفته رفته کم می شوند، علاوه از آن با افزایش سن از حساسیت اندام تناسلی کاسته می شود، و بدین دلیل با افزایش سن، معمولاً مرد دچار تاخیر در انزال می شود.
- ▶ جراحی روی دستگاه تناسلی مثل جراحی پروستات، بیماری پارکینسون، بیماری بخش ساکراکال طناب نخاعی، دیابت و...
- ▶ مصرف زیاد الکل و کوکائین
- ▶ مصرف دارو از قبیل متیل دوپا، فنوتیازین ها و ضد افسردگی ها

علل روانشناختی تاخیر انزال

➤ افراد مبتلا به این اختلال معمولاً از خانواده سختگیر و متعصب با دید منفی نسبت به مسایل جنسی برخاسته اند. اکثراً در روابط غیر جنسی با دیگران هم دچار مشکل هستند و نمی توانند با کسی صمیمی شوند. بیشتر در مردان مبتلا به اختلال وسواسی جبری دیده می شود هنگامی که انزال می کنند ارگاسم آنها لذت بخش نیست. و دیگر دلایل آن از جمله:

- ترس یا تردید در مورد حاملگی شریک جنسی
- رابطه جنسی را گناه آلود تلقی کردن
- از دست دادن جاذبه برای شریک جنسی یا توقعات شریک جنسی برای تعهد بیشتر
- اضطراب ، خشم یا برافشفتگی نسبت به شریک جنسی
- بازتاب مشکلات بین فردی
- تمایلات خوداگاه یا ناخوداگاه زنا با محارم

درمان انزال دیررس یا دیر انزالی (تاخیر انزال)

- ▶ درمان شامل برطرف کردن عوامل روانشناسی و همچنین آموزش دادن جهت پایین آوردن فشارهای روانی و آموزش هایی جهت خوشایند کردن ارتباط جنسی.
- ▶ داروهائی که در درمان انزال دیررس مفید هستند به قرار زیر می باشند:
- ▶ داروهائی که میزان دوپامین را در خون بالا می برند
- ▶ داروهائی که گیرنده های آلفا را تحریک می کنند
- ▶ داروهائی که بعضی گیرنده های سروتونین را تحریک می کنند
- ▶ بعضی محرکهای گیرنده های هیستامینی
- ▶ مشاوره و زوج درمانی
- ▶ ریلکسیشن و تقویت طراوت جنسی
- ▶ استفاده از ویبراتور
- ▶ روان درمانی و روانکاوی (توقف در مرحله مقعدی)
- ▶ آموزش تمرکز بر اندام های جنسی

روش درمانی مستر و جانسون

- ▶ ابتدا رابطه جنسی بدون محدودیت و مثل همیشه انجام می شود، اما نوازش کردن و بوسیدن بیشتر از سابق باید باشد.
- ▶ در مرحله بعد زن به حالت استمناء مرد را به نزدیکی مرحله ارگاسم می رساند (حتی اگر این کار مدت زمان زیادی را لازم داشته باشد).
- ▶ در نهایت، کمی قبل از به ارگاسم رسیدن مرد، زن رابطه را از سر گرفته و انزال داخل واژن انجام می شود.

اختلال نعوظی

Erectic Disorder



اختلال نعوظ ناتوانی در سفت نگه داشتن کافی آلت مردان برای برقراری ارتباط جنسی می باشد که گاهی به آن ناکارآمدی جنسی نیز گفته می شود.

ملاک های تشخیصی اختلال نعوظ در DSM5

A- حداقل یکی از نشانه های زیر باید در تقریبا تمام فرصت های فعالیت جنسی (تقریبا ۷۵ تا ۱۰۰ درصد) تجربه شده باشد (در زمینه های موقعیتی مشخص، یا اگر فراگیر باشد، در تمام زمینه ها، فعالیت جنسی باید دونفره باشد و خودارضایی نباشد، خود فرد نباید تمایل داشته باشد انزال به تاخیر بیفتد).

۱. مشکل محسوس در رسیدن به نعوظ هنگام فعالیت جنسی

۲. مشکل محسوس در حفظ کردن نعوظ تا اتمام فعالیت جنسی

۳. کاهش محسوس در سفتی نعوظی

B- نشانه های ملاک A حداقل به مدت تقریبا ۶ ماه ادامه داشته اند.

C- نشانه های ملاک A موجب ناراحتی قابل ملاحظه بالینی در فرد می شوند.

D- این کژکاری جنسی با اختلال روانی غیر جنسی یا به عنوان پیامد ناراحتی شدید رابطه یا عوامل استرس زای مهم دیگر بهتر توجیه نمی شود و ناشی از تأثیرات مواد / دارو یا بیماری جسمانی دیگر نیست.

میزان شیوع به علت دقیق نبودن تعریف این نشانگان، معلوم نیست. افزایش شدید مرتبط با سن، به ویژه پس از ۵۰ سالگی، در شیوع و بروز این اختلال وجود دارد. تقریباً ۱۳ تا ۲۱ درصد از مردان ۴۰ تا ۸۰ ساله از مشکلات گاه و بیگاه و ۲ درصد از مردان پائین تر از ۴۰ تا ۵۰ سال از مشکلات مکرر در رابطه با نعوظ شکایت دارند. ۴۰ تا ۵۰ درصد از مردان بالای ۶۰ تا ۷۰ ساله ممکن است مشکلات مهمی در رابطه با نعوظ داشته باشند.

شاخص های تشخیصی

برای متمایز کردن مشکلات نعوظی ارگانیک از روانزاد می توان از آزمایش تورم شبانه آلت مردی و اندازه گیری آماس نعوظی هنگام خواب بر مبنای این فرض استفاده کرد که نعوظ های کافی و مناسب هنگام خواب با حرکات سریع چشم (مرحله REM) بیانگر سبب شناسی روانشناختی این اختلال است.

همزمانی اختلالات

اختلال نعوظی می تواند با تشخیص های جنسی دیگر مانند انزال زودرس و اختلال میل جنسی کم کار در مرد، به علاوه اختلالات اضطرابی و افسردگی همزمان باشد.

علل فیزیولوژیکی اختلال نعوظ

- ▶ **عامل ایجاد نعوظ** پمپ شدن شدید خون به درون اجسام غاری اندام و ممانعت از خروج آن توسط بسته شدن مسیر سیاهرگ ها می باشد. بنابراین در دو حالت کلی اختلال نعوظ ایجاد می شود:
- ▶ کاهش یا قطع جریان سرخرگی که در آن خون به خوبی وارد اندام نمی شود.
- ▶ بسته نشدن مسیرهای سیاهرگی و نشت خون وارد شده به اندام به خارج.

