

کژکاری جنسی

راهنمایی برای ارزیابی و درمان

فهرست

۷	درباره نویسندگان.....
۹	تقدیر و تشکر.....
۱۱	فصل ۱: مرور کلی.....

بخش اول: کژکاری‌های جنسی/۲۷

۲۹	فصل ۲: اختلال نعوظ.....
۴۳	فصل ۳: اختلال ارگاسمی زنان.....
۵۳	فصل ۴: انزال دیررس.....
۶۲	فصل ۵: انزال زودرس (پیش از موعد).....
۶۹	فصل ۶: اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی زنان.....
۸۰	فصل ۷: اختلال کمبود میل جنسی مردان.....
۹۱	فصل ۸: اختلال دخول/درد تناسلی لگنی.....
۱۰۴	فصل ۹: کژکاری جنسی ناشی از مواد/دارو، سایر کژکاری‌های جنسی معین و کژکاری جنسی نامعین.....

بخش دوم: ارزیابی کژکاری جنسی/۱۱۳

۱۱۵	فصل ۱۰: مدل ارزیابی.....
۱۲۳	فصل ۱۱: ارزیابی زیست‌پزشکی.....
۱۲۹	فصل ۱۲: ارزیابی روانی اجتماعی.....

بخش سوم: درمان کژکاری‌های جنسی/۱۵۷

۱۵۹	فصل ۱۳: درمان زیست‌پزشکی.....
۱۶۹	فصل ۱۴: درمان روانی اجتماعی.....

بخش چهارم: سایر موضوعات مهم/۲۱۱

فصل ۱۵: اثر پلاسیبو و درمان غیرعلمی کژکاری‌های جنسی.....	۲۱۳
فصل ۱۶: آموزش و پیشرفت حرفه‌ای.....	۲۱۸
منابع.....	۲۲۹
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۲۵۱
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۲۵۳

مرور کلی

ما ویراست دوم کتاب‌مان را با این جمله آغاز کردیم: «علاقه به رفتار جنسی در دو دهه اخیر به شکل چشمگیری افزایش یافته است». اکنون، یعنی ۱۴ سال بعد، این «علاقه» بی‌وقفه ادامه یافته و در بسیاری از حوزه‌های مرتبط با ارزیابی و درمان کژکاری‌های جنسی، پیشرفت‌های جدیدی رخ داده است. اگرچه بیشترین دستاوردها در حوزه اورولوژی و روانشناسی شناختی رفتاری رخ داده است؛ بااین حال ما از طیف متنوعی از تخصص‌های دیگر از جمله ژنیکولوژی، مراقبت‌های اولیه، کاردیولوژی، روانشناسی تکاملی، علوم اعصاب، شیوع‌شناسی و انسان‌شناسی نیز بهره برده‌ایم. اصطلاح «طب جنسی»، پزشکی و روانشناسی را با یکدیگر ترکیب کرده و گویا بهترین واژه برای توصیف وضعیت علمی کنونی و منعکس‌کننده دستاوردهای تخصص‌های چندگانه از هر دو حوزه است. بااین حال استفاده از این واژه منتقدانی دارد که می‌ترسند این حوزه بیش از حد پزشکی محور شود و به جای تمرکز بر پیچیدگی‌های ذاتی در برخورد با مسایل زیست جنسی انسان، به کارکرد توجه شود (تيفر، ۲۰۰۷ و ۲۰۰۹). هدف ما در ویراست سوم، ارائه اطلاعات به خوانندگان در مورد پیشرفت‌های رخ داده در تمام حوزه‌هایی است که ما را به جایگاه کنونی‌مان در ارزیابی و درمان کژکاری‌های جنسی مردان و زنان رسانده‌اند. مدل درمانی مورد تأکید در این کتاب، مدل زیستی‌روانی اجتماعی^۱ است که توسط بری و بری ارائه شده است (۲۰۱۳). این مدل بر ماهیت چندبعدی و چندعلتی زیست جنسی تأکید دارد که وجود هم‌زمان راهبردهای درمان روان‌شناختی و زیست‌شناختی را ایجاب می‌کند (مک‌کارتی و مک‌دونالد، ۲۰۰۹b).

ما اکنون بیش از هر زمان دیگری آگاهییم که ارزیابی و درمان مشکلات جنسی حوزه‌ای است که نیازمند یکپارچه‌سازی رویکردی چندرشته‌ای است. با اینکه به‌طورقطع برخی موارد از مبتلایان به کژکاری جنسی، سبب‌شناسی فقط پزشکی یا فقط روان‌شناختی دارند و ممکن است از مداخله پزشکی

یا روان‌شناختی خاصی بهره‌مند گردند؛ بیشتر موارد حداقل از ارزیابی چندرشته‌ای که امکان درمان متمرکزتر و کارآمدتر را فراهم می‌سازد؛ منتفع می‌شوند. گمان می‌رود حتی زمانی که مشکلات جنسی سبب‌شناسی پزشکی یا روان‌شناختی صرف دارند؛ بهترین راهبرد درمانی، استفاده از هر دو مداخله روان‌شناختی و پزشکی باشد. برای مثال گمان می‌رود مردانی که بعد از جراحی سرطان پروستات دچار کژکاری نعوظ (ED) می‌شوند؛ از مداخله روان‌شناختی که به آنها و شریک‌های عاطفی آنها کمک می‌کند تا تغییرات رخ داده در رفتار جنسی‌شان را بپذیرند و صمیمیت جنسی‌شان را حفظ کرده یا حتی افزایش دهند؛ بهره‌فراوانی می‌برند. ازسوی دیگر مرد جوانی که مشکلات پزشکی ندارد و از کژکاری نعوظی (ED) رنج می‌برد؛ ممکن است در کنار برنامه روان‌شناختی که بر بازسازی اعتمادبه‌نفس و روابط جنسی تمرکز دارد؛ از برنامه درمانی‌ای که از بازدارنده‌های فسفودی‌استراز نوع ۵ (PDE-5) (ویاگرا، سیالیس، استیندرا یا لویترا) به‌عنوان درمان الحاقی استفاده می‌کند؛ بهره‌مند شود. هیچ مشکل انسانی‌ای را نمی‌توان تصور کرد که به‌اندازه ارزیابی و درمان کژکاری جنسی از رویکرد چندرشته‌ای یکپارچه منتفع شود. از نظر ما جامع‌ترین و مؤثرترین رویکرد ارزیابی و درمان، «رویکرد چندرشته‌ای هم‌زمان» است که توسط بینیک و مینا (۲۰۰۹) ارائه شده است.

