



روابط عاشقانه

بهنجاری و آسیب شناسی

۷.....	پیشگفتار.....
۹.....	پیشگفتاری بر چاپ فارسی.....
۱۱.....	۱: تجربه جنسی.....
۲۶.....	۲: هیجان جنسی و تمایل شهوانی.....
۴۵.....	۳: عشق جنسی بالغ.....
۶۱.....	۴: عشق و تعارض ادیبی در رابطه زوجی.....
۷۸.....	۵: آسیب‌شناسی روانی.....
۹۵.....	۶: پرخاشگری، عشق و زوج.....
۱۱۱.....	۷: کارکردهای فراخود.....
۱۳۳.....	۸: عشق در زمینه تحلیلی.....
۱۵۱.....	۹: آسیب‌شناسی خودآزادگری.....
۱۷۳.....	۱۰: خودشیفتگی.....
۲۰۰.....	۱۱: نهفتگی، پویایی و پیروی از عرف.....
۲۱۵.....	۱۲: گروه و زوج.....
۲۳۲.....	واژه نامه انگلیسی به فارسی.....
۲۳۳.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....
۲۳۴.....	فهرست منابع.....

سال‌ها پیش اغلب نوشته‌های من دربارهٔ سازمان شخصیت مرزی بود که پرخاشگری در ساختار روانی آنان نقش پر رنگی داشت. در آن زمان، دوست و همکار خوبی با لحنی کمابیش شوخ‌طبعانه از من پرسید: «چرا دربارهٔ عشق نمی‌نویسید؟ همه فکر می‌کنند که شما فقط دل‌مشغول پرخاشگری هستید!» همان‌روز به او قول دادم هنگامی که در این زمینه بتوانم پاسخی را برای ابهاماتم پیدا کنم، دربارهٔ عشق خواهم نوشت. این کتاب نتیجهٔ این مسیر است. هرچند، هنوز هم نتوانسته‌ام که پاسخ بسیاری از ابهاماتم را بیابم ولی باوجود این معتقدم به اندازهٔ کافی برای ارائه این پاسخ‌ها اندیشیده‌ام و امیدوارم دیگران نیز از این فرصت استفاده کرده و آنچه را مبهم مانده‌است، روشن کنند.

در طول قرن‌های بسیار، همواره برای شاعران و فلاسفه عشق مسئلهٔ مهمی بوده است. اما به تازگی روان‌شناسان و جامعه‌شناسان نیز به بررسی این موضوع پرداخته‌اند. ولی، متأسفانه با کمال تعجب جای خالی این موضوع در ادبیات روان‌تحلیلی به شدت احساس می‌شود.

در مسیر تلاش‌های متعددی که برای درک ماهیت عشق طی کرده‌ام، توجه به رابطهٔ جنسی غیرقابل اجتناب بوده و همین امر باعث شد تا دریابم برخلاف توجه‌های بسیاری که از نظرگاه زیست‌شناختی بر رابطهٔ جنسی شده، رابطهٔ جنسی هرگز به خوبی به عنوان یک تجربهٔ روانی مورد بررسی قرار نگرفته است. هنگامی که جنبهٔ روانی رابطهٔ جنسی را بررسی کردم، خیلی زود، دریافتم که با خیال‌پردازی‌های جنسی نوزادی رو به رو هستم که به نوعی معنای بازگشت به فروید را می‌داد. ازلحاظ بالینی نیز دریافتم که همانندسازی فرافکن، سناریوهای قدیمی زوجین (تجارب و خیال‌پردازی‌های ناهشیار) و خیال‌پردازی‌ها و روابط متقابل آزارگرانه که ناشی از

فراکنی فراخود¹ نوزادی است_ از طریق برقرار ساختن یک خودِ آرمانی مشترک_ به شدت بر زندگی زوجین تأثیر می‌گذارد.

من دریافتم که پیش‌بینی اینکه یک عشق یا ازدواج به چه سرنوشتی دچار می‌شوند، حتی بر اساس شرایط روانی بیمار نیز غیرممکن است. به نظر می‌رسد که گاهی تفاوت‌های موجود در تیپ روان‌شناختی افراد باعث می‌شوند، ارتباط راحت‌تر پیش برود. در حالی که در برخی موارد نیز خود این امر عامل ناسازگاری است. این سوالات که چه چیز منجر به کنارهم ماندن و یا از بین رفتن رابطهٔ زوجین می‌شود، همواره باعث آزار من بوده و همان سوالات در من عاملی اساسی برای بررسی پویایی‌های روابط عاشقانه است.