علل روانشناختی اختلال نعوظ

- ▶ سوپرایگو سخت گیر و کیفر دهنده
- ▶ ناتوانی برای اعتماد
- ▶ احساس بی کفایتی یا نامطلوب بودن
- ▶ بازتاب مشکلات بین فردی به دلیل ترس، اضطراب، خشم یا افسردگی
- ▶ یکنواختی و سرد شدن رابطه جنسی
- ▶ مشکل در جهت گیری جنسی

درمان اختلال نعوظ

➤ بهبود سبک زندگی: شامل

➤ غذای مناسب

➤ کاهش استرس

➤ کاهش وزن

➤ دوری از مصرف سیگار و الکل و مواد

➤ عدم مصرف خودسرانه دارو

➤ ورزش شامل پیاده روی سریع و شنا به گونه ای که ۲۰۰ کالری انرژی در روز مصرف کند.

➤ **داروهای خوراکی:** مهار کننده های فسفودی استراز نوع ۵ (PDE-5) ، مثل: سildenafil (ویاگرا) و تادالافیل (سیالیس) در اختلال نعوظ داروی خط اول محسوب می شوند.

➤ **تستسترون و هورمون ها:** درمان با تستوسترون به طور شایع در مردان دچار اختلال کارکرد نعوظ که دارای سطح پایین تستوسترون (سطح سرمی تام صبحگاهی زیر ۳۰۰ ng/dl باشد) هستند، توصیه می شود. تجویز تزریقی آن از نوع خوراکی یا پچ پوستی موثرتر است.

اختلال ارگاسمی در زن

Female Orgasmic Disorder





اختلال ارگاسم در زن با مشکل تجربه کردن ارگاسم یا کاهش محسوس شدت احساسات ارگاسمی مشخص می شود. بسیاری از زنان برای رسیدن به ارگاسم به تحریک کلیتوریسی نیاز دارند و بخش نسبتاً کمی از زنان می گویند که همیشه هنگام آمیزش جنسی آلتی- واژنی دستخوش ارگاسم می شوند. بنابراین، تجربه کردن ارگاسم در زن از سریق تحریک کلیتوریسی، اما نه هنگام آمیزش جنسی، ملاک های تشخیصی بالینی اختلال ارگاسمی در زن را برآورده نمی کند.

ملاک های تشخیص

A. وجود هر یک از نشانه های زیر که تقریباً در تمام (تقریباً ۷۵ تا ۱۰۰ درصد) فرصت های فعالیت جنسی تجربه می شود (در زمینه های موقعیتی مشخص یا، اگر فراگیر باشد، در تمام زمینه ها):

۱. تأخیر محسوس، نادر بودن محسوس ارگاسم، یا فقدان آن.

۲. کاهش محسوس شدت احساسات فیزیکی ارگاسمی

B. نشانه های ملاک a حداقل به مدت تقریباً ۶ ماه ادامه داشته اند.

C. نشانه های ملاک a موجب ناراحتی قابل ملاحظه بالینی در فرد می شوند.

D. این کژکاری جنسی با اختلال روانی غیر جنسی یا به عنوان پیامد ناراحتی شدید رابطه (مثل خشونت همسر) یا عوامل استرس زای مهم دیگر بهتر توجیه نمی شود و ناشی از تأثیرات مواد / دارو یا بیماری جسمانی دیگر نیست.

میزان شیوع گزارش شده برای مشکلات ارگاسمی در زنان بسیار تفاوت دارد و بسته به عوامل متعدد (مثل سن، فرهنگ، مدت و شدت نشانه ها) از ۱۰ تا ۲۴ درصد گسترش دارد.

شاخص های تشخیصی

در محیط های بالینی تشخیص اختلال ارگاسمی در زن براساس گزارش شخصی زن صورت می گیرد.

همزمانی اختلالات

زنان مبتلا به اختلال ارگاسمی ممکن است مشکلات علاقه / برانگیختگی جنسی همزمان داشته باشند.

علل روانشناختی اختلال ارگاسمی زن

- ▶ ترس از حاملگی
- ▶ طرد شدن از سوی شریک جنسی
- ▶ صدمه به واژن
- ▶ خصومت نسبت به مردان
- ▶ احساس گناه در مورد تکانه های جنسی
- ▶ انتظارات فرهنگی و محدودیت های اجتماعی زنان (بسیاری از زنان با این عقیده بار می آیند که لذت جنسی، حق طبیعی زنان به اصطلاح محترم نیست).

علل فیزیولوژیکی و زیستی

بیماریهای مختلف: کم کاری تیروئید و دیابت و افزایش پرولاکتین و عفونت های واژن و...

داروها و مواد: مثل داروهای ضد فشارخون، ضد افسردگی های سه حلقه ای، SSRIها، آنتی کلینرژیک و آنتی هیستامین ها و آنتاگونیست های دوپامین مثل تیوریدازین و سه حلقه ای ها مثل ایمی پرامین و از همه شایعتر ضدافسردگی های MAOI و مواد اپیویدی

درمان اختلال ارگاسمی زن

- ▶ بهبود سبک زندگی مثل انجام ورزش
- ▶ عدم مصرف سیگار و الکل و سایر مواد
- ▶ رژیم غذایی مناسب
- ▶ افکار معنوی
- ▶ انجام مشاوره با روانپزشک جهت شناسایی علل احتمالی اختلال و تعدیل
- ▶ از بین بردن عوامل موثر مثلاً تنظیم داروهای مصرفی به کمترین میزان موثر
- ▶ درمان های دارویی با داروهای ضد افسردگی بویژه عوامل دوپامینرژیک مثل **بوپروپیون**
- ▶ تجویز هورمون در صورت کمبود آن
- ▶ استفاده از داروهای دیگر برای خنثی کردن اثرات منفی داروهای تجویزی در ارگاسم بطور مثال داروهای ضد افسردگی موسوم به SSI می توانند باعث اختلال ارگاسم شوند.
- ▶ داروهایی از قبیل سپروپتادین، آمانتادین، ریتالین، یوهمبین و بوسپرون می توان این اثرات منفی داروها را برطرف یا میزان آن را کاهش داد.

اختلال علاقه / برانگیختگی جنسی در زن

Female sexual interest/ arousal Disorder



- 
- ▶ اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی در زنان عبارت است از فقدان یا کاهش شروع فعالیت جنسی، علاقه به فعالیت جنسی، افکار و خیال پردازی ها جنسی و لذت جنسی.
 - ▶ هنگام ارزیابی اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی در زن، باید موقعیت میان فردی به حساب آورده شود. «اختلال میل» که به موجب آن زن میل کمتر از همسر برای فعالیت جنسی دارد، برای تشخیص دادن اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی در زن کافی نیست.

