

آسیب شناسی روانی

چاپ نهم 2015

جلد دوم

تألیف

رونالد.جی.کامر

دانشگاه پرینستون

ترجمة

علی عیسی زادگان

دانشگاه ارومیه

کامر، رونالد جی.

آسیب شناسی روانی/ تالیف رونالد جی. کامر، ترجمه علی عیسی زادگان . - ارومیه: دانشگاه ارومیه، 1397.

2ج...: نمودار.-(انتشارات دانشگاه ارومیه، 242).

978-600-8681-34-2

عنوان اصلی: Abnormal psychology

کتابنامه.

1- روانشناسی آسیب شناختی. 2- ناهنجاری اندام ها. الف. عیسی زادگان، علی، مترجم. عنوان. ب. فروست.

شماره ملی: 5238848 --- رده کنگره: 5، 1397، 2/ک، 454، RC

عنوان: روان شناسی شخصیت

مؤلف: رونالد جی. کامر

مترجم: علی عیسی زادگان

ناشر: دانشگاه ارومیه -- سری 242

سال نشر: 1397

آدرس: ارومیه- کیلومتر 11 جاده سرو - انتشارات - 32779930 - 09141869427 - پاشازاده

فصل 1	روان شناسی نابهنجار: گذشته و حال	39
فصل 2	پژوهش در روان شناسی نابهنجار	70
فصل 3	مدل های نابهنجاری	93
فصل 4	ارزیابی بالینی، تشخیص و درمان	131
فصل 5	اضطراب، وسواسی-جبری و اختلالات مرتبط	192
فصل 6	اختلالات تروما و استرس	238
فصل 7	افسردگی و اختلالات دو قطبی	284
فصل 8	درمان هایی برای افسردگی و اختلالات دو قطبی	314
فصل 9	خودکشی	352

فصل 10 اختلالات نشانگان

سوماتیک..... 386

فصل 11 اختلالات

خوردن.....

414.....

فصل 12 سوء مصرف مواد و اختلالات

اعتیاد.....

465.....

فصل 13 اختلالات جنسی و جنسیت.....

فصل 14 اسکیزوفرنی.....

فصل 15 درمان هایی برای اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی شدید.....

فصل 16 اختلالات شخصیت.....

فصل 17 اختلالات معمول در بین کودکان و نوجوانان.....

فصل 18 اختلالات پیری و شناخت.....

فصل 19 قانون، اجتماع، و حرفه بهداشت روانی.....

فصل 13

اختلالات جنسی و جنسیتی

رفتار جنسی کانون اصلی افکار خصوصی و بحث های عمومی ما است. احساسات جنسی قسمت مهمی از رشد ما و عملکرد روزانه هستند و فعالیت جنسی به رضایت از نیازهای اساسی مان گره خورده است، و عملکرد جنسی با عزت نفس مان پیوند دارد. بیشتر افراد بوسیله رفتار جنسی نابهنجار دیگران مجذوب می شوند و درباره نابهنجاری جنسی خودشان نگران می شوند.

کارشناسان دو طبقه عمومی از اختلالات جنسی را متمایز کرده اند: کژکاری های جنسی Sexual dysfunctions و انحرافات جنسی Paraphilic disorders. افراد مبتلا به بدکارکردی جنسی مشکلاتی در پاسخ های جنسی شان دارند. افراد با اختلالات انحراف جنسی، امیال جنسی یا خیالپردازی های شدید و مکرری به اشیاء یا موقعیت هایی دارند که جامعه آنها را نامناسب تلقی می کند و آنها ممکن است به طور نامناسب تری رفتار کنند. برای مثال، ممکن است بوسیله افکار فعالیت جنسی با کودک یا در معرض نمایش گذاشتن آلت تناسلی خود به غریبه ها برانگیخته شوند، و ممکن است براساس این امیال عمل کنند. علاوه بر این اختلالات جنسی، DSM-5 شامل تشخیص دیگری است که دیسفوریای جنسیتی Gender dysphoria نامیده می

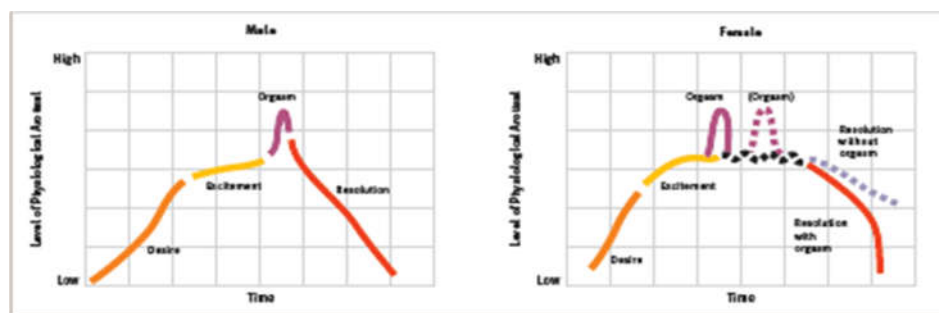
شود، الگویی که در آن افراد به طور مداوم احساس می کنند با جنسیت اشتباه متولد شده اند، هویتی با جنسیت دیگر، و آشفتگی و اختلال زیادی را به عنوان پیامد این احساسات تجربه می کنند.

همچنان که شما در سراسر این فصل خواهید دید، به طور نسبی کمتر درباره تفاوت های نژادی و فرهنگی دیگر در مسائل جنسی می دانیم. این برای الگوهای جنسی عادی، کژکاری های جنسی و انحرافات جنسی به طور مشابهی حقیقت دارد. اگر چه گروه های فرهنگی مختلف برای سالها فزون جنسی، «گرم مزاج»، نامتعارف، باحرارت، سلطه پذیر و مانند آنها را برچسب می زدند، چنین کلیشه های نادرستی بود که غفلت یا تبعیض و پیشداوری را رشد داد، نه مشاهدات عینی یا تحقیقات (مک گولدریک و همکاران، 2007). درحقیقت، درمانگران جنسی و تحقیقات جنسی تنها اخیراً شروع به توجه سیستماتیک به اهمیت فرهنگ و نژاد کرده اند.