منابع من جهت بررسی این موضوع عبارت‌اند از: معالجهٔ بیماران، ارزیابی و درمان زوجینی که از مشکلات زناشویی رنج می‌برند و به خصوص پیگیری طولانی‌مدت زوجین از طریق روان‌تحلیلی زوجی و انفرادی.

طولی نکشید که دریافتم مطالعهٔ عشق بدون بررسی عنصر پرخاشگری در روابط زوجین غیرممکن است. جنبه‌های پرخاشگرانه در رابطهٔ شهبانی زوجین در تمام انواع رابطهٔ جنسی اهمیت بسزایی دارد که مطالعات پیشگامانه رابرت جی استولر در این خصوص بسیار مهم است. اما من دریافتم که جنبه‌های دوسوگرانه که در روابط موضوعی تمامی نوزادان حضور دارد و نیز جنبه‌های تهاجمی فراخود که در روابط زوجی از قید و بندها رها می‌شوند نیز به همان اندازه مهم هستند.

یک نظریهٔ روان‌تحلیلی براساس روابط موضوعی که به مطالعهٔ پویایی‌های موجود در رابطه با تعارضات درون‌روانی و روابط بین‌فردی بپردازد، می‌تواند درک تأثیرات متقابل زوجی و گروهی و تداخل عشق و پرخاشگری در آن را به شکل عمیقی تسهیل کند. اما به همین ترتیب، تصدیق شیوه‌های پیچیدهٔ ادغام عشق و پرخاشگری در رابطه زوجین همچنین سازکارهایی که عشق از طریق آن می‌تواند بر پرخاشگری غلبه کند نیز باید مورد بررسی قرار بگیرد.

پیشگفتاری بر چاپ فارسی

پروفسور اتو فریدمن کرنبرگ، استاد روانپزشکی کالج ویل کورنل^۱، رییس انستیتوی اختلالات شخصیت بیمارستان پرسبیترن^۲ نیویورک و همچنین رییس افتخاری انجمن بین‌المللی روان‌درمانی مبتنی بر انتقال^۳ است. وی همچنین بنیانگذار درمان مبتنی بر انتقال برای بیماران مرزی و نظریه‌پرداز سازمان‌های شخصیتی است. گرچه وی بیشتر به دلیل نظریه‌پردازی و درمان روانکاوانه برای بیماران مرزی مشهور است، اما تألیفات متعدد او در حوزه روانکاوی حاکی از دانش عمیق ایشان است.

متن پیش رو ترجمه روان و ارزشمندی از کتاب: *Love Relations: Normality And Pathology* است که در سال ۱۹۹۸ منتشر شده است. کرنبرگ در این کتاب پس از مروری بر مؤلفه‌های جسمی و روانی تجربه جنسی، آن را از دیدگاه روابط موضوعی مورد بررسی قرار داده و به تأثیرات روابط موضوعی گذشته زوج بر ارتباط فعلی آنها می‌پردازد. وی همچنین، تأثیر ارتباط ناهشیار فراخود زوج بر ایجاد تعارضات را بررسی می‌کند و ایجاد یک خود (ایگو) مشترک را برای تداوم و رضایتمندی در رابطه، ضروری می‌داند. کرنبرگ، همچنین به تفصیل نقش پرخاشگری در روابط به اصطلاح بیمارگون را نیز تشریح می‌کند.

ترجمه حاضر فرصت ارزشمندی برای فارسی‌زبانان است تا با جنبه‌های مختلف ارتباط جنسی-عاطفی از دیدگاه پروفسور کرنبرگ، آشنا شوند. من بدین وسیله مراتب قدردانی خود را از مترجمین محترم کتاب ابراز می‌نمایم.

دکتر هما محمدصادقی،

روان‌درمانگر مبتنی بر انتقال و

استادیار روان‌پزشکی دانشکده علوم پزشکی ایران

1 Weill Cornell

2 Presbyterian

3 International Society of Transference-Focused Psychotherapy

تجربه جنسی

رابطه جنسی و عشق ارتباط بسیار نزدیکی با یکدیگر دارند. به همین دلیل عجیب نیست اگر کتابی که در باب عشق نگاشته شده، با بحث درباره ریشه‌های روانی زیستی رابطه جنسی آغاز شود. از آنجایی که عناصر روان‌شناختی در دل عناصر زیستی رشد می‌کنند، بهتر است بحث را با این عناصر آغاز کنیم.