A. فقدان، یا کاهش قابل ملاحظه میل / برانگیختگی جنسی به صورتی که با حداقل سه مورد زیر آشکار می شود:

۱. فقدان / کاهش علاقه به فعالیت جنسی.

۲. فقدان / کاهش افکار، خیالپردازی های جنسی / شهوانی.

۳. شروع نکردن یا کاهش شروع فعالیت جنسی و معمولا پذیرا نبودن اقدامات همسر برای شروع کردن فعالیت جنسی

۴. فقدان / کاهش برانگیختگی لذت جنسی هنگام فعالیت جنسی در تقریبا تمام (تقریبا ۷۵ تا ۱۰۰ درصد) آمیزش های جنسی (در زمینه های موقعیتی مشخص یا، اگر فراگیر باشد، در تمام زمینه ها).

۵. فقدان / کاهش علاقه برانگیختگی جنسی در پاسخ به هرگونه نشانه های جنسی / شهوانی بیرونی یا درونی (مثل نشانه های مكتوب، کلامی، دیداری).

۶. فقدان / کاهش احساسات تناسلی یا غیر تناسلی هنگام فعالیت جنسی در تقریبا تمام (تقریبا ۷۵ تا ۱۰۰ درصد) آمیزش های جنسی (در زمینه های موقعیتی مشخص یا، اگر فراگیر باشد، در تمام زمینه ها).



B. نشانه های ملاک A حداقل به مدت تقریباً ۶ ماه ادامه داشته اند.

C. نشانه های ملاک A موجب ناراحتی قابل ملاحظه بالینی در فرد می شوند.

D. این کژکاری جنسی با اختلال روانی غیر جنسی یا به عنوان پیامد ناراحتی شدید رابطه (مثل خشونت همسر) یا عوامل استرس زای مهم دیگر بهتر توجیه نمی شود و ناشی از تأثیرات مواد/ دارو یا بیماری جسمانی دیگر نیست.

میزان شیوع گزارش شده برای اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی در زنان معلوم نیست.

شکل گیری و روند

در طول عمر، تغییرات هنجاری در علاقه و برانگیختگی جنسی وجود دارد. به علاوه زنانی که روابط طولانی مدت تری داشته اند بیشتر از زنانی که روابط کوتاه مدت تر داشته اند از پرداختن به فعالیت جنسی با وجود هیچ احساس واضح میل جنسی از همان ابتدای آمیزش جنسی خبر می دهند. خشکی واژن در زنان مسن تر، با سن و وضعیت یائسگی ارتباط دارد.

همزمانی اختلالات

همزمانی بین مشکلات علاقه/برانگیختگی جنسی و مشکلات جنسی دیگر رایج است. ناراحتی جنسی و نارضایتی از زندگی جنسی نیز در زنان با میل جنسی کم همبستگی بالایی دارد.

علت ایجاد سرد مزاجی یا اختلال برانگیختگی جنسی در زنان

- ▶ تربیت سخت گیرانه و مستبدانه دوره کودکی
- ▶ تربیت بسیار مذهبی و خشک در دوران کودکی
- ▶ سکس های عجولانه در دوره نامزدی و ترس از فهمیدن دیگران، حاملگی و ورود افراد دیگر به اتاق
- ▶ داشتن خاطره بد از اولین رابطه سکسی
- ▶ احساس خشم و یا تنفر از همسر
- ▶ نداشتن اعتماد به همسر
- ▶ وجود رابطه نا ایمن و نامهربان و دعوا و خشونت میان همسران
- ▶ هنگامی که یک زن نتواند به همسرش تکیه کند و او را به عنوان یک مرد مطمئن در کنارش بپذیرد
- ▶ بی احترامی به زن از سوی همسر
- ▶ داشتن اطلاعات غلط و اشتباه درباره سکس
- ▶ احساس اینکه رابطه جنسی یک رابطه کثیف است و تنها مربوط به زنان بدکاره می شود
- ▶ مصرف داروهای ضد افسردگی، ضد اضطرابها و داروهای ضد فشارخون باعث عدم انجام ارگاسم و نهایتاً سردمزاجی در زنان می شوند.
- ▶ آسیب دیسک بین مهره های کمری و ستون فقرات نیز روی این اختلال تأثیر دارند.



روان درمانی

روان درمانی های ثابت شده ای برای میل جنسی کم کار وجود ندارد .

معمولا روان درمانگران بر آموزش، آموزش ارتباط، بازسازی شناختی عقاید کژکار درباره تمایلات جنسی، آموزش خیالپردازی جنسی و آموزش تمرکز بر احساس تأکید می کنند.

از تمرین های تمرکز حسی، در درمان چند نوع دیگر کژکاری های جنسی نیز استفاده شده است. در این تمرین ها، به زوج ها آموزش داده می شود بر احساس های لذت بخش ناشی از لمس شدن تمرکز کنند بدون اینکه عملا آمیزش جنسی یا ارگاسم داشته باشند.

اختلال درد / دخول تناسلی – لگنی

Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder





این اختلال DSM IV-TR با عنوان اختلال واژینسموس شناخته می شد. اختلال درد / دخول تناسلی - لگنی به چهار بعد نشانه معمولاً همزمان اشاره دارد:

۱) مشکل داشتن در آمیزش جنسی، ۲) درد تناسلی - لگنی، ۳) ترس از درد یا دخول واژنی و ۴) تنش عضلات کف لگن. چون مشکل عمده در هریک از این ابعاد نشانه اغلب برای ایجاد ناراحتی قابل ملاحظه بالینی کفایت می کند، تشخیص می تواند براساس مشکل محسوس در فقط یک بعد نشانه داده شود. با این حال، هر چهار بعد نشانه باید ارزیابی شوند، حتی اگر تشخیص بتواند براساس فقط یک بعد نشانه داده شود.

A. مشکل های پایدار یا عودکننده که با یک (یا چند مورد) از موارد زیر مشخص می شود:

۱. احساس درد در زمان دخول واژنی هنگام رابطه جنسی.
 ۲. درد مشخص واژنی یا لگنی در طول مقاربت یا تلاش برای دخول.
 ۳. ترس یا اضطراب انتظاری مشخص از دردناک بودن دخول واژنی یا لگنی در ابتدای مقاربت.
 ۴. انقباض یا سفت شدن محسوس عضلات لگنی هنگام تلاش شریک جنسی برای دخول واژینال.
- B. تداوم علائم ملاک A حداقل به مدت تقریباً ۶ ماه.