کژکاری های جنسی

کژکاری های جنسی اختلالاتی هستند که در آن افراد نمی توانند به طور طبیعی در بخش اصلی عملکرد جنسی پاسخ دهند، که سخت یا غیرممکن می شود تا از آمیزش جنسی لذت ببرند. مطالعات نشان می دهند که بیش از 30 درصد مردان و 45 درصد زنان در کل دنیا از چنین کژکاری هایی درطول زندگی شان رنج می برند (لویس و همکاران، 2010). کژکاری های جنسی به طور معمولی بسیار پریشان کننده هستند، و اغلب منجر به ناکامی جنسی، احساس گناه، از دست دادن عزت نفس و مشکلات بین فردی می شود (مک کارتی و مک کارتی، 2012). اغلب این کژکاری ها وابسته به هم هستند: بسیاری از بیماران با یک کژکاری، کژکاری دیگری نیز دارند. در اینجا کژکاری های جنسی برای زوج های دگرجنس گرا توصیف شده است، اکثریت زوج های دیده شده در درمان. زوج های همجنس باز کژکاری های مشابهی دارند، از اینرو درمانگران همان تکنیک های اساسی را برای درمان آنها استفاده می کنند.

پاسخ جنسی انسان می تواند به صورت چرخه ای با چهار مرحله توصیف شود: میل، برانگیختگی، ارگاسم و رفع (هایز، 2011) (شکل 1-13 را ببینید). کژکاری های جنسی بیشتر سه مرحله اول را تحت تاثیر قرار می دهند. مرحله رفع شامل استراحت و کاهش برانگیختگی به دنبال ارگاسم است. برخی از افراد با کژکاری جنسی در کل زندگیشان درگیر هستند (نوع مادام العمر). در موارد دیگر، عملکرد جنسی عادی قبل از کژکاری وجود داشته است (نوع اکتسابی). در برخی موارد کژکاری در طول همه موقعیت های جنسی دیده می شود (نوع تعمیم یافته)؛ در موارد دیگر، آن با موقعیت های خاصی گره می خورد (نوع موقعیتی) (APA، 2013).



شکل 1-13

چرخه پاسخ جنسی طبیعی

محققان توالی مشابهی از مراحل را در مردان و زنان کشف کرده‌اند. با این وجود، برخی اوقات زنان ارگاسم را تجربه نمی‌کنند. در این مورد، مرحله رفع کمتر ناگهانی است. و برخی اوقات زنان دو بار یا بیشتر در این توالی قبل از مرحله رفع به ارگاسم می‌رسند. (اطلاعات از: کاپلان، 1974؛ مسترز و جانسون، 1966).

اختلالات میل جنسی

مرحله میل چرخه پاسخ جنسی شامل علاقه یا میل به رابطه جنسی، جذب جنسی به دیگران، به افراد دیگر، و خیالپردازی های جنسی است. دو کژکاری مرحله میل را تحت تاثیر قرار می‌دهند - اختلال میل جنسی نافع مردانه Male hypoactive sexual desire disorder و اختلال انگیزشگی/میل جنسی زنانه Female sexual interest/arousal disorder. اختلال دومی، در حقیقت هر دو مرحله میل و برانگیختگی چرخه پاسخ جنسی را مختل می‌کند. آن یک اختلال منفرد در DSM-5 در نظر گرفته شده است و طبق تحقیقات، مرحله میل و انگیزشگی بویژه در زنان همپوشی بالایی دارند، و بسیاری از زنان به سختی احساسات میل را از احساسات برانگیختگی تمایز می‌کنند (APA، 2013). تعدادی از افراد میل جنسی طبیعی دارند اما آن را به عنوان یک موضوع مربوط به سبک زندگی در نظر می‌گیرند تا میل جنسی، تا از مشغول شدن در روابط جنسی اجتناب کنند (بحث ویژه در صفحه بعد را ببینید). این افراد به عنوان افراد دارای اختلالات میل جنسی تشخیص داده نمی‌شوند.

مردان با اختلال میل جنسی کم فعال، مردانه فقدان پایدار یا میل کاهش یافته به رابطه جنسی دارند و در فعالیت جنسی اندکی درگیر می‌شوند. با این وجود، زمانی که آنها رابطه جنسی انجام می‌دهند، پاسخ های جسمی شان ممکن است طبیعی باشد و از این تجربه لذت ببرند. در حالیکه در بیشتر فرهنگ ها مردان بدون مشکلات جنسی در نظر گرفته می‌شوند، بیش از 18 درصد مردان سراسر دنیا این اختلال را دارند و تعداد افرادی که درمان را جستجو می‌کنند در طول دهه گذشته افزایش یافته است. (مارتین و همکاران، 2014؛ لویس و همکاران، 2010).

همچنین زنان با اختلال برانگیختگی/میل جنسی زنانه، فاقد میل طبیعی به رابطه جنسی هستند و به ندرت فعالیت جنسی را شروع می‌کنند (جدول 1-13 را ببینید). علاوه، بسیاری از چنین زنانی احساس برانگیختگی کمتری در طول فعالیت جنسی دارند و بوسیله سرخ های شهوانی برانگیخته نمی‌شوند و احساسات تناسلی یا غیرتناسلی کمتری در طول فعالیت جنسی

دارند (APA، 2013). همچنین بیش از 38 درصد از زنان کل دنیا میل و برانگیختگی جنسی کاهش یافته ای دارند (کریستینسن و همکاران، 2011؛ لويس و همکاران، 2010؛ لومان و همکاران، 2015، 1999، 1994). مهم است تا ذکر کنیم که بسیاری از محققان و درمانگران جنسی اعتقاد دارند که آن نادرست است که نشانگان میل و انگیزتگی را در یک اختلال فقط زنانه ترکیب کنیم (سانگر و گوندوز، 2014). آنها ترجیح می دهند که DSM-5 مانند DSM گذشته به فهرست کردن دو کژکاری جداگانه – اختلال میل جنسی کم کار زنانه و اختلال انگیزتگی جنسی زنانه ادامه دهد.