ریشه‌های زیستی تجربه و رفتار جنسی

اگر رشد جنسی انسان را به صورتی جدی بررسی کنیم، در خواهیم یافت که ما انسان‌ها از لحاظ زیستی به شدت شبیه سایر حیوانات (به خصوص اگر پستانداران ابتدایی‌تر را با انسان‌ها مقایسه کنیم) هستیم. اما عملکردهای روان‌شناختی بین نوزاد و مراقب اولیه، عاملی است که تا حد زیادی رفتار جنسی نوزاد را تحت تأثیر قرار می‌گیرد و این عوامل تا حد زیادی تأثیرات زیستی مشترک بین انسان و حیوانات را تعدیل می‌کند. من در پژوهش خود کارهای پیشگامانه مانی و ارهارت و همچنین پژوهش‌های کلدنی (۱۹۷۹)، بانکرافت (۱۹۸۹) و مک کانگی (۱۹۹۳) را مدنظر داشته‌ام.

در مراحل اولیه رشد، جنین پستانداران می‌تواند نر یا ماده باشد و غدد جنسی با توجه به شکل کروموزوم ۴۶ ممکن است به بیضه یا تخمدان تبدیل شوند و الگوی کروموزوم ۴۶ برای مردان شکل XY و برای زنان شکل XX دارد. غدد اولیه جنسی در انسان از حدود هفته ششم حاملگی قابل تشخیص می‌شوند. هنگامی که تحت تأثیر کدهای ژنتیکی هورمون‌های بیضه در مردان ترشح می‌شوند، هورمون مهارکننده مجرای مولری (MIH) در غدد جنسی اثر مهمی دارد. همچنین، تستوسترون که باعث رشد

اندام‌های داخلی و خارجی مردانه به ویژه مجاری دوطرفه وولفین می‌شود. در صورت وجود کدهای ژنتیکی زنانه نیز تمایز یافتگی تخمدان از حدود هفتم دوازدهم بارداری مشخص می‌شود.

تمایز جنسیتی صرف نظر از الگوهای ژنتیکی، همواره در جهت زنانه شدن رخ می‌دهد، مگر اینکه سطح کافی تستوسترون وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، حتی اگر کدهای ژنتیکی مردانه باشد، مقدار ناکافی تستوسترون منجر به رشد خصوصیات جنسی زنان خواهد شد. اصل زنانگی نسبت به مردانگی اولویت دارد. در طی تمایز طبیعی زن، سیستم مجرای میلیری بدوی به داخل رحم، لوله‌های فالوپ و بخش داخلی واژن گسترش می‌یابد. در مردان مجرای میلیری دوباره به عقب رانده می‌شود و سیستم مجاری وولفین توسعه می‌یابد و به وزیکول‌های منی و مجاری انزالی تبدیل می‌شود.

در شرایط عدم سطح کافی از آندروژن‌ها (تستوسترون و دهیدروتستوسترون) در دوره حساس تمایز، هنگام شروع رشد جنین هشت هفته‌ای، کلیتوریس سطح خارجی اندام جنسی زنانه و واژن ایجاد می‌شود. اما با وجود مقادیر کافی از تحریک آندروژن، آلت تناسلی مرد از جمله غده‌های آن و کیسه بیضه تشکیل شده، و بیضه‌ها به عنوان اندام‌هایی درون شکم ایجاد می‌شوند. آنها بیشتر در ماه هشتم یا نهم بارداری به وضعیت نهایی خود تغییر شکل می‌دهند.

تکامل نواحی خاصی از مناطق مغز نیز تحت تأثیر هورمون‌های در حال گردش جنین پس از تمایز دستگاه تناسلی داخلی و خارجی صورت می‌گیرد. رشد مغز به شکل دوگانه رخ می‌دهد و اولویت نیز با ویژگی‌های زنانه است، مگر اینکه سطح کافی از آندروژن‌های در حال گردش وجود داشته باشد. تمایز مغز در زنان و مردان در سه ماهه سوم جنینی آغاز می‌شود و چه بسا تا سه ماه پس از تولد نیز ادامه می‌یابد. در سایر پستانداران تفاوت هورمونی پیش از تولد تمایز در الگوهای تولید مثل را رقم می‌زند. با این حال یادگیری‌های اولیه و ارتباطات اجتماعی نیز در تعیین این الگو تأثیرگذار است. صفات ثانویه جنسی که در دوران بلوغ - افزایش موهای بدن، تغییر صدا، رشد سینه‌ها و رشد چشمگیر دستگاه تناسلی - توسط عوامل سیستم عصبی

مرکزی ایجاد می‌شود، تحت کنترل آندروژن‌ها و استروژن در گردش است.