C. علائم ملاک A موجب پریشانی بالینی قابل توجه در فرد می گردد.

D. این کژکاری جنسی با اختلال روانی غیرجنسی دیگری قابل توجیه نیست و یا ناشی از نارضایتی شدید از رابطه (مانند خشونت همسر) یا سایر عوامل استرس‌زای عمده و یا متأثر از مصرف مواد/ یا داروهای نسخه شده یا سایر بیمارهای جسمی نمی باشد.

مشخص کنید:

در تمام عمر: اختلال از زمانی که فرد از لحاظ جنسی فعال شده وجود داشته است.
اكتسابی: اختلال پس از يك دوره عملکرد جنسی تقریباً بهنجار آغاز گردیده است.

شدت کنونی را مشخص کنید:

خفیف: وجود شواهدی از ناراحتی کم از تجربه علائم ملاک A.
متوسط: وجود شواهدی از ناراحتی متوسط از تجربه علائم ملاک A.
شدید: وجود شواهدی از ناراحتی شدید یا بسیار شدید از تجربه علائم ملاک A.

میزان شیوع گزارش شده برای اختلال درد / دخول تناسلی - لگنی معلوم نیست.

شکل گیری و روند

شکل گیری و روند اختلال درد / دخول تناسلی - لگنی معلوم نیست. شکایت های مرتبط با درد لگنی در اوایل بزرگسالی و دوره پیش از یائسگی به اوج می رسند. شکایت زنان از درد تناسلی - لگنی در دوره پیش از یائسگی بیشتر است.

بهره کشی جسمی و جنسی در DSM IV اغلب به عنوان پیش درآمدهای اختلالات مقاربت جنسی و واژینسم توصیف شده است.

همزمانی اختلالات

همزمانی بین مشکلات علاقه/برانگیختگی جنسی و مشکلات جنسی دیگر رایج است.

علل روانی اختلال درد / دخول تناسلی - لگنی

- ۱- ضربه به هنگام روابط جنسی گذشته
 - ۲- آزار جنسی و تجاوز
 - ۳- تجارب زودهنگام در کودکی
 - ۴- مقاربت دردناک و درد در اولین رابطه جنسی
 - ۵- پیش بینی مقاربت اولیه دردناک
 - ۶- ترس، اضطراب، خصومت، عصبانیت، تنفر یا شرم از فعالیت جنسی
 - ۷- اشتباهاتی که از جانب همسر صورت گرفته و موجب واژینیسم می شود:
- الف) ماهرانه نبودن اعمال جنسی
- ب) ناکافی بودن میزان نرم کردن مهبل قبل از دخول
- ج) ناکافی بودن میزان مرحله تحریک

علل روانی اختلال درد / دخول تناسلی - لگنی

- ۸- انعکاسی از روابط نامطلوب زن و شوهر
- ۹- تجربه زایمان مشکل
- ۱۰- آموزش های بازدارنده و سختگیرانه جنسی
- ۱۱- فقدان آموزش جنسی
- ۱۲- محیط خشک مذهبی و افراطی و مواردی که سکس با گناه ارتباط داده می شود.
- ۱۳- ترسناک و خطرناک انگاشتن آلت تناسلی مردانه
- ۱۴- داشتن تصور اشتباهی از سکس و کثیف انگاشتن آن
- ۱۵- زنی که از نظر روانی و عاطفی آزار میبیند به طور ناخودآگاه مقابله به مثل میکند یعنی اعتراض خود را به این شیوه غیر کلامی (واژینیسموس) ابراز می کند
- ۱۶- تصور کوچک بودن واژن و ترس از پارگی و خونریزی حین مقاربت

علل زیستی اختلال درد / دخول تناسلی - لگنی

(اگر منحصرأ ناشی از این علل باشد تشخیص اختلال درد تناسلی / لگنی داده نمی شود)

- ۱- عفونت مهبل
- ۲- دردهای عصبی ناشی از لمس کردن آلت تناسلی
- ۳- سندرم التهاب محافظه آلت تناسلی
- ۴- عدم لزجی مهبل
- ۵- رادیو تراپی به عنوان درمان سرطان دهانه رحم
- ۶- پرده بکارت ضخیم یا سوراخ نشده
- ۷- واکنش های آلرژیک

روان درمانی اختلال درد / دخول تناسلی - لگنی

درمان اصلی برای بیماری واژینیسموس روان درمانی است. زیرا علت آن روانی بوده و عمدتاً اختلال عضوی وجود ندارد. روان درمانی شامل صحبت کردن با مشاور و درمان شناختی و مثبت کردن ذهن بیمار می باشد. در روان درمانی، روانشناس سعی در بهبود روابط زوجین و حل تعارض ها در زندگی دارد. هم چنین تکنیک هایی مثل ریلکسیشن تاثیر زیادی دارند. توجه به روابط زن و مرد یکی از اصلی ترین نکاتی است که باید مورد توجه قرار داد، چرا که کیفیت روابط کلی زوجین بر روابط جنسی آنها اثر چشمگیری دارد.

دارو درمانی اختلال درد / دخول تناسلی - لگنی

برای درمان بیماری واژینیسموس نیازی به دارو نیست و فقط در بعضی موارد شدید خواب آور های خفیف یا آرامبخش آن هم تحت نظر پزشک تجویز می شود.

مراحل درمان مقاربت دردناک

۱- معاینه دستگاه تناسلی توسط پزشک (متخصص زنان یا ماما) برای رد کردن عامل فیزیکی. برای کنار گذاشتن علائم ارگانیک (در مواردی که در معاینه ساده فرد اجازه معاینه ندهد) معاینه باید تحت بیهوشی یا داروهای خواب آور انجام گردد تا این اطمینان به بیمار داده شود که اختلال آناتومیکی وجود ندارد (بیهوشی به مفهوم سدیشن در سطح خفیف است برای ریلکس شدن فرد و مفهوم بیهوشی مثلا برای جراحی نیست).

۲- در صورت تشخیص اختلال درد / دخول تناسلی- لگنی ابتدا باید سابقه جنسی بیمار را بررسی نمود که شامل تجارب زود هنگام در کودکی، پاسخ های جنسی قبلی و فعلی، روش های ضد بارداری، اهداف تولید مثلی، احساس در قبال همسر، مشخصات درد و ... می باشد.

۳- مداوای بدنی که شامل تمرین های بدنی برای کاهش اسپاسم می باشد:

دو تمرین مهم: انقباض و انقباض مهبل (تمرینات کگل) و استفاده از دیلاتور.

اختلال میل جنسی کم کار در مرد

Male Hypoactive Sexual Desire Disorder





اختلال میل جنسی کم کار یا پایین عبارت است از کمبود یا فقدان خیال پردازی و افکار جنسی و میل به فعالیت جنسی که با پریشانی بین فردی همراه است.

