

اختلال انگیختگی جنسی

اختلال انگیختگی جنسی به دو طبقه تقسیم می شود:

1- اختلال انگیختگی جنسی زن

2- اختلال نعوظی مرد

اختلال انگیختگی جنسی زن:

در این اختلال کسب یا حفظ پاسخ لیزشیدن، تورم در برابر تحریک جنسی تا تکمیل عمل جنسی وجود ندارد یا ناقص است و این حالت ممکن است به صورت مستمر یا عودکننده بروز کند. شیوع اختلال انگیختگی جنسی زنان معمولاً کمتر از حد واقعی برآورد می شود.

زنانی که دچار اختلال مرحله تحریک هستند، اغلب اختلال ارگاسمی هم دارند. مطالعات فیزیولوژیک کژکاری های جنسی نشان می دهد که عوامل هورمونی ممکن است در پاسخدهی زنان مبتلا به کژکاری مرحله تحریک نقش داشته باشد. همچنین داروهای دارای خواص آنتی هیستامین و آنتی کولینرژیک لیزشیدن مهبل را کاهش می دهند. برخی شواهد حاکی از آن است که زنان دچار کژکاری جنسی از انگیختگی فیزیولوژیک بدن خودآگاهی کمتری دارند و حس گرما یا سایر حواس ناحیه تناسلی آنها ضعیفتر از دیگر زنان است.

اختلال نعوظی مرد:

این اختلال، کژکاری نعوظی و یا عنن (ناتوانی) نیز نامیده می شود. مردی که از ابتدا به اختلال نعوظی مبتلا بوده، هرگز نعوظ کافی برای دخول در مهبل نداشته است. در اختلال نعوظی اکتسابی مرد در طول زندگی جنسی خود زمانی دخول موفق داشته است ولی بعداً دچار ناتوانی شده است. در اختلال نعوظی موقعیتی (situational) مرد در شرایط خاصی قادر به مقاربت است و در موارد دیگر ناتوان است، برای مثال ممکن است مردی در رابطه اش با فواحش کاملاً موفق باشد ولی در مقابل زن خود ناتوان باشد.

اختلال نعوظی اکتسابی مرد در 10 تا 20 درصد مردان گزارش شده است.

اختلال نعوظی سراسر عمر نادرست و در حدود یک درصد مردهای زیر سن 35 دیده می شود ولی میزان بروز آن با افزایش سن زیاد می شود. علل اختلال نعوظی در مرد ممکن است عضوی، روانی یا ترکیبی از هر دو باشد ولی در مردان جوان و میانسال ناتوانی معمولاً ریشه روانی دارد.

روشهای درمان بیماری

رفتاردرمانی:

احساس اجبار از طرف مرد برای رسیدن به نعوظ کامل و دخول موفقیت آمیز باعث افزایش اضطراب و ایجاد یک حلقه معیوب و در نتیجه ناتوانی بیشتر می شود. استفاده از تکنیکهای رفتاری مانند، حساسیت زدایی تدریجی و نیز دارو درمانی مفید خواهد بود.

اختلال میل جنسی

اختلالات میل جنسی به دو گروه تقسیم می شوند.

1- اختلال کمبود میل جنسی

2- اختلال انزجار جنسی

در اختلال کمبود میل جنسی، کمبود یا فقدان خیالپردازی های جنسی و میل به فعالیت جنسی دیده می شود.

در اختلال انزجار جنسی، بیزاری و اجتناب از تماس جنسی تناسلی با شریک جنسی یا خودارضایی وجود دارد.

اختلال کمبود میل جنسی از اختلال انزجار جنسی شایعتر است و در زنان بیشتر از مردان دیده می شود. حدود 20% افراد جامعه کمبود میل جنسی دارند.