عدم تعادل هورمونی ممکن است صفات ثانویه جنسی را تغییر داده و با عدم وجود آندروژن‌ها، ژنیکوماستی در مردان و از طریق افزایش سطح آندروژن‌ها منجر به بم شدن صدا و بزرگ شدن بیش از حد کلیتوریس در زنان شود. اما تأثیر تغییرات سطح هورمونی بر تمایل و رفتار جنسی وضوح کمتری دارد.

در مردان، کمبود آندروژن‌های در گردش به شدت میل جنسی را کاهش می‌دهد. اما هنگامی که آندروژن‌های در گردش در حد نرمال یا بالاتر از حد طبیعی هستند، میل و رفتارهای جنسی به طور چشمگیری مستقل از این نوسانات می‌باشند. اختگی پیش از بلوغ در صورتی که افراد تستوسترون جایگزین دریافت نکنند، منجر به بی میلی جنسی می‌شود. اما اگر در دوران نوجوانی تستوسترون جایگزین دریافت شود، این میل تا حدی بازیابی خواهد شد. اما پاسخ به این درمان در سال‌های بعد از نوجوانی کمتر رضایت‌بخش است. به نظر می‌رسد در این مورد دوره‌ای بحرانی وجود دارد که با گذشت آن تأثیر درمان بسیار کمتر می‌شود. هرچند مطالعات حاکی از افزایش میل جنسی در زنان نیز درست قبل و بعد از چرخه قاعدگی است. با وجود این در مقایسه با محرک‌های روانی، وابستگی میل جنسی به نوسانات سطح هورمونی ناچیز است. در حقیقت مک کانگی (۱۹۹۳) فکر می‌کند که میل جنسی در زنان ممکن است بیشتر از تمایل جنسی در مردان، تحت تأثیر عوامل روانی-اجتماعی باشد.

با وجود این در سایر پستانداران علاقه و رفتارهای جنسی توسط هورمون‌ها به شدت کنترل می‌شوند. رفتار جفت‌گیری در جوندگان به تنهایی توسط وضعیت هورمونی مشخص می‌شود و تزریق زودرس هورمون‌ها ممکن است به طور جدی بر آن تأثیر بگذارد. اختگی بعد از بلوغ منجر به کاهش نعوظ و علاقه جنسی تدریجی می‌شود. برعکس وجود تستوسترون نیز بلافاصله این بی‌تفاوتی جنسی را به علاقه تبدیل می‌کند.

در مجموع به نظر می‌رسد که آندروژن‌ها بر شدت تمایل جنسی در انسان‌ها نیز تأثیر می‌گذارند؛ اما این امر توسط عوامل روانی و اجتماعی در چارچوبی تعیین شده قرار دارد.

عوامل روانی اجتماعی

در مبحث قبلی به عناصر زیستی حاضر در رابطه جنسی پرداختیم. اینک، باید به بحث پراهمیتی بپردازیم که تاکنون توجه چندانی به آن نشده است و آن تعامل مابین عوامل روان شناختی و عوامل زیستی است. یکی از این عوامل، هویت جنسی است. در انسان هویت جنسی به این معناست که فرد احساس زنانگی یا مردانگی کند که این مسئله هم یک موضوع زیستی و هم موضوعی روانی است و به ارتباط کودک با مراقبان اولیه اش (به ویژه در ۴ سال اول زندگی) وابسته است. مانی (۱۹۸۶ و ۱۹۸۸) استولر (۱۹۸۵) شواهد قانع کننده‌ای را در این زمینه ارائه کرده‌اند. همچنین نقش جنسی به معنای شیوه رفتار فرد بر اساس جنسیت خود است که در هر جامعه‌ای به شیوه خاص خود تعیین می‌شود. این امر به شدت تحت تأثیر عوامل روانی-اجتماعی است. علاوه بر این، کاوش‌های روان تحلیلی نشان می‌دهد که انتخاب موضوع^۱ جنسی نیز تحت تأثیر همین عوامل اولیه روان شناختی است.