هنگام ارزیابی اختلال میل کم کار در مرد، باید موقعیت میان فردی به حساب آورده شود. «اختلاف میل» که به موجب آن مرد کمتر از همسر خود میل به فعالیت جنسی دارد، برای تشخیص دادن اختلال میل جنسی کم کار در مرد کفایت نمی کند. برای تشخیص این اختلال، میل کم یا فقدان آن برای آمیزش و کمبود یا فقدان افکار خیال پردازی های جنسی ضرورت دارد. امکان دارد بین مردان از نظر اینکه چگونه میل جنسی ابراز شود تفاوت هایی وجود داشته باشد.

ملاکهای تشخیص اختلال میل جنسی کم کار در مرد در DSM5

A. کاهش (یا فقدان) پایدار یا عود کننده افکار یا رویاپردازی های جنسی و میل جنسی به گونه ای که ارزیابی متخصص بالینی با در نظر گرفتن عوامل اثرگذار بر عملکرد جنسی، مانند سن و زمینه های عمومی و فرهنگی زندگی فرد آن را تأیید کند.

B. تداوم علائم ملاک A حداقل به مدت تقریباً ۶ ماه.

C. علائم ملاک A موجب پریشانی بالینی قابل توجه در فرد می گردد.

D. این کژکاری جنسی با اختلال روانی غیرجنسی دیگری قابل توجیه نیست و یا ناشی از نارضایتی شدید از رابطه یا سایر عوامل استرس‌زای عمده و یا متأثر از مصرف مواد/ یا داروهای نسخه شده یا سایر بیماری‌های جسمی نمی باشد.

میزان شیوع میل جنسی کم کار در مرد بسته به کشور مبدأ و روش ارزیابی تفاوت دارد. تقریباً ۶ درصد از مردان جوان (۱۸ تا ۲۴ سال) و ۴۱ درصد مردان مسن تر (۶۶ تا ۷۴ سال) مشکلاتی در رابطه با میل جنسی دارند. با این حال با ملاک تداوم بیشتر از ۶ ماه، فقط بر بخش کوچکی از مردان ۱۶ تا ۴۴ سال (۱/۸ درصد) تاثیر می گذارد.

شکل گیری و روند

در میل جنسی، کاهش هنجاری در رابطه با سن وجود دارد. نیرومندی علایم جنسی ممکن است با بالا رفتن سن کاهش یابد و باید هنگام ارزیابی کردن مردان برای اختلال میل جنسی کم کار، در نظر گرفته شوند.

همزمانی اختلالات

افسردگی و اختلالات روانی دیگر، به علاوه عوامل غدد مترشحه داخلی اغلب با اختلالات میل جنسی کم کار در مرد همزمان هستند.

علل کاهش میل جنسی یا میل جنسی کم کار

وجود میل جنسی به چندین عامل بستگی دارد و فقدان یا صدمه به یک یا چند تا از این عوامل می تواند باعث کاهش میل جنسی شود.

- ▶ سائق زیستی (لیبدو)
- ▶ عزت نفس کافی
- ▶ توانایی پذیرش خویشتن بعنوان یک فرد فعال جنسی
- ▶ تجارب خوب قبلی از رابطه جنسی
- ▶ دسترسی به یک شریک جنسی مناسب
- ▶ رابطه خوب با شریک جنسی در زمینه های غیرجنسی
- ▶ تشویش جنسی
- ▶ بیماری های جسمی
- ▶ مصرف الکل و اعتیاد به مواد مخدر
- ▶ گرایش همجنس گرایانه
- ▶ هورمون های جنسی از جمله: تستوسترون خون، بالارفتن پرولاکتین خون و دیر انزالی یا انزال دیررس یکی از اختلالات جنسی نادر می باشد که فرد مبتلا به آن، با وجود میل و تحریک جنسی فراوان، یا به ارگاسم نمی رسد و یا بسیار دیر ارگاسم را تجربه می نماید.

درمان اختلال میل جنسی کم کار در مرد

درمان کمبود میل جنسی اغلب بستگی به درمان مسئله اساسی دارد. اگر کمبود میل جنسی ناشی از یک وضعیت سلامت عمومی باشد، ممکن است لازم باشد داروها را تغییر دهید.

اقدامات زیر می تواند منجر به افزایش میل جنسی شود:

زندگی یک سبک زندگی سالم است.

خوابیدن کافی

تمرین مدیریت استرس

داشتن یک رژیم غذایی سالم

انزال زودرس

Premature (Early) Ejaculation





انزال زودرس به حالتی گفته می شود که فاصله زمانی از دخول تا انزال کوتاه باشد و انزال قبل یا در فاصله کوتاهی پس از دخول رخ دهد. همچنین فرد کنترلی بر روی آن نداشته باشد و این حالت موجب فشار روحی و روانی در فرد مبتلا یا همسر وی یا هر دو شده باشد.

برآوردهایی که توسط فرد در مورد تاخیر انزال گزارش داده می شوند برای مقاصد تشخیص کافی است. زمان تاخیر انزال درون واژنی ۶۰ ثانیه نقطه برشی (cutoff) برای تشخیص انزال زودرس دائمی در مردان دگرجنس خواه است. در مورد اینکه این مدت می تواند برای انزال زودرس اکتسابی به کار رود، اطلاعات کافی وجود ندارد.

ملاکهای تشخیص انزال زودرس در DSM5

A. الگوی پایدار یا عود کننده انزال هنگام فعالیت جنسی با شریک جنسی پس از تقریباً ۱ دقیقه پس از دخول و قبل از دلخواه فرد باشد.

توجه: گرچه تشخیص انزال زودرس ممکن است در مورد افرادی که به فعالیت های جنسی غیرواژنی می پردازند هم به کار رود، اما ملاک های مدت خاصی برای این فعالیت ها تعیین نشده اند.

B. تداوم علائم ملاک A حداقل به مدت تقریباً ۶ ماه و تجربه این علائم تقریباً در تمام (حدود ۷۵ تا ۱۰۰ درصد) موقعیت های فعالیت جنسی (در زمینه های موقعیتی مشخص یا، در صورت تعمیم یافته بودن مشکل، در تمام زمینه ها).

C. علائم ملاک A موجب پریشانی بالینی قابل توجه در فرد می گردد.

D. این کژکاری جنسی با اختلال روانی غیرجنسی دیگری قابل توجه نیست یا ناشی از سایر عوامل استرس زای عمده و یا متأثر از مصرف مواد/ یا داروهای نسخه شده یا سایر بیمارهای جسمی نمی باشد.