بینیک و مینا (۲۰۰۹) توضیح می‌دهند که این رویکرد عبارت است از درمان هماهنگ و هم‌زمان بین رشته‌های مختلف. این رویکرد بهتر از «رویکرد چندرشته‌ای ترتیبی» است که در آن متخصصی، بیمار را برای درمان به متخصص دیگری ارجاع می‌دهد و منتظر می‌ماند تا پس از حل مشکلی خاص دوباره به وی ارجاع داده شود. مدل هم‌زمان، درمان و همکاری هماهنگ و مستمر را تأیید می‌کند. اگرچه این موضوع توسط نتیجه‌پژوهی کنترل‌شده‌ای مورد بررسی قرار نگرفته است؛ روشن است که مدل هم‌زمان اثربخش‌تر است و به‌احتمال زیاد طول دوره درمان را چندین ماه کاهش می‌دهد. علاوه‌براین به‌احتمال بسیار زیاد رویکرد هم‌زمان به بیماران در نیروگذاری بر درمان و تبعیت از آن کمک می‌کند؛ چون بیماران به خاطر مشکل جنسی‌شان به‌راحتی دلسرد و شرمسار می‌شوند و ممکن است در صورت برخورد با هرگونه مانع یا «وقفه»، از درمان اجتناب کنند.

هردوی ما تجربه کار در مرکز سلامت مردان را داریم که از مدل زیستی‌روانی اجتماعی با استفاده از رویکرد هم‌زمان استقبال می‌کند و ما هر روز شاهد منافع چنین مدلی هستیم. کارکنان این مرکز شامل دو روانشناس، دو پزشک مراقبت‌های اولیه، سه اورولوژیست، یک دستیار پزشک، یک فیزیوتراپ، یک پرستار دارای مجوز رسمی، سه پزشک‌یار و چندین پرسنل پشتیبانی است. امروزه وجود چنین مراکز درمانی جامعی نادر است اما به‌احتمال زیاد در آینده به یک استاندارد تبدیل خواهد شد.

دستاوردهای نوین پزشکی

در دومین ویرایش مان از کتاب حاضر، ویگرا (سیلدنافیل) را به عنوان دارویی جدید که نویدبخش تغییرات قابل توجه در درمان ED است؛ معرفی کردیم. پس از معرفی ویگرا در ۲۷ مارس ۱۹۹۸، داروهای دیگری نیز تولید شده‌اند: لویترا (واردنافیل)^۱ در ۱۹ آگوست سال ۲۰۰۳ مورد تأیید قرار گرفت؛ سیالیس (تادالافیل)^۲ در ۲۱ نوامبر سال ۲۰۰۳ مورد تأیید قرار گرفت و استندرا (آوانافیل)^۳ در ۲۷ آوریل سال ۲۰۱۲ مورد تأیید قرار گرفت. لویترا علاوه بر تولید به شکل قرص و در سه دوز مختلف، در حال حاضر به صورت دارورسانی زیرزبانی، با قابلیت جذب سریع تر، تحت عنوان استاکسین (واردنافیل اچ سی آی) نیز به فروش می رسد که در ۱۸ ژوئن سال ۲۰۱۰ مورد تأیید قرار گرفت. سیالیس نیز با معرفی قرص روزانه با دوز پایین رویکرد جدیدی را توسعه داده است. تمام این داروها گزینه های درمان را افزایش داده‌اند و راه حل های مؤثری را برای جمعیت گسترده تری فراهم کرده‌اند.

علاوه بر افزایش دامنه انتخاب از میان بازدارنده های PDE-5، در ۱۴ سال گذشته شاهد پیشرفت هایی در استفاده از تستوسترون درمانی برای معالجه کژکاری جنسی مردان بوده ایم. اگرچه بیش از ۷۵ سال است که از تستوسترون درمانی برای معالجه ED و کمبود لیبدو در مردان استفاده می شود (دیوید، دینگمانس، فرود و لاکوئر، ۱۹۳۵)؛ به تازگی علاقه به درمان جایگزینی هورمونی برای مردان افزایش یافته است و انواع مختلف سیستم های دارورسانی جدیدتر و مؤثرتر توسعه یافته‌اند و اکنون در دسترس قرار دارند. امروزه می توان تستوسترون را به صورت ژل و روزانه به شانه ها مالید یا به وسیله اپلیکاتور در ناحیه زیر بغل مورد استفاده قرار داد. در سال ۲۰۰۸ سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) استفاده از تستوپل را تأیید کرد؛ نوعی پلت تستوسترون که از طریق جراحی زیر پوست کاشته می شود و تأثیرش ۳ الی ۶ ماه ادامه دارد. برخلاف برخی دیگر از سیستم های دارورسانی، تستوپل خطر انتقال به زنان و کودکان را ندارد.