جدول 1-13

Dx چک لیست

اختلال میل جنسی کم فعال مردانه

1. فرد به مدت حداقل 6 ماه، به طور مکرری افکار، خیالپردازی یا امیال جنسی کمتر یا بدون آنها را تجربه می کند.
2. تجربه پریشانی معنادار درباره آن

اختلال میل/انگیزتگی جنسی زنانه

1. فرد حداقل به مدت 6 ماه، میل و انگیزتگی جنسی کاهش یافته یا فقدان میل و انگیزتگی را نشان می دهند، که بوسیله کاهش یا عدم حضور سه مورد از موارد زیر مشخص می شود: میل جنسی، افکار یا خیالپردازی های جنسی، پذیرش و شروع رابطه جنسی، انگیزتگی و لذت در طول رابطه جنسی، واکنش به سرنخ های جنسی، حساسیت تناسلی و غیرتناسلی در طول رابطه جنسی.
2. تجربه فردی پریشانی معنادار

یک سائق جنسی شخصی بوسیله ترکیبی از عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی و فرهنگی تعیین می شود و اینکه آنها ممکن است میل جنسی را کاهش دهند (بری و بری، 2013؛ کاروالو و نوبر، 2011). در بسیاری از موارد، میل جنسی پایین عموماً بوسیله عوامل روانشناختی و اجتماعی و فرهنگی بوجود می آید، اما شرایط زیستی نیز می تواند به طور معناداری باعث کاهش سائق جنسی شود.

اختلال میل جنسی کم فعال مردانه: کژکاری مردانه که با کاهش یا فقدان دائمی علاقه به سکس مشخص می شود و از اینرو سطح پایینی از فعالیت جنسی دارند.

اختلال میل/انگیزتگی جنسی زنانه: کژکاری زنانه که با کاهش یا فقدان دائمی علاقه به رابطه جنسی و فعالیت جنسی پایین مشخص می شود و نیز در برخی موارد، هیجان محدود و حساسیت جنسی کم در طول فعالیت جنسی دارند.

عوامل زیستی میل جنسی پایین: تعامل تعدادی از هورمون‌ها به تولید میل و رفتار جنسی کمک می‌کنند (شکل 2-13 را در صفحه بعد را ببینید)، و نابهنجاری‌هایی در فعالیت آنها می‌تواند سائق جنسی شخصی را پایین بیاورد (گیرالدی و همکاران، 2013؛ لان و همکاران، 2013؛ روبیو-اورپولس و بیولکوا، 2013). در هر دو مردان و زنان، سطح بالای هورمون پرولاکتین، سطح پایین هورمون جنسی مردانه تستسترون و هم سطح بالا و هم سطح پایین هورمون جنسی زنانه استروژن می‌تواند منجر به میل جنسی پایین شود. برای مثال، سائق جنسی پایین با سطوح بالای استروژن که در برخی قرص‌های کنترل تولد وجود دارد، ارتباط دارد. متقابلاً، آن با سطح پایین استروژن در بسیاری از زنان یائسه یا زنانی که اخیراً تولد داشته‌اند نیز ارتباط دارد.

همچنین تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که میل جنسی پایین ممکن است با فعالیت بیش از حد انتقال دهنده عصبی سروتونین و دوپامین مرتبط باشد (چان و همکاران، 2011). برای مثال، در یک مطالعه، به موش‌های ماده اپومورفین (Apomorphine) تزریق شد، دارویی که باعث افزایش فعالیت دوپامین در نواحی خاصی از مغز می‌شود (اسنورن و همکاران، 2011). سپس این موش‌ها از تماس جنسی با موش‌های نر اجتناب کردند.

تحقیقات و کاربردهای بالینی بعدی نشان دادند که سائق جنسی می‌تواند بوسیله داروهای درد خاص و داروهای روان‌گردان و داروهای غیرقانونی مانند کوکائین، ماری‌جوانا، آمفتامین‌ها و هروئین کاهش یابد (گلینا، شارلیپ و هلستروم، 2013؛ مونتنجو و همکاران، 2011). سطوح پایین الکل ممکن است سائق جنسی را بوسیله کاهش بازداری شخصی افزایش دهد، اما سطوح بالای آن ممکن است سائق جنسی را کاهش دهد (جورج و همکاران، 2011؛ هارت و همکاران، 2010).

بیماری‌های جسمی طولانی مدت نیز می‌توانند سائق جنسی شخص را پایین آورند (روبیو-اورپولز و بیولکوا، 2013؛ بری و بری، 2013). سائق کاهش یافته ممکن است نتیجه مستقیم این بیماری‌ها باشد یا نتیجه غیرمستقیم آنها بخاطر استرس، درد یا افسردگی ناشی از بیماری‌ها.

عوامل روان‌شناختی میل جنسی پایین: افزایش کلی اضطراب، افسردگی یا خشم ممکن است میل جنسی را هم در مردان و هم در زنان کاهش دهد (روبیو-اورپولز و بیولکول، 2013؛ استول‌هافر، ترین و کاروالفیرا، 2013). اغلب نظریه پردازان شناختی بیان می‌کنند که افراد با میل جنسی پایین نگرش‌ها، ترس‌ها یا خاطرات خاصی دارند که در کژکاری آنها نقش دارند، مانند این اعتقاد که رابطه جنسی غیراخلاقی یا خطرناک است (گیرالدی و همکاران، 2013؛ مک‌کارتی و مک‌کارتی، 2012؛ وینسز و همکاران، 2008). افراد دیگر آنقدر بخاطر از دست دادن کنترل هنگام میل جنسی خود می‌ترسند که سعی می‌کنند تا به طور کامل در مقابل آن مقاومت کنند و افراد دیگر از بارداری می‌ترسند.