شیوع

برآوردهای شیوع انزال زودرس بسته به تعریفی که مورد استفاده قرار می گیرد، بسیار تفاوت دارند. با تعریف جدید انزال زودرس (یعنی وقوع انزال ظرف تقریباً یک دقیقه پس از دخول واژنی) فقط ۱ تا ۳ درصد مردان مبتلا به این اختلال تشخیص داده خواهند شد. شیوع انزال زودرس ممکن است با بالا رفتن افزایش یابد.

شکل گیری و روند

انزال زودرس دائمی هنگام تجربیات جنسی اولیه مرد شروع می شود و از آن پس ادامه می یابد. برخی مردان ممکن است در اولین رویارویی جنسی خود دچار انزال زودرس شوند، اما با گذشت زمان کنترل انزال را کسب کنند. برخی از مردان بعد از یک دوره تاخیر انزال طبیعی دچار این اختلال می شوند که به انزال زودرس اکتسابی معروف است.

همزمانی اختلالات

انزال زودرس ممکن است با مشکلات نعوظی همراه باشد.

علل روانی انزال زودرس

- ▶ عوامل روانی بازدارنده (عواملی مانند اضطراب در حین عمل زناشویی، احساس گناه یا افسردگی می توانند موجب انزال زودرس شوند)
- ▶ فاصله زیاد بین روابط جنسی
- ▶ تجربه جنسی کم
- ▶ تکنیک‌های ضعیف کنترل انزال
- ▶ اعتماد به نفس پایین
- ▶ استرس
- ▶ اجتناب از صمیمیت جنسی
- ▶ پریشانی زناشویی
- ▶ سابقه جنسی منفی



درمان زود انزالی یا انزال زودرس

درمان های موضعی

یکی از روشهای درمان انزال زودرس استفاده از کرم های بیحس کننده مانند ژل لیدوکاین ۲٪ و اسپری های بیحس کننده است.

درمان های دارویی

داروهای مهار کننده بازجذب سرتونین و ضد افسردگی در درمان انزال زود رس موثرند.

درمان انزال زودرس

- ✓ تکنیک start-stop و squeeze هر دو مفید است.
- ✓ مراحل درمان:
- ✓ مراحل اولیه توسط بیمار به تنهایی صورت می گیرد
- ✓ تمرین آرمیدگی و تمرکز توجه
- ✓ مرحله اول خودتحریکی با دست خشک بدون خیالپردازی با تمرکز بر احساسات جنسی و توصیف انزال (در فرهنگ ما بعثت مسایل مذهبی حذف میشود)
- ✓ مرحله دوم خودتحریکی با دست خشک و توقف دقیقا قبل از انزال

- ✓ توقف تحریک قبل از انزال و شروع خود تحریکی بعد از ۳ دقیقه
- ✓ تمرین تا ۴-۵ بار و حداقل ۶ با در هفته باید صورت گیرد. زمان آرمیدگی بین هر تلاش به تدریج کاهش می یابد تا به یک دقیقه برسد.
- ✓ در مرحله سوم مشابه تمرین قبلی فقط با دست مرطوب صورت می گیرد.
- ✓ در مرحله چهارم و پنجم همسر نیز وارد درمان می شود و طی تمرکز حسی ۲ مشابه دو مرحله قبل این بار با دست همسر صورت می گیرد.
- ✓ در مرحله پنجم واژن در پوزیشن زن رو، جایگزین دست مرطوب همسر می شود .

پوزیشن خوب هنگام مقاربت و تغییر مرتب حرکات ریتمیک حین رابطه جنسی

روش های معمول (مرد در بالا) کمک خیلی زیادی به درمان انزال زود رس نمیکند. روشهایی که در آن مرد به پشت خوابیده و زن در رو یا پهلو به پهلو از جمله بهترین روشها برای درمان انزال زودرس میباشند.

تعدد مقاربت

زیاد کردن تعداد عمل زناشویی در طول هفته و روز میتواند به درمان انزال زودرس کمک کند.

استفاده از کاندوم

یکی دیگر از روشهای درمان انزال زودرس استفاده از کاندوم است، استفاده از کاندوم و بخصوص از نوع بیحس کننده آن که در بازار به فروانی موجود است ، میتواند به دلیل کمتر کردن میزان تماس، باعث رفع زود انزالی شود .

فشردن پرینه

پرینه حد فاصله بین بیضه و مقعد است و اگر در این قسمت، نقطه مربوطه درست شناسایی و فشار داده شود در کنترل انزال موثر است.

انجام ورزش کگل

این تمرینات را می‌توان تنها انجام داد و برخی از آنها را می‌توان به کمک پارتنر خود در حین رابطه جنسی انجام داد تا طول ارگاسم افزایش یابد.



درمان های روانی عاطفی

یکی از بهترین ها و موثرترین روشها برای درمان انزال زود رس و افزایش لذت در روابط زناشویی، جایگزینی عشق بازی در عمل زناشویی است. انجام عشق بازی به مدت حداقل ۱۵ دقیقه قبل از شروع رابطه جنسی تا حد زیادی به افزایش توان جنسی مردان کمک می کند.

کژکاری جنسی ناشی از مواد / دارو

Substance/ Medical- Induced Sexual Disorder





کژکاری های جنسی می توانند در ارتباط با مسومیت با طبقات مواد زیر روی دهند:

الکل،

مواد شبه افیونی،

داروهای آرامش بخش، داروهای خواب آور، داروهای ضداضطراب،

آمفتامین یا داروهای محرک دیگر (از جمله کوکائین)

و مواد دیگر.

در مورد مواردی که در هیچ یک از طبقات جای نمی گیرند (مثل فلوکستین) باید از کد مخصوص ماده دیگر استفاده شود.

ملاکهای تشخیص کژکاری جنسی ناشی از مواد/ دارو در DSM5

A. اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد جنسی در تصویر بالینی غالب است.

B. شواهدی از سابقه، معاینه بدنی، نتایج آزمایشگاه برای هر دو مورد (۱) و (۲) وجود دارد:

۱. نشانه ها در ملاک A هنگام مسمومیت یا ترک مواد یا مدت کوتاهی بعد آن یا پس از قرار گرفتن در معرض دارو ایجاد شده اند.

۲. مواد/ داروی درگیر توانایی ایجاد نشانه های ملاک A را دارد.

C. این اختلال با کژکاری جنسی که ناشی از مواد/ دارو نیست بهتر توجیه نمی شود. چنین شواهدی از کژکاری جنسی مستقل می تواند شامل موارد زیر باشد:

نشانه ها قبل از شروع مصرف مواد / دارو واقع می شوند؛ نشانه ها بعد از توقف ترک حاد یا مسمومیت شدید برای مدت زمان قابل ملاحظه ای تداوم می یابند؛ شواهد دیگر وجود دارد که از وجود کژکاری جنسی خبر می دهد که ناشی از مواد / دارو نیست (مثل شواهد عود کننده قبلی نامرتبط با مواد/ دارو).