عوامل سببی گوناگونی با اختلالات میل جنسی در ارتباطند. بیماران دچار مشکلات میل جنسی اغلب از مهار میل جنسی به گونه ای دفاعی برای محافظت خود در برابر ترس های ناخودآگاهشان درمورد رابطه جنسی استفاده می کنند. فقدان میل جنسی می تواند در نتیجه افسردگی، اضطراب یا استرس مزمن نیز ایجاد شود. پرهیز از رابطه جنسی به مدت طولانی گاهی سبب سرکوب تکانه های جنسی می شود. فقدان میل جنسی همچنین ممکن است تظاهر خصومت نسبت به شریک جنسی یا علامتی از رابطه ای رو به تباهی باشد.

در مطالعه ای بر روی همسران جوانی که به مدت دوماه رابطه جنسی خود را قطع کرده بودند، شایعترین دلیل قطع یا مهار فعالیت جنسی، ناهماهنگی زناشویی عنوان شده بود. وجود میل جنسی به چندین عامل بستگی دارد؛ سائق زیستی، عزت نفس کافی، توانایی پذیرش خویشتن به عنوان یک فرد فعال جنسی، تجارب خوب قبلی از رابطه جنسی، دسترسی به یک شریک جنسی مناسب و رابطه ای خوب در زمینه های غیرجنسی با شریک جنسی. فقدان هر یک از این عوامل یا صدمه به آنها ممکن است سبب کاهش میل جنسی شود.

واژینسم

واژینسم عبارت است از انقباض غیرارادی عضلات ثلث خارجی مهبل که مانع دخول آلت تناسلی مرد و نزدیکی می شود. این واکنش ممکن است در معاینه زنانه نیز ظاهر شود و مانع ورود اسپکولوم به داخل مهبل گردد. وقتی کژکاری منحصرأ ناشی از عوامل عضوی است یا علامتی از یک اختلال روانی دیگر محور است این تشخیص گذاشته نمی شود.

مقاربت دردناک

مقاربت دردناک، درد تناسلی مداوم یا تکرار شونده ای است که در زن یا مرد هنگام نزدیکی یا قبل یا پس از آن روی می دهد. این اختلال در زنان بسیار شایعتر از مردان است و با واژینسم در ارتباط بوده، اغلب همراه با آن دیده می شود. دوره های مکرر واژینسم ممکن است منجر به مقاربت دردناک شود یا برعکس. اما در هر حال باید علل عضوی را رد نمود. وقتی درد منشاء عضوی داشته باشد یا وقتی که (در زنان) فقط در اثر واژینسم یا فقدان لیزشیدن روی دهد، تشخیص مقاربت دردناک گذاشته نمی شود. میزان بروز مقاربت دردناک معلوم نیست.

در اکثر موارد عوامل دینامیک عامل سببی محسوب می شوند. در زنانی که سابقه تجاوز به عنف یا سوء رفتار جنسی در دوران کودکی دارند، درد مزمن لگنی شکایت شایعی است. مقاربت دردناک ممکن است ناشی از تنش و اضطراب درمورد عمل جنسی باشد و سبب شود عضلات مهبل زنه به طور غیرارادی منقبض شود. درد واقعی بوده و مقاربت را ناخوشایند یا غیرقابل تحمل می سازد. پیش بینی درد بعدی ممکن است سبب شود که زن برای همیشه از نزدیکی دوری جوید. اگر شریک جنسی بدون توجه به آمادگی زن مقاربت را پیش برد، مشکل وخیمتر می شود. مقاربت دردناک ممکن است در مردها هم دیده شود ولی حالت ناشایعی است و اغلب همراه با یک اختلال عضوی نظیر هرپس،

التهاب پروستات یا بیماری پائرونیه است که در بیماری اخیر پلاک های اسکروتیکی روی آلت تناسلی ایجاد می شود که سبب انحنای آلت می گردد.