همچنین اختلالات روانشناختی ممکن است در میل جنسی پایین نقش داشته باشند، حتی سطح متوسط افسردگی می تواند در میل جنسی دخالت داشته باشد و در برخی افراد با نشانگان وسواس جبری، تماس با مایعات یا بوی بدن اشخاص دیگر بسیار ناخوشایند است (روبیو- آوریولز و بیوکلو، 2013؛ لای، 2011؛ لورنکو و همکاران، 2011).

عوامل اجتماعی فرهنگی میل جنسی پایین: نگرش ها، ترس ها و اختلالات روانشناختی که در میل جنسی پایین نقش دارند درون بافت اجتماعی اتفاق می افتد، و بنابراین عوامل اجتماعی فرهنگی خاصی نیز با اختلالات میل جنسی مرتبط هستند. بسیاری از افرادی که میل جنسی پایینی دارند فشاهای موقعیتی را احساس می کنند - طلاق، مرگ اعضای خانواده، استرس شغلی، مشکلات ناباروری، داشتن نوزاد (گیرالدی و همکاران، 2013؛ همیلتون و مستون، 2013). برای مثال، یک مطالعه دریافت مردانی که مشکلات شغلی بیشتری در سال گذشته تجربه کرده اند تقریباً دو برابر بیشتر از مردانی که از کارشان راضی بودند میل جنسی پایین یا کژکاری های جنسی دیگر داشتند (ستولهافر و همکاران، 2013). افراد دیگر ممکن است مشکلاتی در روابط خود داشته باشند (گیرالدی و همکاران، 2013؛ روبیو- آوریولز و بیوکلو، 2013؛ برنوت، 2011). افراد دیگری که در یک رابطه ناخوشایند هستند، ممکن است عواطف خود نسبت به شریک شان را از دست بدهند یا احساس ضعف کنند و بوسیله شریک شان تحت سلطه قرار گیرند، که می تواند منجر به از دست دادن میل به رابطه جنسی شود. حتی در روابط اساساً شاد، اگر یک شریک خیلی ناپخته باشد، عاشق بی شور و حرارت، دیگری ممکن است شروع به از دست دادن میل جنسی کند (ژیان، سو و تسی، 2013). و برخی اوقات شریکان در نیازشان به نزدیکی تفاوت دارند. فردی که به فاصله شخصی بیشتری نیاز دارد ممکن است میل جنسی پایین را به عنوان روشی برای حفظ فاصله رشد دهد.

استانداردهای فرهنگی نیز می توانند گامی بسوی میل جنسی پایین باشند. برخی از مردان استانداردهای دوگانه فرهنگی را می پذیرند و بنابراین نمی توانند احساس میل جنسی برای زنانی داشته باشند که دوستشان دارند و به آنها احترام می گذارند (موریس، 2007). به طور کلی بخاطر اینکه جامعه ما جذابیت جنسی را با جوانی معادل می پندارد، بسیاری از افراد میانسال و مردان و زنان مسن تر، هنگامی که خودانگاره یا جذابیت شان به شریک جنسی با افزایش سن کاهش می یابد علاقه به رابطه جنسی را از دست می دهند (لیلوم، 2010).

بویژه آسیب ناشی از تجاوز و آزار جنسی احتمال دارد ترس ها، نگرش ها و خاطراتی را ایجاد کند که در اختلالات میل جنسی نقش داشته باشند. برخی از بازماندگان سوء استفاده جنسی ممکن است برای سالها و حتی دهه ها، احساس بیزارى نسبت به رابطه جنسی داشته باشند (گیرالدی و همکاران، 2013؛ بروتو و همکاران، 2011؛ زیویکل و مریم، 2011). در بعضی موارد، بازماندگان ممکن است تجاوز را در طول فعالیت جنسی بزرگسالی تجربه کنند.

اختلالات انگیختگی

مرحله انگیزختگی چرخه پاسخ جنسی بوسیله تغییرات منطقه لگن، برانگیختگی جنسی عمومی و افزایش ضربان قلب، تنش عضلانی، فشار خون و سرعت تنفس مشخص می شود. در مردان، خون در لگن متمرکز می شود و منجر به نعوظ آلت می شود؛ در زنان این مرحله تورم کلیتوریس و لب های فرج را ایجاد می کند، و نیز لیز شدن واژن - همچنانکه شما قبلاً خواندید، اختلالات میل/انگیزختگی جنسی زنانه ممکن است شامل کژکاری در طول مرحله انگیزختگی باشد. بعلاوه، یک اختلال مردانه - اختلال نعوظ - شامل کژکاری در طول فقط مرحله انگیزختگی باشد.

اختلال نعوظ Arectile disorder: مردان با اختلال نعوظ به طور مداوم در به دست آوردن یا نگه داشتن نعوظ در طول فعالیت جنسی شکست می خورند (جدول 2-13 را ببینید). این مسئله در بیش از 25 درصد جمعیت مردان اتفاق می افتد، مانند رابرت، مردی که مشکلاتش در این فصل توصیف شد (مارتین و همکاران، 2014؛ کریستینسن و همکاران، 2011؛ لوپس و همکاران، 2010). کارلوس دومرا نیز اختلال نعوظ دارد:

کارلوس دومرا تولیدکننده لباس 30 ساله ای بود که در 22 سالگی از آرژانتین به ایالات متحده آمده بود. او با ... فیلیس ازدواج کرده بود که 30 ساله بود. آنها بچه نداشتند. آقای دومرا مشکلی داشت که قادر به آمیزش جنسی برای بیش از یکسال به علت ناتوانی در به دست آوردن یا نگه داشتن نعوظ نشده بود. او از چند ماه قبل از همه تماس های جنسی با همسرش اجتناب کرده بود، به جز دو تلاش کوتاه عشق ورزی، بعد از اینکه در نگه داشتن نعوظ شکست خورد. این زوج یک ماه قبل بوسیله توافق دوجانبه به علت تنشی که مشکل جنسی آنها را احاطه کرده بود و ناتوانی شان برای احساس راحتی با یکدیگر جدا شدند. هر دو اعتراف کردند که یکدیگر را دوست دارند و نگران هم هستند اما تردیدهای جدی در مورد توانایی هایشان در حل مشکلات جنسی داشتند.... [کارلوس] - به کلیشه «macho latin lover» اعتراف کرد که اعتقاد داشتند او باید همیشه به آسانی نعوظ کند و در هر زمان قادر به دوست داشتن باشد. از زمانی که او نمی توانست به طور جنسی ایفای نقش کند، احساس حقارت و نالایق بودن می کرد و او با این احساس با اجتناب از نه تنها رابطه جنسی، بلکه هر نوع ابراز عاطفه به همسرش برخورد می کرد. [فیلیس] احساس می کرد "او تلاش نمی کند، شاید او مرا دوست ندارد، و من نمی توانم با فرد بدون رابطه جنسی، بدون عاطفه و خلق و خوی بدش زندگی کنم". او درخواست جدایی موقت کرد، و فیلیس سریعاً موافقت کرد. بنابراین آنها اخیراً یکدیگر را هر دو هفته یکبار می بینند.... درطول این ارزیابی او گزارش کرد که شروع مشکلات نعوظش همزمان با دوره شدید شغلش بود. بعد از چندین بار «شکست» در انجام آمیزش، او نتیجه گرفت که او «به عنوان یک شوهر بی ثمر» است و بنابراین آن یک شکست کلی حساب می کرد. اضطراب تلاش برای عشق ورزی برای او آنقدر زیاد بود که بتواند با آن برخورد کند.

مرحله انگیزختگی: مرحله ای از چرخه پاسخ جنسی که بوسیله تغییرات در ناحیه لگن، برانگیختگی جسمی کلی، و افزایش در ضربان قلب، تنش عضلانی، فشار خون، و تنفس مشخص می شود.
اختلال نعوظ: کژکاری که در آن مردان به طور مکرری در به دست آوردن یا حفظ نعوظ در طول فعالیت جنسی شکست می خورند.

برخلاف کارلوس، بیشتر مردان با اختلال نعوظ بالای 50 سال سن دارند، بخاطر اینکه بسیاری از این موارد با بیماری ها یا ناراحتی های بزرگسالان سالخورده مرتبط هستند (کامرون و همکاران، 2005). حدود 7 درصد مردانی که زیر 40 سال

دارند نیز این اختلال را دارند که این تعداد به بیش از 40 درصد در مردان در شصت سالگی و حتی تا 75 درصد در آنهایی که در هفتاد و هشتاد سالگی هستند افزایش می یابد (لویس و همکاران، 2010؛ روزن، 2007). بنابراین، طبق بررسی ها، نیمی از همه مردان بزرگسال مشکل نعوظ در طول آمیزش را حداقل در برخی اوقات تجربه می کنند. بیشتر موارد اختلال نعوظ در نتیجه تعامل فرایندهای زیستی، روانشناختی و اجتماعی فرهنگی است (بری و بری، 2013؛ راولند، 2012؛ کاروالو و نوبر، 2011).

علت های زیستی: عدم تعادل هورمونی مشابهی که می تواند باعث اختلال میل جنسی کم کار مردانه شود می تواند اختلال نعوظ را نیز ایجاد کند (گلینا و همکاران، 2003؛ هید، 2005). با این وجود، به طور رایج تر، مشکلات عروقی- مشکلات در رگ های خونی ضخیم- درگیر هستند (لویس و همکاران، 2010؛ وینسز و همکاران، 2008؛ روزن، 2007). نعوظ زمانی اتفاق می افتد که رگ های آلت با خون پر می شود، بنابراین هرگونه شرایطی که جریان خون به آلت را کاهش دهد، مانند بیماری قلبی یا بسته شدن شریان ها، ممکن است منجر به اختلال نعوظ شود (گلینا و همکاران، 2013؛ میولمان، 2011). همچنین می تواند بوسیله آسیب به سیستم عصبی در نتیجه دیابت، آسیب های نخاع شوکی، مولتیپل اسکلروز، نقص در کلیه، یا درمان دیالزی ایجاد شود (بری و بری، 2013؛ بلک مور و همکاران، 2011). بعلاوه، اختلال میل جنسی کم کار مردانه، استفاده از داروهای خاص و اشکال گوناگون سوء مصرف مواد، از الکل تا کشیدن سیگار، ممکن است با نعوظ تداخل ایجاد کند (گلینا و همکاران، 2013؛ هریک و همکاران، 2011؛ پانجاری، بل و دیویس، 2011).

رویه های پزشکی، شامل ضبط فراصوت و تست های خون، برای تشخیص عوامل زیستی اختلال نعوظ رشد یافته اند. سنجش تورم شبانه آلت Nocturnal penile tumescence (NPT)، یا نعوظ در طول شب، بویژه در ارزیابی اینکه آیا عوامل جسمی مسئول هستند، مفید است. مردان معمولاً در طول خواب (REM) حرکات سریع چشم، مرحله خوابی که رویا اتفاق می افتد، نعوظ دارند. یک مرد سالم احتمالاً دو تا پنج دوره REM و نیز چند نعوظ آلت در طول هر شب دارد. نعوظ ناپهنجار یا نبود نعوظ شبانه معمولاً (اما نه همیشه) نشان دهنده برخی علل جسمی برای شکست نعوظی است. نسخه جدیدتر این ابزار، باند را به یک کامپیوتر می چسباند که سنجش های دقیقی از نعوظ در طول شب را فراهم می کند (وینسز و همکاران، 2008). چنین ابزارهای اندازه گیری کمتر احتمال دارد تا در رویه های بالینی امروزی نسبت به گذشته استفاده شود. همچنانکه شما بعداً در این فصل خواهید دید، ویاگرا Viagra و داروهای دیگر برای اختلال نعوظ معمولاً بدون ارزیابی رسمی بیشتر مشکلات آنها، به بیماران داده می شود (روزن، 2007).