در ادامه شواهد موجود در باب مسائل زیر را مورد بررسی قرار خواهیم داد. این چهار موضوع عبارت‌اند از:

۱. هویت جنسی مرکزی، که به معنای این است که فرد خود را مرد یا زن در نظر بگیرد.
۲. نگرش‌های روان شناختی و رفتارهای بین فردی خاص - الگوهای کلی تعامل اجتماعی و همچنین تعامل‌های مشخصاً جنسی - که مختص به زنان یا مردان هستند و این دو جنس را از یکدیگر متمایز می‌کنند.
۳. انتخاب موضوع جنسی به معنای انتخاب فرد مورد علاقه بر اساس ویژگی‌هایی مثل هم جنس یا دگرجنس بودن است و با تمرکز بر نوع خاصی از واکنش جنسی نسبت به موضوع انتخاب شده و تمرکز بر نواحی خاصی از بدن، موضوع یا حتی انتخاب یک حیوان یا شیء همراه است.
۴. شدت میل جنسی که نمایانگر میزان تسلط فرد به خیال‌پردازی‌های جنسی،

هشیاری نسبت به تحریک جنسی، میل به انجام رفتار جنسی و تحریک روان‌شناختی اندام‌های جنسی است.

هویت جنسی مرکزی (اصلی)

شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد، حتی وقتی والدین معتقد هستند که به شیوه‌های یکسانی به پرورش کودکان دختر و پسر خود پرداخته‌اند، باز هم تفاوت‌های جنسیتی در تعیین رفتار آنها با کودکان تأثیرگذار است. هرچند تفاوت بین زنان و مردان به تاریخچه هورمونی پیش از تولد ایشان بازمی‌گردد، ولی این تفاوت به صورت یک موضوع خودکار و تمام و کمال عمل نکرده و به تنهایی رفتارهای زنانه و مردانه را تعیین نمی‌کند؛ همچنین، هورمون‌های زنانه در مردان و هورمون‌های مردانه در زنان که به شیوه پاتولوژیکی هم عمل می‌کنند بیش از آنکه روی هویت جنسی تأثیر بگذارند، نقش جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

در دختران، افزایش آندروژن پیش از تولد می‌تواند مسئول ایجاد برخی ویژگی‌ها از جمله افزایش میزان انرژی و پرخاشگری باشد. کاهش آندروژن نیز می‌تواند به انفعال و دیرخشمی پسران منجر شود؛ اما بر روی هویت جنسی آنها تأثیری نمی‌گذارد. همچنین، کودکان دوجنسیتی^۱ که به‌طور واضحی به عنوان دختر یا پسر رشد می‌یابند، صرف‌نظر از اینکه از لحاظ ژنتیکی، هورمونی و حتی تناسلی در چه شرایطی هستند، نیز یک هویت جنسی مستحکم زنانه یا مردانه کسب می‌کنند. (مانی و ارهارت، ۱۹۷۲ و میر، ۱۹۸۰).

استولر (۱۹۷۵) و پرسون (۱۹۸۳) و اوسی (۱۹۸۴) رابطه بین آسیب و اختلال در فرزندپروری اولیه را با استحکام هویت جنسی مورد بررسی قرار داده‌اند. از نظر آنها نارضایتی از هویت جنسی^۲ وجود یک هویت جنسی مغایر با وضعیت زیستی فرد است که به عوامل ژنتیکی، هورمونی و دستگاه جنسی مربوط نیست. هرچند این تحقیق در مورد متغیرهای زیستی ظریف‌تر، به ویژه در زنان جوان وجود ناهنجاری

1 Hermaphrodite
2 Transsexualism

هورمونی را تأیید می‌کند، ولی به طور جدی‌تر، شواهد بر اهمیت روابط اولیه استوار هستند. در این مورد پژوهش‌های روان تحلیلاانه بر روی کودکان دچار ناهنجاری‌های هویت جنسی و تاریخچه بزرگسالان «ترنسکشوال» داده‌های مناسبی را در تأیید نتایج استولر ارائه داده‌اند.