استفاده از درمان جایگزینی تستوسترون و بازدارنده های PDE-5، درمان کژکاری جنسی مردان را در ۱۴ سال گذشته «متحول» کرده‌اند. اگرچه در مدت مشابه پیشرفت هایی در زمینه درمان پزشکی کژکاری جنسی زنان رخ داده است؛ این پیشرفت ها به هیچ وجه چشمگیر نبوده‌اند و مانند درمان های مردان، توجه رسانه های خبری را به خود جلب نکرده‌اند. نشان داده شده است که استفاده از پیچ تستوسترون تراپوستی^۴ در درمان کمبود میل جنسی زنان پس از یائسگی تا حدودی اثربخش است (بوستر و همکاران، ۲۰۰۵)؛ سیمون و همکاران، ۲۰۰۵). علاوه بر این، مستون، رلینی و تلچ (۲۰۰۸) برخی از منافع عصاره جینکوبیلوبا را برای زنان مبتلا به کمبود میل جنسی نشان داده‌اند. این رویکردهای داروشناختی نه به شکل وسیع مورد

1. Levitra (Vardenafil)

2. Cialis (Tadalafil)

3. Stendra (Avanafil)

۴. توضیح مترجم: پیچ ها اشکال دارویی هستند که به صورت چسب برای مدت مشخص روی پوست چسبانده شده و اثرات سیستمیک ایجاد می کنند

استفاده قرار گرفته‌اند و نه از حمایت پژوهشی کنترل‌شده متقاعدکننده‌ای برخوردار بوده‌اند؛ اما باوجود این بیانگر برخی تلاش‌ها و امیدهای کنونی برای وقوع پیشرفت‌های بیشتر در آینده هستند.

پزشکی همچنین در ۱۴ سال گذشته توجه ما را به اهمیت نقش سندرم متابولیک و بیماری قلبی عروقی در ایجاد کژکاری جنسی در مردان و زنان جلب کرده است. سندرم متابولیک با چاقی شکمی، دیس‌لیپیدیمی و فشارخون بالا شناخته می‌شود و حدود ۴۰ سال پیش توصیف شده است (هالر، ۱۹۷۷؛ سینگر، ۱۹۷۷). رابطه بین سندرم متابولیک و کژکاری جنسی در مردان و زنان به‌طورفزاینده‌ای توجه ما را به‌خود جلب کرده است و امروزه به‌صورت معمول مورد غربالگری قرار می‌گیرد و به‌عنوان بخشی از یک رویکرد جامع نسبت به ارزیابی و درمان کژکاری جنسی در مردان و زنان تحت درمان قرار می‌گیرد (اسپوسیتو و همکاران، ۲۰۰۵؛ میولمان، ۲۰۱۱). مردان و زنانی که درکنار کژکاری جنسی ملاک‌های سندرم متابولیک را هم دارند؛ به‌احتمال تشویق می‌شوند تا به‌عنوان بخشی از برنامه درمانی جامع که به کژکاری جنسی می‌پردازد؛ تغییرات مهمی در سبک زندگی‌شان مانند رژیم گرفتن، کاهش وزن و ورزش ایجاد کنند.

ما همچنین بیش از گذشته به رابطه بیماری قلبی عروقی و ED در مردان پی برده‌ایم (جاکوبسن، ۲۰۰۹؛ ماینر و کوریتزکی، ۲۰۰۷). ED ممکن است یک علامت هشداردهنده اولیه برای عارضه قلبی عروقی در آینده باشد. از آنجایی که شریان‌های آلت تناسلی، کوچک‌ترین شریان‌های سیستم عروقی مردان هستند؛ در صورت پیشرفت بیماری عروقی ممکن است آسیب‌پذیرترین شریان‌ها باشند. به خاطر آگاهی ما از این رابطه، مردانی که تابلوی بالینی ED دارند به‌احتمال بیشتری برای بررسی وضعیت کلی سلامت سیستم عروقی‌شان مورد غربالگری قرار می‌گیرند. در نتیجه ارزیابی و درمان بیماری عروقی در حال تبدیل شدن به بخش متداولی از درمان جامع ما برای کژکاری جنسی در مردان است.

یکی دیگر از پیشرفت‌های جدید در ۱۴ سال گذشته، تمرکز بر توانبخشی آلتی^۱ پس از جراحی سرطان پروستات است. علی‌رغم پیشرفت‌های صورت گرفته در زمینه جراحی روباتیک و روش‌های «حفظ عصب»^۲، کم‌وبیش تمام مردان پس از جراحی سرطان پروستات، دوره‌ای از ED را تجربه می‌کنند. این احتمال وجود دارد که پیش از دستیابی به بهبودی نسبی یا کامل، دوره ED ۱ ماه تا ۲ سال یا بیشتر طول بکشد. برخی مردان به هیچ وجه بهبود نمی‌یابند و ممکن است انواع پروتکل‌های داروشناختی و جراحی برای بازگرداندن نعوظ انتخاب شود. طی دوره زمانی پس از جراحی پروستات، آلت تناسلی به‌طور دائم شل است و در نتیجه ممکن است به دلیل کاهش اکسیژن‌رسانی خون که امکان دارد منجر به فیبروز (جوشگاه)، فقدان انعطاف‌پذیری و کوتاهی شود؛ در معرض آسیب دائمی قرار گیرد. امروزه مشارکت دادن مردان در برنامه توانبخشی آلتی قبل از جراحی و طی ۳ ماه پس از جراحی یک اقدام اورولوژیک

رایج است. این برنامه استفاده از بازدارنده‌های PDE-5، ژل‌های یورترال وازواکتیو یا داروهای تزریقی وازواکتیو را باهدف تحریک جریان خون به‌سمت بافت آلت تناسی ترکیب می‌کند. یکی از قسمت‌های مهم توانبخشی آلتی، زوج‌درمانی است که به‌زوجین کمک می‌کند صمیمیت و لذت جنسی را بدون تمرکز بر مقاربت^۱ افزایش دهند (آلتروویتز و آلتروویتز، ۲۰۰۴).