علت های روان شناختی: هر یک از علت های روانشناختی اختلال میل جنسی کم کار مردانه می تواند در انگیزتی دخال کند و منجر به اختلال نعوظ شود (راولند، جورجوف و بورت، 2011). برای مثال، بیش از 90 درصد همه مردان با افسردگی شدید، درجه کمی از بدکارکردی نعوظ (2007).

شکل 3-13
لیوت،

مردی بدون مشکلات نعوظ A سنجش نعوظ در طول شب: شرکت کننده
مشکلات نعوظی دارد که B است با نعوظ طبیعی در طول شب. شرکت کننده
به نظر می رسد عمدتاً روان زاد هستند - از اینرو او نمی تواند هیچ نعوظی
اختلال نعوظی دارد که C داشته باشد. شرکت کننده REM در طول خواب
با مشکلات جسمی مرتبط است، تفسیری که با فقدان نعوظ در طول خواب
حمایت می شود. (این مطلب در مجله سکسوالیتی و انسان و مشکلاتش REM

روان شناختی یا جسمی؟

ریجی اسکن (RigiScan) ابزاری است که نعوظ بیماران مرد در طول خواب را می‌سنجد. آن شامل یک کامپیوتر و دو باند است که دور آلت پوشانده می‌شود. اگر پردازش کامپیوتر نشان دهد که باندها به طور دوره‌ای در طول شب بسط یافته‌اند، نتیجه گرفته می‌شود که مرد نعوظ طبیعی در طول خواب REM داشته است و اینکه مشکل نعوظی‌اش در طول آمیزش احتمالاً بوسیله عوامل روانشناختی ایجاد شده است.



یک تبیین روانشناختی به خوبی حمایت شده برای اختلال نعوظ، نظریه شناختی رفتاری ویلیام مستر و وبرجینا جانسون (1970) است. این تبیین روی اضطراب عملکرد Performance anxiety و نقش تماشاچی Spectator role تأکید می‌کند. هنگامی که یک مرد شروع به مشکلات نعوظی می‌کند، به هر دلیلی، او درباره شکست در داشتن نعوظ می‌ترسد و نگرانی‌هایی در طول هربار مواجهه جنسی دارد (کاروالو و نوبر، 2011). او بجای احساسات آرامبخش و لذتبخش از لذت جنسی، جدا از این فعالیت می‌ماند و خود را تماشا می‌کند و بجای یک شرکت کننده برانگیخته، روی هدف رسیدن به نعوظ تمرکز می‌کند و قضاوت کننده و تماشاچی می‌شود. در نتیجه هر آنچه که دلیل اولیه کژکاری نعوظ باشد، نقش تماشاچی دلیلی برای ادامه مشکل می‌شود. در این چرخه معیوب، علت اولیه شکست نعوظ اهمیت کمتری نسبت به ترس از شکست پیدا می‌کند.

علل اجتماعی فرهنگی: هر یک از عوامل اجتماعی فرهنگی که در اختلال میل جنسی کم کار مردانه سهیم هستند به اختلال نعوظ نیز پیوند می‌یابند. برای مثال، مردانی که شغلشان را از دست می‌دهند و تحت فشار مالی هستند، بیشتر احتمال دارد تا مشکلات نعوظی را نسبت به مردان دیگر رشد دهند (استولهافر و همکاران، 2013؛ موروکاف و گیلیند، 1993). استرس زناشویی نیز با این کژکاری ارتباط دارد (برنوت، 2011؛ ونسیز و همکاران، 2008).

اختلال ارگاسم

در طول مرحله ارگاسم چرخه پاسخ جنسی که اوج لذت جنسی است، هنگامی که عضلات منطقه لگن به طور ریتیمیک منقبض می‌شوند یا باهم کشیده می‌شوند، تنش جنسی رها می‌شود. منی مردان بیرون ریخته می‌شود و ثلث بیرونی دیوار واژن زنان منقبض می‌شود. کژکاری این مرحله از چرخه پاسخ جنسی، انزال زودرس Delayed ejaculation و انزال دیر هنگام در مردان و اختلال ارگاسم زنانه در زنان است.

انزال زودرس

مردی که از انزال زودرس رنج می‌برد (انزال سریع یا زود هنگام نیز نامیده می‌شود) به طور مداوم 1 دقیقه بعد از شروع فعالیت جنسی با شریک، قبل از اینکه او بخواهد به ارگاسم و انزال می‌رسد (جدول 3-13 را ببینید). بیش از 30 درصد مردان در کل دنیا برخی اوقات انزال زودرس دارند (لویس و همکاران، 2010؛ جانینی و لنزی، 2005؛ لومان و همکاران، 2005).

1999، 1994). مدت عمومی آمیزش در جامعه ما از چند دهه گذشته افزایش یافته است که پریشانی بیشتری در میان مردانی که به طور زودهنگام انزال می کنند ایجاد می کند. اگر چه بسیاری از مردان جوان، با این کژکاری مقابله می کنند، تحقیقات نشان می دهد که مردان در هر سنی ممکن است از آن رنج ببرند (راولند، 2012؛ آلتوف، 2007).

جدول 3-13

Dxچک لیست

انزال زودرس

1. فرد در طول حداقل 6 ماه، معمولاً در 1 دقیقه بعد از شروع رابطه جنسی با شریکش و زودتر از آنچه می خواهد انزال می کند.
2. افراد پریشانی معناداری را تجربه می کنند.

انزال دیررس:

1. فرد برای حداقل 6 ماه، معمولاً تاخیر معنادار، خیلی کم یا فقدان انزال در طول فعالیت جنسی با شریک را دارند.
2. فرد پریشانی معناداری را تجربه می کند.