در مورد مردان ترنسکشوال، اغلب مادری مقتدر وجود دارد که دارای صفات شخصیتی دو جنسیتی است و از شوهر منفعل خود دور است. او پسرش را به شکلی نمادین بی‌چون و چرا در خود حل می‌کند. این همزیستی^۱ سعادت‌مندانه، چنان قوی است که نقش مردانگی پسر را کاملاً محو کرده و او را به سمت همانندسازی با مادر سوق می‌دهد تا جایی که منجر به رد نقش مردانه در او شود اما در مورد زنان ناراضی از جنسیت خود، مادری که شوهر او را رد کرده است و یا در دسترس نیست، ویژگی‌های فرزند را به‌عنوان یک دختر بچه تقویت نمی‌کند. بدین ترتیب، دختر شروع به جایگزین کردن آن با رفتار مردانه می‌کند که این امر سبب کاهش احساس تنهایی و افسردگی مادر می‌شود. بدین ترتیب رفتار مردانه دختر از اندوه مادر می‌کاهد و وحدت خانواده را باز می‌گرداند.

شیوه والدگری (مخصوصاً مادر) می‌تواند هویت جنسی و به طور کلی کارکرد جنسی عمومی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و این امر فقط مخصوص انسان نیست. طبق پژوهش‌های هارلو (۱۹۶۵) در میمون‌ها نیز دلبستگی ایمن از طریق تماس فیزیکی بین مادر و نوزاد برای رشد جنسی عادی آنها ضروری است.

فروید (۱۹۰۵ و ۱۹۳۳) نیز هرچند به دو جنسیتی بودن روانی در بین انسان‌ها باور داشت، ولی این امر را نیز بدیهی می‌دانست که هویت جنسی اولیه در کودکان هر دو جنس مردانه است. از نظر او در ابتدا تثبیت کلیتوریس در دختران به‌عنوان منشا لذت برابر آلت مردانه وجود دارد. سپس هویت جنسی آنها در دوره ادیپی از مادر به سوی پدر انتقال می‌یابد و خود را از عدم وجود آلت مردانه در ناامیدی نشان می‌دهد و این همان اضطراب اختگی است. این امر به آرزوی نمادینی مبنی بر جایگزین کردن آلت مردانه در خود از طریق زاییدن فرزند پدر تغییر شکل می‌دهد.

اما استولر (۱۹۷۵ و ۱۹۸۵) معتقد است که به علت دل‌بستگی عمیق و ارتباط هم‌زیستانه با مادر، نخستین همانندسازی در دو جنس زنانه است و تنها پس از یک فرآیند تدریجی از جدایی و تفرد است که نوزاد پسر به سوی هویت جنسی مردانه گام برمی‌دارد. اما به هر حال انسان دارای هر گرایش‌هایی که باشد در وهله اول خود را به عنوان زن یا مرد پذیرفته است.

برانشوايگ و فاین در موافقت با ایده دو جنسیتی بودن روانی انسان، بحث‌های متقاعدکننده‌ای را مطرح کرده‌اند که محوریت آن، مسئله دو جنسیتی بودن روانی ناشی از همانندسازی با دو والد در نوزادی است. از نظر آنها هویت دو جنسیتی از طریق رابطه طبیعی اولیه بین نوزاد و مراقبت کنندگان شکل می‌گیرد و در حقیقت، این همانندسازی هسته اولیه هویت جنسی است. براساس این بحث در واقع تفاوتی نمی‌کند که مادر راننده کامیون باشد یا پدر آشپزی کند، زیرا تا زمانی که هویت جنسی آنها متفاوت و معین است، نقش جنسی والدین تعدیل می‌شود.

تعیین و پذیرش هویت جنسی در عمل منجر به تقویت نقش‌های جنسی زنانه و مردانه شده و از آنجایی که همانندسازی هشیار و ناهشیار با هر دو والد صورت می‌گیرد، منجر به دو جنسیتی بودن ناهشیار می‌گردد. این مسئله نیز بر همانندسازی ناهشیار با نقش‌های جنسی این دو جنسیت دلالت دارد و نشانگر این موضوع است که در انسان تمایلات شدیدی به سمت نگرش‌ها و الگوی رفتاری دو جنسیتی به عنوان یک پدیده جهان‌شمول وجود دارد. این امر نیز ممکن است، تأکید شدید اجتماعی و فرهنگی بر هویت جنسیتی اساسی ((اینکه تو باید یک دختر بچه/پسر بچه باشی)) با نیاز روانی به ادغام و تحکیم یک هویت شخصی و خاص مرتبط باشد. هسته اساسی تشکیل هویت فرد، هویت جنسیتی اوست. لیخنشتاین (۱۹۶۱) نیز اظهار داشت که هویت جنسی تشکیل دهنده هویت فردی است. این امر می‌تواند در کار بالینی نیز با اهمیت باشد، چرا که در می‌یابیم افرادی که دچار نقص در هویت جنسی هستند چگونه با گسستگی هویت نیز دست و پنجه نرم می‌کنند.