دستاوردهای نوین غیرپزشکی

ارزیابی و درمان کژکاری جنسی از رشته‌های مختلفی بهره می‌برد. علاوه بر پیشرفت‌های فنی و عملی، دانش ما درمورد زیست جنسی انسان با کسب اطلاعات جدید از رشته‌های مختلفی همچون شیوع‌شناسی، انسان‌شناسی و روان‌شناسی تکاملی، به‌صورت دائم در حال افزایش است. این موضوع بسیار مهم است زیرا ارائه اطلاعات صحیح به مردان و زنانی که از نظر جنسی دچار مشکل هستند عنصری مهم در بیشتر پروتکل‌های درمانی است. هنگامی که درمانگر یا پزشکی، رفتار جنسی بهنجار را براساس سن، جنسیت یا کارکرد برای بیماری نگران توصیف می‌کند؛ چنین اطلاعاتی به مشاهدات معتبر علمی پژوهشگران وابسته است. ما در طول ۱۴ سال گذشته از تلاش‌های مطالعات علمی فراوانی بهره برده‌ایم که در سراسر این ویراست سوم به آنها اشاره خواهیم کرد.

همچنین پیشرفت‌هایی در حوزه‌های خاصی از روان‌درمانی برای معالجه مشکلات جنسی رخ داده است. ما با بینیک و مینا (۲۰۰۹) موافقیم که اطلاق عبارت «سکس‌تراپی»^۲ به اقداماتی که برای درمان مشکلات کژکاری جنسی انجام می‌دهیم؛ نادرست و گمراه‌کننده است. اگرچه ممکن است درمان روان‌شناختی مشکلات جنسی دربرگیرنده روندهای روان‌درمان‌گرایانه خاصی مانند درمان شناختی-رفتاری یا حساسیت‌زدایی واقعی باشد؛ رشته‌ای واقعی به نام «سکس‌تراپی» که برپایه نظری مشخصی بنا شده باشد؛ وجود ندارد. به بیان دقیق‌تر «سکس‌تراپی» در بهترین حالت، ترکیبی از ارائه اطلاعات و استفاده از تکنیک‌های درمانی برای معالجه مشکلات جنسی و درمان تمام عوامل تأثیرگذار مرتبط است. با این حال اصطلاح «سکس‌تراپی» علی‌رغم این واقعیت که تعاریف متعدد و روندهای گوناگونی دارد؛ به‌طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد. ما سعی نمی‌کنیم خوانندگانمان را از کاربرد این واژه منصرف کنیم بلکه درمورد نادرستی این اصطلاح به آنها هشدار می‌دهیم.

با در نظر گرفتن اینکه رشته خاصی به نام سکس‌تراپی وجود ندارد؛ به پیشرفت‌های رخ داده در حوزه روان‌درمانی مشکلات جنسی در ۱۴ سال گذشته اشاره می‌کنیم. چشمگیرترین دستاوردها از درمان شناختی-رفتاری حاصل شده است که به توصیف مشکلات پردازشی مهمی که باعث آسیب‌پذیری

۱. توضیح مترجم: منظور از کلمه مقاربت در کتاب حاضر، آن نوع از رابطه جنسی است که شامل دخول یعنی وارد شدن آلت مردانه به داخل واژن باشد.

در برابر کژکاری جنسی می‌شوند (نوبری و پیتوگایا، ۲۰۰۶a، ۲۰۰۶b؛ گومز و نوبری، ۲۰۱۲) و نتیجه پژوهی‌هایی که کارایی تکنیک‌های درمانی را برای جمعیت‌های خاص شناسایی کرده‌اند (لوفریسکو، ۲۰۱۱)؛ پرداخته است. در ۱۴ سال گذشته ما همچنین دانش خود را در زمینه‌های مختلفی همچون رفتار خودارضایانه (گروسو، مرکز، گراهام، ویلینگز، جانسون، ۲۰۰۸)، افزایش سن و فعالیت جنسی (کونتولا و هاویو-مانیلا، ۲۰۰۹) و ارتباط دیابت با کارکرد جنسی زنان (جیرالدی و کریستینسن، ۲۰۱۰) به میزان زیادی افزایش داده‌ایم که موارد ذکر شده تنها چند نمونه از هزاران نمونه هستند. در سرتاسر این کتاب به مطالعات مرتبطی اشاره خواهیم کرد که به افزایش دانش ما برای مراقبت بهتر از بیمار کمک کرده‌اند.

علاوه بر پیشرفت در تکنیک‌های درمانی ویژه برای درمان کژکاری جنسی و افزایش دانش‌مان در مورد زیست جنسی انسان، در ۱۴ سال گذشته شاهد جنبش بازاریابی بی‌سابقه‌ای در رسانه‌های جمعی برای درمان ED بوده‌ایم. تبلیغات تلویزیونی روزانه برای ویاگرا، سیالیس و لویترا نه تنها آگاهی ما را از مشکل ED افزایش داده‌اند؛ بلکه به درمان تمام مشکلات جنسی مشروعیت بخشیده‌اند. ما همچنین با اطلاعات موجود در اینترنت درباره هرگونه مشکل جنسی قابل تصور احاطه شده‌ایم. امروزه ما می‌توانیم یک سخنرانی ویدئویی در مورد «توانبخشی آلتی» یا درمان اختلال دخول/درد تناسلی لگنی (واژینیسموس) را ببینیم که حاوی اطلاعات لازم برای سفارش مجموعه‌ای از گشادکننده‌ها است. امروزه ما می‌توانیم هر نوع ابزار جنسی را به صورت ناشناس از طریق رایانه خانگی‌مان سفارش دهیم؛ هر نوع پورنوگرافی قابل تصویری را ببینیم یا دوره کامل «سکس تراپی» را دنبال نماییم. متأسفانه تفکیک واقعیت از دروغ و حقیقت از خیال برای مردم همیشه ساده نیست و ممکن است برخی افراد به جای آنکه درمان شوند؛ آسیب ببینند. برای مثال برخی پایگاه‌های اینترنتی برای مردان ناآگاه و بی‌اعتماد به نفس وجود دارد که آرزوی بزرگ کردن آلت تناسلی خود را دارند. تکنیک‌های افزایش اندازه آلت تناسلی اغلب به عنوان روش‌های مورد تأیید «متخصصین» و «اثبات شده» معرفی می‌شوند اما نتایج واقعی در بهترین حالت جعلی هستند و در بدترین حالت باعث آسیب فیزیکی می‌شوند.