اختلال ارگاسم زنانه:

1. فرد برای حداقل 6 ماه، معمولاً تاخیر معنادار، خیلی کم یا فقدان ارگاسم را تجربه می کنند یا قادر به دست آوردن شدت ارگاسمی گذشته نیستند.
2. فرد پریشانی معناداری را تجربه می کند.

تبیین های روانشناختی و بویژه رفتاری در انزال زودرس حمایت تحقیقاتی زیادی نسبت به انواع دیگر تبیین ها دریافت کرده اند. برای مثال، این کژکاری در میان جوانان، مردانی که رابطه جنسی را تجربه نکرده اند، مانند ادوارد، که یاد نگرفته اند تا انزالشان را عقب بیندازند، انگیزختگی شان را کنترل کنند و فرایندهای لذت بخش عشق بازی را گسترش دهند، رایج تر است (آلتوف، 2007). درحقیقت، مردان جوان اغلب درطول اولین رویارویی جنسی به طور زودهنگام انزال می کنند. با تجربه کردن جنسی مداوم، اغلب مردان کنترل بیشتری روی پاسخ های جنسی خود به دست می آورند. مردان در هر سنی که فقط به طور گهگاهی رابطه جنسی داشته باشند نیز مستعد انزال زودهنگام هستند.

متخصصان همچنین نشان داده اند که انزال زودرس ممکن است با اضطراب، تجربه خودارضایی شتاب زده در طول نوجوانی (ترس از گرفته شدن توسط والدین)، یا بازشناخت ضعیف از انگیزختگی جنسی خودشان مرتبط باشد (آلتون، 2007؛ وستایمر و لوپاتر، 2005). با این وجود، این نظریه ها تنها برخی اوقات حمایت پژوهشی روشنی را دریافت کرده اند.

اضطراب عملکرد: ترس از ناکفایتی در رابطه و تنش مرتبط با آن که

درطول رابطه جنسی تجربه می شود.

نقش تماشاچی: یک حالت ذهنی که افراد در طول رابطه جنسی تجربه

می کنند که در آن روی عملکرد جنسی خود تمرکز می کنند به طوریکه عملکرد و لذت او را مختل می کند.

مرحله ارگاسم: مرحله ای از چرخه پاسخ جنسی که اوج لذت جنسی

شخص است و تنش جنسی هنگامی که عضلات ناحیه لگن به طور

عقاید رو به رشدی در میان نظریه پردازان بالینی وجود دارد که عوامل زیستی ممکن است نقش کلیدی در بسیاری از موارد انزال زودرس داشته باشند. سه نظریه زیستی از تحقیقات محدود انجام شده تاکنون پدید آمده است (آلتوف، 2007؛ میرون و همکاران، 2001؛ والدینگر و همکاران، 1998). نظریه اول بیان می کند که برخی از مردان با یک پیش آمادگی ژنتیکی برای رشد این کژکاری به دنیا می آیند. درعوض، یک مطالعه دریافت که 19 درصد از یک نمونه کوچک از مردان که از انزال زودرس رنج می برند خویشاوندان درجه یک کمی دارند که این کژکاری را دارند. نظریه دوم که براساس مطالعات حیوانی است، بحث می کند که مغز مردانی که به طور زود هنگام انزال می کنند حاوی گیرنده های سروتونین خاصی است که بیش فعال هستند و بقیه گیرندگان کم فعال هستند. تبیین سوم بیان می کند که مردان با این کژکاری حساسیت یا انتقال عصبی بیشتری در نواحی آلتی خود دارند. نکته ای که حمایت تحقیقی متناقضی را تاکنون دریافت کرده است.

انزال دیر هنگام (تاخیری): یک مرد با انزال تاخیری (که قبلاً اختلال ارگاسم مردانه یا ارگاسم مردانه بازداری Male orgasmic disorder or inhibited male orgasm شده نامیده می شد) به طور پایداری قادر به انزال نیست یا انزال خیلی دیر هنگام در طول فعالیت جنسی با شریک دارد. حدود 10 درصد از مردان در سراسر دنیا این اختلال را دارند (لوپس و همکاران، 2010؛ هارتمن و والدینگر، لومان و همکاران، 2005، 1999). انزال دیر هنگام معمولاً منبع ناکامی و پریشانی زیادی است، نمونه ای از این مرد جان است:

جان نماینده فروش 38 ساله ای بود که 9 سال پیش ازدواج کرده بود. او با اصرار همسر 32 ساله اش، در جستجوی مشاوره برای مشکل جنسی شان بودند- ناتوانی اش در انزال در طول آمیزش. در طول سال های اولیه ازدواج، همسرش به سختی ارگاسم را تجربه می کرد تا اینکه یاد گرفت که انزالش را برای دوره طولانی از زمان به تاخیر بیندازد. برای انجام این کار، او از تکنیک های روانی حواس پرتی استفاده کرد و قبل از معاشقه به طور مرتب ماری جوانا می کشید و در ابتدا، جان احساس رضایت می کرد که او می تواند برای مدت زمان طولانی بدون انزال عشق بازی کند و توانایی اش را به عنوان نشانه ای از مردانگی ملاحظه می کرد.

حدود 3 سال قبل از جستجوی مشاوره، بعد از تولد تنها فرزندانشان، جان فهمید که نعوظش را قبل از اینکه بتواند انزال کند از دست می دهد. همسرش پوزیشن های آمیزشی مختلفی را ارائه می کرد، اما هرچه بیشتر تلاش می کرد، در رسیدن به ارگاسم مشکل بیشتری داشت. بخاطر ناکامی اش، این زوج شروع به اجتناب از رابطه جنسی کردند. جان اضطراب عملکرد فزاینده را با هر شکست اضافی تجربه می کرد و یک حس فزاینده ای از درماندگی در رویارویی با این مشکل داشت.