هویت نقش-جنسیتی

در پژوهشی کلاسیک، مک کویی و ژاکلین (۱۹۷۴) به این نتیجه رسیدند که باورهای بی‌پایه و اساسی درباره تفاوت‌های جنسیتی وجود دارد؛ از جمله اینکه دختران اجتماعی‌تر و خواستنی‌تر از پسران هستند، عزت نفس پایین‌تری دارند، انگیزه کمتری برای موفقیت دارند و در یادگیری بر اثر تکرار و تمرین و کارهای ساده تکراری موفق‌ترند. پسران نیز در کارهایی موفق‌تر فرض شده‌اند که نیازمند سطح پردازش شناختی بالاتری هستند. دختران نسبت به وراثت تأثیرپذیرتر فرض شده‌اند و پسران نسبت به محیط؛ دختران تأثیرگیرنده از شنیدن و پسران از دیدن.

اما در واقع تفاوت‌های جنسی به این گونه است که اغلب دختران توانایی کلامی بهتری را نسبت به پسران نشان می‌دهند و پسران نیز توانایی‌های ریاضی و منطقی بیشتری کسب می‌کنند. همچنین پسران پرخاشگری بیشتری از خود نشان می‌دهند. در باب حساسیت‌های لمسی، ترس و اضطراب، سطح فعالیت، رقابت‌طلبی و انطباق نیز تفاوت‌هایی وجود دارد.

همچنین این پرسش مطرح است که کدام یک از این تفاوت‌ها ناشی از مسائل ژنتیکی و کدام یک ساخته دست محیط است؟ مک کویی و ژاکلین توضیح داده‌اند که عوامل زیستی بر تفاوت‌های جنسیتی از جمله پرخاشگری و توانایی‌های بصری تأثیر مهمی دارند. در تأیید این موضوع شواهد مهمی وجود دارد که مردان، سطح پرخاشگری بالاتری دارند و این امر در انسان و گونه‌های پست‌تر پستانداران یکسان بوده و ممکن است به عوامل محیطی مثل میل به تسلط و رقابت یا سطح فعالیت نسبت داده شود؛ اما در این مورد شواهد قانع‌کننده‌ای وجود ندارد. مک کویی و ژاکلین دریافته‌اند که ژنتیک می‌تواند در آمادگی فرد برای به نمایش گذاشتن نوع خاصی از رفتار نقش مهمی ایفا کند.

«فریدمن» و «داونی» (۱۹۹۳) جهت بررسی تأثیر هورمون‌های پیش از تولد بر آسیب‌شناسی رفتار جنسی پس از تولد شواهدی به دست آورده‌اند. آنها دریافته‌اند که هورمون‌های جنسی و آدرنال دوران بارداری، می‌تواند باعث شود که دختران به

عروسک بازی و خودآرایی علاقه کمتری داشته باشند و به اسلحه و ماشین بازی علاقه‌مندتر شوند. آنها اغلب داشتن همبازی پسر را ترجیح داده و انرژی بیشتری برای بازی و فعالیت‌های خشن از خود نشان داده‌اند. این مسائل تأثیر ویژگی‌های ژنتیکی بر رشد پیش از تولد را نشان می‌دهد. اما همچنین، فریدمن و داوونی تأکید دارند که صفات ممیزه مابین دختران و پسران اغلب بر اثر محرک‌های محیطی شکل می‌گیرد.

ریچارد گرین (۱۹۷۶) در پژوهشی که در باب پسران با ویژگی‌های زنانه انجام داد، دریافت آن چیزی که در بروز این رفتارها تعیین‌کننده است، تشویق یا بی‌تفاوتی نسبت به رفتارهای زنانه پسر، لباس پوشاندن به پسرچه توسط زنان، صمیمیت بیش از حد مادر، فقدان یا طردکننده‌بودن پدر، زیبا بودن پسر از نظر جسمی و عدم وجود همبازی‌های هم‌جنس است. باید دانست که بیش از ۷۵ درصد نمونه اصلی این پژوهش از میان پسران با رفتار زنانه و همجنس‌گرا و دوجنس‌گرا انتخاب شده است که نشان می‌دهد رفتار زنانه در پسران و رفتار مردانه در دختران با همجنس‌گرایی در انتخاب موضوع عشق مرتبط است؛ هرچند که این امر الزامی نیست و ممکن است در موارد بسیاری صدق نکند. در واقع ممکن است نقش و هویت جنسی با انتخاب موضوع عشق مرتبط باشند و گرایش جنسی به همجنس نیز ممکن است با پذیرش نقش جنسی که در فرهنگ و جامعه به جنسیت دیگر نسبت داده شده است، مرتبط باشد. در این صورت تفاوت نقش جنسی یک مرد/زن با نقشی که از جنسیت او انتظار دارند، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده نحوه انتخاب موضوع و گرایش جنسی فرد باشد.