برخی از ما که در جامعه امروزی، مشکلات کژکاری جنسی را درمان می‌کنند با جمعیتی از بیماران بسیار آگاه‌تر سروکار دارند که ممکن است باورهای قدرتمندی در مورد دوره درمان داشته باشند. جمعیت بیماران امروزی که برای مشکلات کژکاری جنسی به دنبال کمک هستند؛ ممکن است به عقاید اشتباه خاصی اعتقاد بیشتری داشته باشند «چون در مورد آنها در اینترنت مطالعه کرده‌اند». به همین دلیل لازم است متخصصان سلامت امروزی که مشکلات جنسی را درمان می‌کنند به طور مداوم با دستاوردهای جدید همگام باشند.

طرح تشخیصی رایج

اگرچه رویکردهای تشخیصی متعددی برای طبقه‌بندی کژکاری‌های جنسی پیشنهاد شده است (برای مثال اسکاور، فریدمن، ویلر، هیمن و لویپکولو، ۱۹۸۲)؛ پذیرفته‌شده‌ترین طرح تشخیصی برای کژکاری‌های جنسی، طرحی است که در دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا ارائه شده است. این مجموعه دستنامه‌ها برای کمک به متخصصین مراقبت سلامت روانی در تشخیص و درمان به اصطلاح «اختلالات روانی»^۱ تدوین شده‌اند. (ویراست اول DSM در سال ۱۹۵۲ چاپ شد و ویراست‌های بعدی در سال‌های ۱۹۶۸ و ۱۹۸۰ چاپ شد؛ ویراست سوم در سال ۱۹۸۷ مورد بازبینی قرار گرفت؛ ویراست چهارم در سال ۱۹۹۴ و نسخه بازبینی‌شده آن یعنی DSM-IV-TR در سال ۲۰۰۰ منتشر شد؛ ویراست پنجم یعنی DSM-5 در می ۲۰۱۳ منتشر شد). اگرچه این دستنامه برای سکس‌تراپیست‌ها تدوین نشده است؛ شامل طبقه‌بندی‌های تشخیصی و معیارهای شایع‌ترین مشکلات جنسی است.

در DSM-IV-TR، ۱۰ طبقه تشخیصی اصلی برای کژکاری جنسی وجود دارد: اختلال کمبود میل جنسی (شامل مردان و زنان)، اختلال بیزاری جنسی، اختلال برانگیختگی جنسی زنان، اختلال نعوظ مردان، اختلال ارگاسمی زنان، اختلال ارگاسمی مردان، انزال زودرس، دیسپارونیا، واژینیسموس و کژکاری جنسی ناشی از مواد. همه این ۱۰ کژکاری توصیف‌شده در DSM-IV-TR باید در دو بعد هم مفهوم‌سازی شوند. ابتدا این اختلالات ممکن است به عنوان «مادام‌العمر» (به عنوان «اولیه» نیز شناخته می‌شود) یا «اکتسابی» (به عنوان «ثانویه» نیز شناخته می‌شود) مشخص شوند. دوم، کژکاری ممکن است «تعمیم‌یافته» (یعنی در تمام موقعیت‌ها و با تمام شریک‌های عاطفی رخ می‌دهد) یا «موقعیتی» (یعنی محدود به موقعیت‌ها و شریک‌های عاطفی خاصی است) باشد. اعتقاد بر این است که این تمایزها هم از نظر سبب‌شناسی و هم از نظر درمان اهمیت دارند. DSM-IV-TR نسبت به ویراست‌های قبلی DSM بهبود یافته بود؛ اما همچنان تا کامل بودن فاصله داشت. محدودیت اصلی در تشخیص کژکاری جنسی، ذهنی بودن ذاتی معیارهای بیشتر طبقات است. اصطلاحاتی مانند «حداقل تحریک جنسی» یا «برانگیختگی جنسی طبیعی» بیش از حد بر قضاوت بالینی متکی هستند.

طبقه‌بندی‌های DSM-IV-TR علی‌رغم محدودیت‌هایشان همچنان در مقالات مجلات تخصصی توسط اکثر متخصصان سلامت (کسانی که گمان می‌رود ارجاع‌ها از آنها شروع می‌شود) و توسط شرکت‌های بیمه (برای بازپرداخت شخص ثالث) استفاده می‌شوند. البته لازم به ذکر است که بیشتر شرکت‌های بیمه هنوز هم بازپرداختی برای درمان کژکاری جنسی ندارند. اغلب تشخیص اختلال اضطرابی یا افسردگی قابل قبول‌تر است.