D. این اختلال منحصر در دوره دلیریوم روی نمی دهد.

E. این اختلال ناراحتی قابل ملاحظه بالینی در فرد ایجاد می کند.

باورهای غلط در رابطه جنسی

- ▶ سکس باید طبیعی و خودجوش باشد (نه درخواستي).
- ▶ هر تماس بدني باید به سکس منجر شود.
- ▶ مردان همیشه برای سکس آماده اند.
- ▶ سکس برای لذت مرد مي باشد، وظیفه زن ارضاي نیاز مرد است.
- ▶ مسئولیت درخواست، اجراء و هماهنگي سکس بر عهده مرد است.
- ▶ اگر زن نتواند به ارگاسم برسد باید تظاهر (به ارگاسم) کند.

- 
- ▶ زنان انتظار دارند مردان همه چیز را در مورد سکس بدانند.
 - ▶ مرد بهتر است بعضی احساسات را نداشته باشد یا ابراز نکند.
 - ▶ انجام سکس در وضعیتهای جورواجور ناپسند است.
 - ▶ زن باید صبر کند تا مرد شروع کند.
 - ▶ آنچه در سکس برای مرد مهم و ارزشمند به حساب می آید، عملکرد جنسی است.
 - ▶ زن باید وقار و منزلت خودش را حفظ کند.
 - ▶ زن باید طبق خواسته مرد جذاب، مطیع و منفعل باشد.
 - ▶ رابطه جنسی مساوی است با نزدیکی (دخول).

- ▶ برای انجام سکس بین زوجین، نعوظ مرد ضروری است.
- ▶ سکس خوب همیشه به ارگاسم منجر می شود.
- ▶ سکس خوب یعنی سکسی که هر دو طرف (ترجیحاً همزمان) به ارگاسم برسند.
- ▶ مردی که میل جنسی اش کمتر از میل جنسی زن باشد مشکل دارد.
- ▶ هرچه آلت مرد بزرگتر باشد زن بیشتر تحریک می شود.
- ▶ دختر خوب از نظر جنسی تحریک نمی شود و حین سکس حرکت نمی کند.
- ▶ به مرد احساسات نشان نده و گرنه سکس می خواهد.
- ▶ زن خوب به سکس علاقه نشان نمی دهد.
- ▶ در عصر حاضر ، هیچیک از باورهای عامیانه تاثیری بر رفتار جنسی ما ندارد.

انواع پارافیلیا ها

- ▶ عورت نمایی یا نمایشگری (exhibitionism)
- ▶ یادگارپرستی (fetishism)
- ▶ یادگارپرستی همراه با مبدل پوشی (Transvestic fetishism)
- ▶ مالش گری (frotteurism)

- 
- ▶ بچه بازی (pedophilia)
 - ▶ آزار طلبی جنسی (sexual masochism)
 - ▶ آزارگری جنسی (sexual sadism)
 - ▶ چشم چرانی (تماشاگری جنسی یا نظر بازی) (voyeurism)
 - ▶ حیوان خواهی (zoophilia)
 - ▶ هرزه گویی تلفنی (telephone scatologia)
 - ▶ مرده خواهی (necrophilia)
 - ▶ مدفوع خواهی (coprophilia)
 - ▶ ادرار خواهی (urophilia)
 - ▶ بخش گرایی (partialism)



► بیشترین کاربرد آشنایی با
پارافیلیا در بافت آسیب شناسی
جنسی زوجین شناسایی این
انحرافات و تمایز آنها از
اختلالات جنسی است

عورت نمایی (exhibitionism)

- ▶ نشان دادن آلت تناسلی در ملاء عام برای ارضای جنسی
- ▶ در زنان به ندرت دیده شده است.
- ▶ هدف بیمار ترساندن و شوکه کردن زنان است.
- ▶ واکنش هراس انگیز زنان به مرد اطمینان می دهد که آلت وی بی نقص است و اعتماد به نفس وی را تقویت می کند.

یادگارپرستی (fetishism)

▶ انگیزش و ارضا جنسی با اشیا بی جان مثل مو، لباس زیر و ...

▶ تقریباً خاص مردهاست.

▶ شیء مورد نظر اکثراً یادگاری از یک زن است.

یادگارپرستی همراه با مبدل پوشی (Transvestic fetishism)

- ▶ مبدل پوشی به منظور تحریک جنسی
- ▶ بیشتر با پوشیدن لباس زنانه و حتی آرایش زنانه مشخص می شود
- ▶ فرد حتی در رابطه جنسی با شریک جنسی بدون پوشش و آرایش زنانه تحریک نمی شود

بچه خواهی (pedophilia)

- ▶ انواع فعالیت جنسی با بچه زیر ۱۳ سال.
- ▶ حداقل در یک دوره ۶ ماهه رخ می دهد.
- ▶ نوع خفیف آن در اکثر پسرها در سن بلوغ دیده می شود بالاخص در جوامع محدود، در چنین شرایطی که مشکل بواسطه فقدان شرایط برای رابطه جنسی عادی بروز می کند جای بررسی بیشتری دارد.

آزارطلبی جنسی (sexual masochism)

- ▶ کسب و ارضای جنسی از طریق تحمل آزار جنسی یا روانی یا مورد تحقیر و توهین قرار گرفتن
- ▶ شخص حتی در بهترین شرایط در رابطه جنسی فاقد آزار و تحقیر ارضا نمی شود.
- ▶ گونه های خفیف آن به شکل درخواست از همسر برای فحاشی رکیک در حین رابطه جنسی دیده می شود
- ▶ در شرایط خاص مواردی هستند که فقط اشتغال ذهنی به خیالپردازی های مازوخیسمی دارند (نوعی وسواس فکری)

آزارگري جنسي (sexual sadism)

► ميل و لذت جنسي از طريق ايجاد رنج جسمي و رواني در فرد ديگر حتي با تحقير و توهين.

► اکثرا در مردان ديده مي شود.

چشم چرانی (voyeurism)

- ▶ ارضا جنسی از طریق دیدن یا لمس شخص لخت.
- ▶ اکثرا در مردان دیده می شود.
- ▶ معمولا با خود ارضایی همراه است.
- ▶ فرد با دیدن فیلم ارضا نمی شود بلکه باید رابطه زنده را ببیند.