انتخاب موضوع غالب

مانی (۱۹۸۰) و پریپر (۱۹۸۵) برای اشاره به نحوه برانگیختگی انسان از واژه الگو استفاده کرده‌اند. آنها معتقد نیستند که این الگوها از پیش آماده شده‌اند؛ بلکه افراد با تحول فرایندهای ذهنی از جمله تنظیم ژنتیکی رشد عصبی و ساختار نوروفیزیولوژیک بعدی که از طریق رؤیت تصاویر امیال دیگری نشأت می‌گیرند، رشد می‌کنند. مانی این فرآیند را تحت عنوان «هدایتگر عشق» تعریف کرده است که به معنای رشد انتخاب موضوع جنسی فرد است و این انتخاب موضوع از بافت طرح‌های موجود در سیستم

مغزی نشأت می‌گیرد که تا پیش از ۸ سالگی، تحت نفوذ درون‌دادهای محیطی تکمیل می‌شوند. به سختی می‌توان این نکته را نادیده گرفت که تحقیقات در باب رشد جنسی انسان در دوران اولیهٔ رشدی، به ویژه در مورد انتخاب موضوع بسیار کم و قابل بحث هستند. مروری بر ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که تنها بخش اندکی از مطالعات به تجارب جنسی کودکان مربوط بوده و این امر در مقایسه با حوزهٔ پهنای مطالعات در باب جنسیت و هویت جنسی ناچیز است.

من معتقد هستم که پشت این کمبود منابع و پژوهش‌ها، نوعی مقاومت در برابر شناخت میل جنسی در کودکان وجود دارد. تابویی که پیش از این فروید نیز از آن خبر داده بود که نتایج این پژوهش با ممنوعیت بحث دربارهٔ رفتارهای جنسی در فرهنگ غرب مرتبط است. انسان‌شناسی فرهنگی اسناد و مدارک زیادی در مورد این ممنوعیت در دست دارد (اندلمن ۱۹۸۹، فشر، ۱۹۸۹، گلنسون و روفی، ۱۹۷۴). گلنسون و روفی با مشاهدهٔ طبیعی بر روی کودکان پرورشگاهی گزارش داده‌اند که پسران از حدود ۶ تا ۷ ماهگی بازی با آلت جنسی خود را آغاز می‌کنند و این امر در دختران از حدود ۱۰ تا ۱۱ ماهگی آغاز می‌شود. همچنین خودارضایی نیز در هر دو جنس از حدود ۱۶ تا ۱۷ ماهگی آغاز می‌شود. کودکان طبقهٔ کارگر نسبت به کودکان طبقهٔ متوسط و مرفه به میزان بیشتری به خودارضایی، دست می‌زنند که این امر بیانگر تأثیر طبقه و فرهنگ اجتماعی در این باره است.

فشر نیز گزارش داده است که توانایی و سطح منطق کودکان دربارهٔ اندام‌های جنسی به میزان قابل توجهی از سطح منطق عمومی ایشان پائین‌تر است و دختران چگونه گرایش به نادیده گرفتن کلیتوریس داشته و به‌طور کلی به دنبال دادن شکلی رازورزانه نسبت به آلت جنسی خود هستند. همچنین نشان داده است که والدین چگونه به شیوهٔ ناهشیاری، سرکوب‌های جنسی کودکی خود را در فرزندانشان بازتولید می‌کنند. شواهدی نیز در خصوص چگونگی پافشاری بر نادیده گرفتن مسائل جنسی در نوجوانی وجود دارد.

مانی و ارهارت و همچنین بانکرافت نیز دربارهٔ ترس شایع در مورد میل جنسی کودکان صحبت کرده‌اند. اما با توجه به افزایش نگرانی‌های عمومی دربارهٔ آزارواذیت