کار روی DSM-5 در سال ۲۰۰۶ و با انتصاب دکتر دیوید کاپفر (MD) به عنوان رئیس و دکتر

جدول ۱-۱. مقایسه طبقه‌بندی‌های تشخیصی بین DSM-5 و DSM-IV-TR

طبقه‌های DSM-5	طبقه‌های DSM-IV-TR
اختلال نعوظ	اختلال نعوظ مردان
اختلال ارگاسمی زنان	اختلال ارگاسمی زنان
انزال دیررس	اختلال ارگاسمی مردان
انزال زودرس (پیش‌از موعد)	انزال زودرس
اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی زنان	اختلال برانگیختگی جنسی زنان
اختلال کمبود میل جنسی مردان	اختلال کمبود میل جنسی (شامل هر دو گروه مردان و زنان)
اختلال دخول/درد تناسلی لگنی	دیسپارونیا؛ واژینیسموس
هم‌اکنون تحت عنوان فوبیای خاص طبقه‌بندی می‌شود	اختلال بیزاری جنسی
کژکاری جنسی ناشی از مواد/دارو	کژکاری جنسی ناشی از مواد

دارل‌ای ریگیر (MD, MPH) به‌عنوان معاون کارگروه DSM-5 شروع شد (زوکِر، ۲۰۱۰). کل فرایند تدوین DSM-5 به سهم خود، بحث‌و‌جدل داشته است و بسیار بیشتر از آن است که در این کتاب مورد بررسی قرار گیرد. خوانندگان علاقمند به این موضوعات و جزئیات می‌توانند برای اطلاعات بیشتر به‌سادگی عبارت «مجادلات DSM-5»^۱ را در گوگل جستجو نمایند. DSM-5 مدعی است که براساس پیشرفت‌های پژوهشی و درک جدید از مشکلات سلامت روان، تغییراتی را ایجاد کرده است و در نتیجه منجر به حذف برخی طبقات تشخیصی، اصلاح برخی طبقات موجود و ایجاد طبقات جدید شده است. کتاب ما به طبقه‌بندی‌های DSM-5 پایبند خواهد بود اما بررسی مختصر تغییرات رخ داده در مقایسه با DSM-IV-TR ارزشمند است. اگرچه مقالات فراوانی در رابطه با طبقه‌بندی‌های جدید کژکاری جنسی و دلایل این تغییرات منتشر شده است؛ مطالعه‌ی مروری کوتاهی به تمام موضوعات اصلی پرداخته است که در شماره آوریل ۲۰۱۰ مجله «Archives of Sexual Behavior (303-217.pp, 2.No, 39.Vol)» قابل دسترسی است. خلاصه‌ای از تغییرات ایجادشده در DSM-5 در مقایسه با DSM-IV-TR را می‌توان در جدول ۱-۱ مشاهده کرد.

تغییرات عمده همانگونه که در جدول ۱-۱ مشاهده می‌شود این است که طبقات اختلال برانگیختگی جنسی زنان و اختلال کمبود میل جنسی اکنون در قالب طبقه‌ی جداگانه‌ی اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی زنان تجمع شده‌اند و دیسپارونیا و واژینیسموس اکنون در قالب طبقه‌ی جداگانه‌ی اختلال دخول/درد تناسلی لگنی تجمع شده‌اند. علاوه‌براین، طبقه‌ی اختلال بیزاری جنسی به‌عنوان یک اختلال کژکاری جنسی به‌طور کامل حذف شده و به‌عنوان یک اختلال فوبی خاص طبقه‌بندی شده است. در متن مربوط به هر

اختلال به بحث بیشتر در مورد علل این تغییرات پرداخته خواهد شد.

انحراف‌ها، کژکاری‌ها و نارضایتی جنسی

طرح تشخیصی DSM شامل انحراف‌های جنسی (یعنی پارافیلیا) و همچنین کژکاری‌های جنسی است. پارافیلیا اختلالی است که در آن فرد تمایلات و تخیلات جنسی شدید و مکرری را تجربه می‌کند که شامل یکی از این موارد است: (۱) موضوعات غیرانسانی (یعنی یک فتیش)، (۲) آزار یا تحقیر خود یا شریک عاطفی خود (یعنی سادومازوخیسم) یا (۳) شریک‌های عاطفی ناراضی (مانند بچه‌بازی، نمایشگری، مالش دوستی). در این کتاب به ارزیابی و درمان پارافیلیاها پرداخته نشده است. (خوانندگان Archives of Sexual Behavior, 2010, Vol. 39, No. 2, pp. علاقه‌مند به این منابع مراجعه نمایند: (304-426; Kafka, 2000; Laws, 1989; Laws & O'Donohue, 1997; Wincze, 2000).

با این حال، آگاهی از ارزیابی و درمان پارافیلیا یا رفتار جنسی غیر معمول (که معیارهای پارافیلیا را برآورده نمی‌کند) برای ارزیابی و درمان کژکاری جنسی مهم است. در برخی مواقع انواع غیر معمول ترجیحات یا تحریک جنسی، ریشه کژکاری جنسی در هر دو گروه مردان و زنان است. ادغام یا کنترل رفتار جنسی غیر معمول یکی از شرکای عاطفی در اعمال جنسی زوج، ممکن است جزء مهمی از درمان کژکاری جنسی باشد. درمانگرانی که مشکلات کژکاری جنسی را درمان می‌کنند می‌توانند با برخورد هوشمندانه و راحت با رفتارهای جنسی «غیر معمول»^۱ به بهترین شکل به بیماران‌شان خدمت کنند.

درمانگری که با مشکلات کژکاری جنسی سروکار دارد علاوه بر اشتیاق نسبت به کشف، درک و پذیرش اعمال و ترجیحات جنسی غیر معمول فرد می‌بایست این موضوع را هم درک کرده و بپذیرد که همه افراد به‌خاطر کژکاری جنسی‌شان دچار نگرانی یا پریشانی نمی‌شوند. در واقع، DSM-5 شامل معیار پریشانی و/یا آسیب است.