05

[انزال زودرس](#)

در انزال زودرس مرد به صورت متناوب یا پایدار پیش از زمان دلخواه خود به ارگاسم رسیده و انزال می کند. هیچ چارچوب زمانی دقیقی برای تعریف این اختلال وجود ندارد. تشخیص وقتی گذاشته می شود که مرد همیشه قبل یا بلافاصله بعد از دخول در مهبل انزال می کند. پزشک باید عواملی مانند سن، تازگی شریک جنسی، دفعات و مدت نزدیکی که بر طول مدت مرحله تحریک تاثیر می گذارند، در نظر بگیرد. مسترز و جانسون مردی را مبتلا به انزال زودرس توصیف می کنند که حداقل در نیمی از موارد ضمن حالت دخول در مهبل قادر به کنترل انزال، تاحدی که شریکش را ارضا نماید، نباشد. در این تعریف فرض بر این است که شریک جنسی چنین مردی قدرت رسیدن به مرحله ارگاسم را دارد. مانند سایر انواع کژکاری های جنسی اگر این اختلال منحصرأ ناشی از عوامل عضوی باشد یا هنگامی که علامت روانی بالینی دیگری ایجاد نکند، تشخیص انزال زودرس گذاشته نمی شود.

انزال زودرس در بین مردانی که تحصیلات دانشگاهی دارند بیشتر گزارش می شود. اعتقاد بر این است که علت این امر اهمیتی است که این افراد به ارضای شریک جنسی خود می دهند ولی علت واقعی این شیوع بیشتر مشخص نیست.

شکایت عمده قریب به 35 تا 40 درصد مردانی که به علت اختلالات جنسی معالجه می شوند، انزال زودرس است. برخی محققین مردهای مبتلا به انزال زودرس را به دو دسته تقسیم بندی می کنند:

1- مردانی که به دلیل کوتاهتر بودن زمان نهفتگی عصبی از لحاظ فیزیولوژیک مستعد اوج لذت جنسی سریعی هستند.

2- مردانی که به علل روانی یا رفتاری شرطی شده اند.

اشکال در کنترل انزال ممکن است مربوط به اضطراب نسبت به رابطه جنسی، ترس ناخودآگاه درمورد مهبل باشد. همچنین ممکن است حاصل شرطی شدن منفی فرهنگی باشد. مردی که اغلب تماس های جنسی اولیه اش با فواحش بوده که مصرانه خواهان تمام شدن هر چه سریعتر عمل جنسی بوده اند یا روابط جنسی در موقعیت هایی صورت گرفته است که امکان دیده شدن و رسوایی وجود داشته است (مثلاً در صندلی عقب اتومبیل یا خانه والدین) ممکن است برای کسب ارگاسم سریع شرطی شود. این مشکل در مردان جوان بی تجربه شایع تر است و ممکن است با گذشت زمان برطرف شود. در روابط مستمر، شریک جنسی تاثیر زیادی در انزال زودرس دارد و یک ازدواج پُراسترس سبب تشدید این اختلال می شود. زمینه رشد و روان پویایی انزال زودرس و ناتوانی جنسی مشابه است.

06

[اختلال ارگاسمی مرد](#)

در اختلال ارگاسمی مرد که گاهی ارگاسم مهارشده یا انزال تأخیری نامیده می شود، مرد اگر هم ضمن مقاربت قادر به انزال باشد، به دشواری به آن نایل می شود. در اختلال ارگاسمی شخص در سراسر عمر قادر به انزال درحین مقاربت نبوده است. اگر اختلال پس از دوره کارکرد طبیعی ایجاد شود، تشخیص اختلال اکتسابی گذاشته می شود.

برخی پژوهشگران بر این عقیده اند که باید بین ارگاسم و انزال تفاوت قایل شد و این موضوع بخصوص درمورد مردانی صادق است که انزال می کنند ولی از کاهش یا فقدان احساس ذهنی لذت در جریان تجربه ارگاسمی شاک می هستند.

بروز اختلال ارگاسمی مرد بسیار کمتر از میزان بروز انزال زودرس و ناتوانی است. مسترز و جانسون گزارش کرده اند که میزان بروز اختلال ارگاسمی در بین گروه 447 نفره از مردان مبتلا به کژکاری های جنسی فقط 3/8 درصد بوده است. شیوع کلی 5 درصد گزارش شده است.