روزن و روزن، 1981

سطح تستسترون پایین، بیماری های نورولوژیکی خاص، و برخی آسیب های سر یا نخاع شوکی می تواند در انزال تداخل ایجاد کند (لوپس و همکاران، 2010؛ استونسون و ایلپوت، 2007؛ مک کنا، 2001). موادی که سیستم عصبی سمپاتیک را کُند می کنند (مانند الکل، برخی داروهای فشار خون بالا و داروهای ضد روان پریشی خاص) نیز می توانند روی انزال تأثیر بگذارند (هریک و همکاران، 2011). برای مثال، به نظر می رسد داروهای ضدافسردگی افزایش دهنده سروتونین در انزال حداقل 30 درصد مردانی که آنها را مصرف می کنند تداخل ایجاد کند (گلینا و همکاران، 2013؛ مونتجو و همکاران، 2011؛ آشتون، 2007).

به نظر می رسد یک علت روان شناختی مهم انزال تأخیری اضطراب عملکرد و نقش تماشایی باشد، این عوامل شناختی رفتاری در اختلال نعوظ نیز درگیر هستند (کاروالو و نوبر، 2011؛ کاشدان و همکاران، 2011). زمانی که مرد شروع به تمرکز روی رسیدن به ارگاسم می کند، ممکن است بجای برانگیخته بودن در فعالیت جنسی یک مشاهده گر غیربرانگیخته، خودانتقادی و هراسناک باشد (راولند، 2012؛ هارتمن و والدینگر، 2007؛ ویدرمن، 2001). علت های روان شناختی دیگر انزال تأخیری ممکن است بخاطر عادت های خودارضایی گذشته باشد. برای مثال، اگر مرد در همه زندگی اش خودارضایی کرده باشد، ممکن است در رسیدن به ارگاسم مشکل داشته باشد (وینسز و همکاران، 2008). درنهایت، انزال تأخیری ممکن است به خاطر اختلال میل جنسی کم کار مردانه ایجاد شود (آپفلوم، 2000). مردی که بخاطر فشار شریکش به فعالیت جنسی زیادی می پردازد، بدون هر نوع میل واقعی به آن، به سادگی ممکن است به اندازه کافی برای انزال برانگیخته نشود.

اختلال ارگاسم زنانه: ژانل و ایساک، که سه سال پیش ازدواج کردند، بخاطر فقدان ارگاسم به درمان جنسی رفتند:

ژانل هرگز به هیچ شیوه ای به ارگاسم نرسیده بود اما بخاطر ترس از ایساک، تا همین اواخر در طول آمیزش وانمود می کرد که به ارگاسم می رسد. نهایتاً او حقیقت را به او گفت و آنها باهم به جستجوی درمان پرداختند. ژانل در یک خانواده شدیداً مذهبی به دنیا آمده بود. او یک بار در حدود 7 سالگی زمانی که مادرش فهمید او در حال نگاه کردن به آلت تناسلی خود است به شدت تنبیه شد. ژانل هیچ آموزش از والدینش دریافت نکرده بود، و زمانی که شروع به قاعدگی کرد، مادرش فقط به او گفت که این به معنای این است که می تواند باردار شود، بنابراین او نباید به پسری اجازه بدهد تا با او تماس داشته باشد. مادرش به شدت او را محدود کرده بود، با هشدارهای مکرری که «پسرها تنها یک چیز می خواهند». درحالیکه والدینش انتقادی و سرسخت بودند والدین دوست داشتنی بودند و تایید آنها برای او خیلی مهم بود.

زنان با اختلال ارگاسم زنانه به طور دائم در رسیدن به ارگاسم شکست می‌خورند، ارگاسم‌های شدید خیلی کمتری دارند، یا ارگاسم تأخیری زیادی دارند. به نظر می‌رسد بیش از 25 درصد زنان تا حدی این مشکل را دارند که یک سوم آنها زنان یائسه را شامل می‌شود (لوپس و همکاران، 2010؛ هیمن، 2007، 2002). مطالعات نشان می‌دهند که 10 درصد یا بیشتر زنان به تنهایی یا در طول آمیزش هرگز ارگاسم نداشته‌اند، و حداقل 9 درصد دیگر به ندرت ارگاسم دارند (بانکرافت و همکاران، 2003). در همین راستا، نیمی از همه زنان ارگاسم را حداقل به طور نسبتاً منظمی تجربه می‌کنند (لوپیگولو و استوک، 1987). زنانی که جرأت جنسی بیشتری دارند و با خودارضایی راحت‌تر به ارگاسم می‌رسند گرایش دارند تا ارگاسم منظم بیشتری داشته باشند (کارابولس و همکاران، 2011؛ هارلبرت، 1991؛ کیلی و همکاران، 1990). اختلال ارگاسم زنانه به نظر می‌رسد در میان زنان مجرد رایج‌تر است تا زنانی که ازدواج کرده‌اند یا با فرد دیگری زندگی می‌کنند (لوپس و همکاران، 2010؛ لومان و همکاران، 2005، 1999، 1994). در یک مطالعه زمانی که از شرکت‌کنندگان با اختلال ارگاسم زنانه خواسته شد تا کلمه‌ای را انتخاب کنند که بهتر احساسات آنها درباره آن را توصیف کند، دو سوم آنها کلمه «ناکامی» را انتخاب کردند (گینگزبرگ و همکاران، 2013).

بیشتر متخصصان موافق هستند که ارگاسم در طول آمیزش برای کارکرد جنسی طبیعی ضروری نیست (مینا، 2012؛ ونیسنز و همکاران، 2008). اگرچه نظریه‌های وابسته به روانکاوی به فقدان ارگاسم در طول آمیزش به عنوان آسیب‌شناسی توجه می‌کنند، شواهد نشان می‌دهند که زنانی که برای ارگاسم روی تحریک کلیتوریس تکیه می‌کنند به طور کامل طبیعی و سالم هستند (لان، رلینی و بارتز، 2013؛ هیمن، 2007؛ لوپیگولو، 2002، 1995).