بنابراین، ممکن است شخص، «کژکار» باشد اما لزوماً ناراضی نباشد. در مطالعه برجسته‌ای که در مجله علمی پژوهشی New England Journal of Medicine منتشر شد؛ فرانک، آندرسون و روبنشتاین (۱۹۷۸) ۱۰۰ زوج آمریکایی دگرجنس‌گرا را که ازدواج موفقی داشتند؛ مورد بررسی قرار دادند. این محققین تلاش کردند تا فراوانی کژکاری‌های جنسی تجربه‌شده و رابطه این مشکلات با رضایت جنسی را تعیین کنند. اگرچه بیش از ۸۰٪ از زوجین گزارش دادند که روابط زناشویی و جنسی شاد و رضایت‌بخشی دارند؛ ۴۰٪ از مردان کژکاری‌های نعوظ و انزال را گزارش دادند و ۶۳٪ از زنان، کژکاری برانگیختگی یا ارگاسمی را گزارش دادند! شگفت‌انگیزتر این یافته بود که تعداد کژکاری‌ها ارتباط قدرتمندی با رضایت جنسی کلی نداشت. این یافته‌ها در مطالعه مشابهی که توسط نیتل‌بلات و اودنبرگ (۱۹۷۹) در اروپا انجام

شد؛ تأیید گردید. این محققین گزارش دادند که در نمونه آنها که متشکل از ۵۸ مرد سوئدی متأهل بود؛ کژکاری جنسی ارتباط معناداری با رضایت جنسی نداشت.

این یافته‌های تجربی به ما یادآوری می‌کنند که سلامت جنسی فراتر از فیزیولوژی سالم و «کارکرد» طبیعی (یعنی عبور از مراحل میل، برانگیختگی و ارگاسم) است. در فرهنگ ما و همچنین بسیاری از فرهنگ‌های دیگر، سلامت جنسی به‌حدی ارتقا یافته است که در یک بافت بین‌فردی غنی رخ می‌دهد که شامل احترام و اعتماد، بازبودن مسیر ارتباط و تعهد متقابل نسبت به تمام جنبه‌های رابطه است (این بدان معنا نیست که رویکردهای دیگر نسبت به رفتار جنسی اشتباه هستند؛ بلکه توصیف‌کننده شرایطی است که تحت آن رضایت جنسی به حداکثر می‌رسد). سلامت جنسی به‌احتمال زیاد در افرادی دیده می‌شود که نه تنها از نظر روان‌شناختی، بلکه از نظر عصب‌شناختی، هورمونی و عروقی نیز سالم باشند. به دلیل اینکه طرح‌های تشخیصی موجود که فقط بر «کارکرد» جنسی تمرکز دارند؛ نمی‌توانند غنای سلامت جنسی را پوشش دهند؛ چنین طرح‌هایی (و به طور کلی تشخیص‌ها) مورد انتقاد قرار گرفته‌اند (مانند اسکاور و همکاران، ۱۹۸۲؛ ساز، ۱۹۸۰؛ وینچه، ۱۹۸۲). باوجود این محدودیت، بیشتر دانشمندان بالینگران، طرح طبقه‌بندی DSM را برای برقراری ارتباط بین خودشان، ارائه اطلاعات درمورد طبقات فرعی مشکلات و طراحی درمان مفید می‌دانند. درواقع وجود سیستم تشخیصی به محققان اجازه می‌دهد تا مطالعات شیوع را با هدف تعیین فراوانی وقوع اختلالات انجام دهند.

شیوع کژکاری‌های جنسی

باوجود علاقه زیادی که به‌تازگی به دلیل درمان‌های دارویی نسبت به کژکاری جنسی ایجاد شده است؛ دلایل فراوانی وجود دارد که متقاعد شویم کژکاری‌های جنسی اختلالات روان‌شناختی شایعی در جمعیت عمومی هستند. سیمونز و کری (۲۰۰۱) خاطرنشان می‌سازند که اگرچه اختلالات جنسی به‌طور معمول در مطالعات شیوع بزرگ مقیاس گنجانده نمی‌شوند؛ از سال ۱۹۹۰ به این سو مطالعات تجربی متعددی انجام شده است که اطلاعاتی را در مورد کژکاری‌های جنسی در اختیار ما قرار می‌دهند. بااین حال مقایسه نرخ‌های مختلف شیوع بین مطالعات ممکن است گمراه‌کننده باشد؛ زیرا مطالعات از نظر روش‌شناختی پژوهش، تعریف اختلالات جنسی و نمونه مورد مطالعه با یکدیگر تفاوت دارند (برای مثال نمونه انتخاب‌شده از کلینیک دیابت را نمی‌توان با نمونه‌ای که به‌صورت تصادفی از جامعه انتخاب شده است مقایسه کرد). باوجود این، ما اکنون از دامنه شیوع بیشتر اختلالات جنسی در بین جمعیت عمومی تاحدودی اطمینان داریم. نمونه‌های جامعه نشان می‌دهند که شیوع فعلی اختلال ارگاسمی مردان ۳٪، ED ۵٪، اختلال کمبود میل جنسی مردان ۳٪، اختلال ارگاسمی زنان ۱۰٪ و اختلال انزال زودرس ۵٪

است (سیمونز و کری، ۲۰۰۱). این داده‌های شیوع با شواهد روایتی^۱ به‌دست‌آمده از مددکاران اجتماعی، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و پزشکان و پرستاران مراقبت‌های اولیه که بیماران‌شان به‌طور دائم از مشکلات کژکاری جنسی شکایت می‌کنند؛ همسو است.

سبب‌شناسی کژکاری‌های جنسی

برای درمان مؤثر کژکاری یا نارضایتی جنسی، آگاهی از نحوه شکل‌گیری کژکاری یا نارضایتی جنسی مفید است (البته شاید ضروری نباشد). متأسفانه شناخت ما از علل کژکاری‌های جنسی کامل نیست. علاوه‌براین، بخش عمده شناخت ما به‌جای آنکه حاصل پژوهش کنترل‌شده باشد؛ حاصل مشاهده بالینی است. اگرچه در مطالعه بیماری و آسیب‌شناسی روانی این امر غیرعادی نیست؛ بااین‌حال ما باید از محدودیت‌های روش شناختی چنین پژوهش‌های شبه‌تجربی آگاه باشیم؛ مراقب قضاوت‌هایمان باشیم و همیشه نسبت به داده‌های بالینی و پژوهشی پذیرا باشیم.