حيوان خواهي (zoophilia)

- ▶ عمل جنسی با حيوانات
- ▶ گاهی فقط فرد با فکر به حيوانات تحریک می شود بدون هیچ عمل جنسی که حيوان خواهی محسوب نمی شود بلکه نوعی وسواس فکری محسوب می شود
- ▶ بیشتر جنبه محیطی و فرصت طلبانه دارد و در مناطق روستایی بیشتر دیده می شود
- ▶ بهترین درمان ها: رواندرمانی، بینش، گرا، آموزش، کنترل رفتار

مرده خواهی (necrophilia)

▶ فعالیت جنسی با مرده ها

▶ به ندرت دیده می شود

▶ فقط در مردان وجود دارد

▶ سابقه تاریخی دارد و برای اولین بار در دست نوشته های سینوهه پزشک دربار نرون به آن اشاره شده است

▶ در مشاغل خاص مثل غسال ها و کارمندان بیمارستانی بیشتر دیده می شود

مدفوع خواهی (coprophilia)

- ▶ انگیزش جنسی از طریق دفع بر روی شریک جنسی یا برعکس
- ▶ به ندرت دیده می شود
- ▶ بر اساس دیدگاه روانکاوی در اثر تثبیت در مرحله مقعدی ایجاد می شود.

ادرار خواهی (urophilia)

- ▶ انگیزش جنسی از طریق ادرار بر روی شریک جنسی یا برعکس و یا تماس با ادرار.
- ▶ به ندرت دیده می شود.
- ▶ بر اساس دیدگاه روانکاوی در اثر تثبیت در مرحله مقعدی ایجاد می شود.
- ▶ پژوهش های کیفی نشان داده است که نوع رفتار مادر در سنین کودکی و زمان کنترل دفع بسیار موثر است.
- ▶ بهترین درمان ها: رواندرمانی بینش گرا و دارودرمانی

بخش گرایی (partialism)

- ▶ انگیزش و ارضای جنسی با متمرکز شدن بر روی یک بخش بدن.
- ▶ بی خطر ترین نوع پارافیلیاست که در اکثر موارد برای خود فرد و دیگران مشکل خاصی ایجاد نمی کند.
- ▶ در شرایطی که منجر به اختلال در ارگاسم شود درمان وسواس فکری عملی موثر می باشد.

مالش گري (frotteurism)

- ▶ مالش بدن یا آلت تناسلی به شخص دیگر برای انگیزش و ارضای جنسی.
- ▶ فرد حتی در بهترین شرایط در رابطه جنسی عادی با شریک جنسی ارضا یا حتی تحریک نمی شود.
- ▶ بیشتر در مردان منفعل و فاقد قدرت ابراز وجود دیده می شود.
- ▶ بهترین درمان ها: رواندرمانی بینش گرا، شرطی سازی انزجاری، دارو درمانی

نارضایتی جنسیتی (ملال جنسی)

▶ روان شناسان ، آگاهی فرد از مرد یا زن بودن خویش را هویت جنسی می نامند. به عبارت دیگر، این که فرد خود را مونث یا مذکر بداند، هویت جنسی وی را تشکیل می دهد.

▶ کودکان تقریباً در سن ۲ سالگی ، مذکر یا مونث بودن را از هم تشخیص می دهند و بین ۲ تا ۳ سالگی می توانند بر پرسش های مبنی بر دختر یا پسر بودنشان پاسخ دهند .



▶ هویت جنسی، حاصل ترکیب سه نوع عامل موثر مختلف است:
بیولوژیک، زیستی روانی و واکنش های روانی نسبت به محیط بخصوص
آثار و مفاهیم منسوب به والدین و برداشت های اجتماعی .

▶ هویت جنسی مبتنی بر مجموعه ای از نگرش ها، الگوهای رفتاری و سایر
عواملی است که معمولاً با مردانگی یا زنانگی در ارتباط است و فرهنگ
در آن ها نقش تعیین کننده ای دارد.

▶ شخصی که هویت جنسی سالمی دارد می تواند با قاطعیت بگوید مرد
است یا زن.



► نقش جنسی (Gender identity)، الگوی رفتار بیرونی است که بازتاب احساس درونی شخص در مورد هویت جنسی اش محسوب می شود. نقش جنسی، اعلام عمومی جنسیت است یعنی انتقال تصویر مرد بودن در مقابل زن بودن به دیگران.

► پس اختلال هویت جنسی زمانی وجود دارد که فرد 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 و سایر زمینه های مهم زندگی او منجر شود.



► فرد به همانند سازی قوی و مستمر با جنس مخالف می پردازد.

► در این اختلال، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد فرد به طور پایدار برای خود هویتی 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 بانقش جنسی تعیین شده ابراز نارضایتی می کند.



► احساس ناراحتی و عدم تناسب مستمر در بودن با هم جنس خود مثلاً
در پسران احساس تنفر نسبت به آلت و اعتقاد راسخ بر از بین رفتن
بیضه ها و بیزاری نسبت به بازی ها و کلیشه های پسرانه

► در کودکان و بزرگسالان اکثراً به اشتغال ذهنی دائمی با از بین بردن
صفات اولیه و ثانویه جنسی همراه است مثل تمایل به تغییر فیزیکی با
استفاده از دارو و عمل جراحی



▶ این اختلال همزمان با اختلال جسمی دو جنسی نیست.

▶ تقریباً تمام زنان مبتلا به اختلال هویت جنسی همجنس گرا هستند و در سنین دانشجویی با این شکایت برای درمان مراجعه می نمایند.

▶ ۵۰ درصد مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی همجنس گرا هستند و باقی نیز گرایش دوجنس گرا، غیر همجنس گرا یا فاقد جنسیت دارند.



► این اختلال با یادگارخواهی مبدل پوشانه و اختلالات بین جنسی متفاوت است.

► علائم اکثراً از ۴ سالگی شروع می شود ولی در ۹۰ درصد اوقات از بین می رود و فقط ۱۰ درصد این کودکان در نوجوانی ترانس سکشوالیسم می شوند.

ترانس سکسوالیسم (transsexualism)

- ▶ اکثراً در کودکی اختلال هویت جنسی دارند.
- ▶ گاه نیز بدون وجود مشکل در کودکی از سن بلوغ فرد از موقعیت زیستی و روانی خود ناراضی می شود و بدنبال کسب صفات جنس مخالف خود می رود.
- ▶ در این افراد مبدل پوشی، اختلالات روانی توأم مثل اختلال شخصیت مرزی و افسردگی شایع است که بنا به تقدم آنها درمان شروع می شود.
- ▶ خطر خود کشی آنها را تهدید می کند.
- ▶ این افراد برای عمل جراحی تغییر جنسیت تلاش بسیار می کنند.