اختلال ارگاسمی سراسر عمر در مرد حاکی از آسیب روانی عمیقتری است. چنین فردی معمولاً از خانواده ای متعصب و سختگیر برخاسته و رابطه جنسی را امری گناه آلود و آلت جنسی را چیز کثیفی می پندارد و ممکن است به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه تمایلات زنا با محارم داشته باشد و از این بابت احساس گناه کند. او معمولاً در روابط غیرجنسی با دیگران هم دچار مشکل است و نمی تواند با کسی صمیمیت برقرار کند. درموردی این اختلال بر اثر اختلال نقص توجه، تشدید می شود. در این موارد حواسپرتی مرد مانع از انگیختگی کافی برای رسیدن به اوج لذت جنسی می شود. در یک رابطه مستمر، اختلال ارگاسمی اکتسابی مرد معمولاً بازتابی از مشکلات بین فردی است. این اختلال ممکن است روش مدار با تغییرات واقعی یا خیالی باشد که در روابط زوج ایجاد شده است که از جمله این تغییرات می توان موارد زیر را نام برد:

برنامه ریزی برای حاملگی که مرد درمورد آن مردد است. از دست دادن جاذبه جنسی برای شریک جنسی یا توقعات شریک جنسی برای تعهد بیشتر که به صورت عمل جنسی ابراز می شود. در برخی مردان ناتوانی در انزال بازتاب خصومت ابراز نشده نسبت به همسر است. این مسئله در مردهای متبلا به اختلال وسواس فکری عملي بیشتر دیده می شود.

07

[اختلال ارگاسمی زن](#)

اختلال ارگاسم مهار شده در زن یا آنورگاسمی طبق تعریف ناتوانی مستمر یا عودکننده زن برای دستیابی به ارگاسم است و با فقدان یا تاخیر عودکننده ارگاسم، متعاقب مرحله تحریک جنسی طبیعی که از لحظ تمرکز، شدت و مدت کافی باشد، تظاهر می کند. به طور خلاصه این اختلال ناتوانی زن در رسیدن به ارگاسم طی خودارضایی یا مقاربت است. زنانی که با یکی از این دو روش (خودارضایی و مقاربت) به ارگاسم دست می یابند لزوماً تحت عنوان آنورگاسمیک طبقه بندی نمی شوند، هرچند ممکن است درمورد آنان درجاتی از مهارجنسی مطرح باشد.

اختلال ارگاسمی سراسر عمر زمانی است که زن هیچ گاه و با هیچ نوع تحریکی به ارگاسم دست نیافته است. زنی که اختلال ارگاسمی اکتسابی دارد، صرف نظر از شرایط یا ابزار تحریک، خواه از طریق خودارضایی یا هنگام خواب، حداقل یک بار ارگاسم را تجربه کرده است. استعداد ارگاسمی زنان در سنین بالای 35 سال افزایش می یابد و این امر به کاهش مهارهای روانی، افزایش تجربه جنسی یا هردو نسبت داده شده است. عوامل روانی بی شماری در اختلال ارگاسمی زن دخالت دارند. این عوامل عبارتند از: ترس از حاملگی، طرد شدن از سوی شریک جنسی، صدمه به واژن، خصومت نسبت به مردان و احساس گناه درمورد تکانه های جنسی.

در برخی زنان ارگاسم معادل از دست دادن کنترل یا رفتار پرخاشگرانه، مخرب یا خشونت آمیز است. ترس آنها از چنین تکانه هایی ممکن است به صورت مهار تحریک یا ارگاسم ظاهر شود. انتظارات فرهنگی و محدودیت های اجتماعی زنان نیز در این مسئله دخیل است. زنان آنورگاسمیک ممکن است از سایر لحاظ بدون علامت باشند یا ممکن است به اشکال گوناگون احساس ناکامی را تجربه کنند، آنها ممکن است دچار شکایات لگنی نظیر درد قسمت تحتانی شکم، خارش و ترشح مهلبی و نیز افزایش تنش، تحریک پذیری و خستگی باشند.