باوجود اطلاع از این توضیحات ما درمورد اظهارات کلی زیر درباره سبب‌شناسی کژکاری‌های جنسی مطمئن هستیم:

۱- در بیشتر موارد، مشکلات جنسی چندعلتی هستند؛ یعنی به‌طور معمول علت واحدی برای یک مشکل وجود ندارد؛ بلکه می‌توان انتظار داشت که به مجموعه‌ای از عوامل دست پیدا کرد که در شکل‌گیری مشکل جنسی نقش دارند. آگاهی از این اصل می‌تواند به ما کمک کند که توضیح دهیم چرا لازم است درمان‌ها برای فرد شخصی‌سازی شوند و چرا لازم است درمان‌ها به‌جای آنکه به‌شکل انعطاف‌ناپذیری طراحی شده و بیش‌ازحد متمرکز باشند؛ باید از نظر تجربی به‌صورت التقاطی، چندوجهی (لازاروس، ۱۹۸۸) یا گسترده‌طیف (لوپیکولو و فریدمن، ۱۹۸۸) باشند.

۲- در چنین بافت چندعلتی می‌توان علل را به‌منظور اهداف ارتباطی در سه دسته زمانی سازمان داد (هاوتون، ۱۹۸۵). اول، عوامل «زمینه‌ساز» که عبارت‌اند از تجارب زندگی قبلی (مانند ترومای جنسی دوران کودکی) و ویژگی‌های ارثی (مانند دیابت) که شخص را در برابر انواع خاصی از کژکاری آسیب‌پذیر می‌سازند. این عوامل زمینه‌ساز به‌عنوان آسیب‌پذیری‌هایی عمل می‌کنند که فرد را در معرض خطر قرار می‌دهند؛ شاید عوامل زمینه‌ساز ضروری باشند؛ اما به‌ندرت برای ایجاد کژکاری کافی هستند. دوم، عوامل آشکارساز (یا آغازگر) (مانند استرس مرتبط با مشکلات شغلی) که به آن دسته از وقایع و تجارب زندگی اشاره دارند که با شروع اولیه یک علامت یا کژکاری ارتباط دارند. عوامل آشکارساز مصداق ضرب‌المثل «کاسه صبرم لبریز شد» هستند. سوم، عوامل «نگهدارنده» (مانند فقدان حریم خصوصی، اضطراب عملکرد) که به آن دسته از شرایط زندگی جاری یا شرایط جسمانی

اشاره دارند که به توضیح چرایی تداوم کژکاری کمک می‌کنند.

۳- علل همچنین ممکن است بار دیگر براساس اهداف تجربی به سه سیستم انسانی یا چهارچوب‌های ارجاع طبقه‌بندی شوند. اول، علل ممکن است از اساس، زیستی یا پزشکی باشند؛ بنابراین برای مثال ممکن است وجود میکروآنژیوپاتی آلت تناسلی (یعنی بیماری عروق کوچک) در یک مرد میان‌سال مبتلا به دیابت باعث مشکلات نعوظ شود. به‌طور مشابه، تغییرات هورمونی که همراه با یائسگی در زنان رخ می‌دهند ممکن است موجب خشکی واژن و دیسپارونیا شوند. دوم، علل ممکن است از اساس روان‌شناختی باشند. مشکلات فاحش در واقعیت‌سنجی (مانند هذیان‌های پارانوئید)، افسردگی عمده و اختلالات اضطرابی شدید، همگی در پاتوژنز کژکاری جنسی نقش دارند. عوامل روان‌شناختی مهمی که بر کژکاری تأثیر می‌گذارند؛ عبارت‌اند از تصویر بدنی منفی و اضطراب عملکرد (ترس از ارزیابی منفی، گوش‌به‌زنگی مفرط یا طرد). در نهایت علل ممکن است محصول بافت اجتماعی فرد باشند. در سطح زوجی، عواملی مانند ارتباط ضعیف و روابط نابرابر ممکن است باعث ایجاد کژکاری جنسی شوند. عوامل اجتماعی فرهنگی گسترده‌تر مانند نقش جنسی یا ممنوعیت‌های مذهبی هم ممکن است بر کارکرد جنسی تأثیر بگذارند. همچنین ما بیش‌از گذشته از اهمیت محیطی که فعالیت جنسی در آن رخ می‌دهد آگاه هستیم. در همین رابطه ما متوجه شده‌ایم که فقدان حریم خصوصی، حضور حیوانات خانگی و برنامه شغلی نامناسب، همگی در موارد خاصی به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر کژکاری جنسی شناسایی شده‌اند.

به‌طور خلاصه نظر ما این است که سبب‌شناسی اغلب کژکاری‌های جنسی به‌صورت چندگانه مشخص می‌شود که شامل تعامل عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی در طول یک دوره زمانی است؛ بنابراین چالش اصلی پیش روی ما به‌عنوان متخصصان سلامت این است که این منابع چندگانه تأثیر را شناسایی کنیم و درک کنیم که کژکاری جنسی فقط جلوه‌ای از یک فرایند پیچیده است. با افزایش دانش ما از سبب‌شناسی، این احتمال وجود دارد که ابزارهای ارزیابی معتبرتر و رواتر و همچنین درمان‌های کارآمدتری را توسعه دهیم.

ارزیابی و درمان

ما این کتاب را به چهار بخش مجزا تقسیم کرده‌ایم. بخش اول به سیستم طبقه‌بندی جدید DSM-5 می‌پردازد و شامل توصیف و تابلوی بالینی هر اختلال است. منظور از توصیف^۱، معیارهای DSM-5 است؛ درحالی‌که منظور از تابلوی بالینی^۲ این است که هر اختلال ممکن است به چه شکلی در بیماران تظاهر یابد. برای مثال در بسیاری از موارد ممکن است بسته به سن بیمار، تابلوی بسیار متفاوتی از یک اختلال