

۷ کارنیل، بزرگترین شبکه موفقیت ایرانیان می باشد، که افرادی زیادی توانسته اند با آن به موفقیت برسند، فاطمه رتبه ۱۱ کنکور کارشناسی، محمد حسین رتبه ۶۸ کنکور کارشناسی، سپیده رتبه ۳ کنکور ارشد، مریم و همسرش راه اندازی تولیدی مانتو، امیر راه اندازی فروشگاه اینترنتی، کیوان پیوستن به تیم تراکتور سازی تبریز، میلاد پیوستن به تیم صبا، مهسا تحصیل در ایتالیا، و.... این موارد گوشه از افرادی بودند که با کارنیل به موفقیت رسیده اند، شما هم می توانید موفقیت خود را با کارنیل شروع کنید.

برای پیوستن به تیم کارنیلی های موفق روی لینک زیر کلیک کنید.

www.karnil.com

همچنین برای ورود به کانال تلگرام کارنیل روی لینک زیر کلیک کنید.

<https://telegram.me/karnil>

سه ساعت با یک سکسولوژیست

گروه کاپوچینو

عکاس: علیرضا نیک‌نژاد

پیاده‌کننده: کیوان ارزاقی

تنظیم: صنم دولتشاهی

گفتگو با دکتر افتخار به راه رفتن بر روی لبه تیغ می‌ماند، همان‌طور که ویرایش و تنظیم آن. یک سال پیش که پیشنهاد مصاحبه با دکتر افتخار در جلسه مجله مطرح شد، خیلی از اعضای تحریریه با این مصاحبه مخالفت کردند. شاید خیلی از ما ته دلمان از کشیده شدن به حاشیه ابتذال می‌ترسیدیم، شاید هم فکر می‌کردیم جامعه ما، حتی در اینترنت جنبه شنیدن چنین بحث‌هایی را ندارد. یک سال از آن موقع می‌گذرد و خیلی چیزها عوض شده، اما مهم‌تر از آن خیلی چیزها عوض نشده است و ما پس از یکی دو جلسه بحث به این نتیجه رسیدیم که انجام این مصاحبه ضروری است. دکتر افتخار یکی از معدود افرادی است که در ایران به مشکلات جنسی به شکل تخصصی می‌پردازد و در کلینیک سکسولوژی تهران وابسته به انستیتو روان‌پزشکی تهران کار می‌کند. گفتگوی ما بسیار صمیمانه و در فضایی دوستانه صورت گرفت، اما ترجیح دادیم به خاطر موضوع خاص مصاحبه، این گفتگو را به شکلی متفاوت از گفتگوهای معمول کاپوچینو ویرایش کنیم. در این مصاحبه علیرضا نیک‌نژاد، پرستو دوکوهکی، شیده بهمن‌یار، صنم دولتشاهی، حمید رضا نصیری، کیوان ارزاقی، نیما مظفری، بابک محیط، شانی شریف، سینا تابش و نگار شریف حضور داشتند. نظرخواهی در مورد این گفتگو را هم با عرض پوزش از دوستان صاحب‌نظر، به خاطر جلوگیری از به انحراف کشیده شدن بحث، بستیم.

کاپوچینو: اول از همه خودتان را معرفی کنید.

دکتر افتخار: مهرداد افتخار هستم. روان‌پزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران. محل کار اصلی‌م بیمارستان روان‌پزشکی ایران است و البته 2 روز در هفته هم در انستیتوی روان‌پزشکی تهران هستیم. در روان‌پزشکی در حیطه‌های اختلالات جنسی و اعتیاد بیشتر از بقیه حیطه‌ها کار کردم و تجربه دارم.

کاپوچینو: درسش را با این گرایش خواندید؟

دکتر: در ایران دقیقاً چنین گرایشی به شکل فوق‌تخصص وجود ندارد. در واقع در کل دنیا هم چند سالی است که فوق‌تخصص اختلالات جنسی راه افتاده است. در حال حاضر در ایران اگر کسی بخواهد بعد از روان‌پزشکی عمومی ادامه تحصیل بدهد تنها می‌تواند در رشته اطفال ادامه تحصیل بدهد. منتها یکی از

همکارانمان در زمینه اختلالات جنسی در خارج از کشور یک سری تجربیات داشته است. من هم به این رشته علاقه مند شدم و به همراه همکارانمان شروع به کار کردن در این زمینه کردیم.

کاپوچینو: خوب پس به طور آکادمیک شما درسی در این زمینه نخوانده‌اید؟

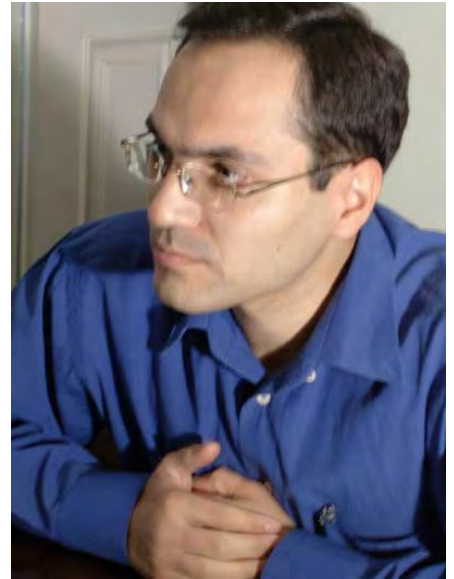
دکتر: نه به طور آکادمیک هیچ‌کس در ایران نیست که همچین تحصیلاتی داشته باشد.

کاپوچینو: پس تحصیلاتتان را گفتید تا چه مقطعی ادامه داده‌اید؟

دکتر: روان‌بزشک هستم. تخصص پزشکی.

کاپوچینو: خوب، بهتر است به عنوان مقدمه کمی در باره سکسولوژی در ایران صحبت کنید.

دکتر: در ایران فوق‌تخصص روان‌پزشکی در هیچ زمینه‌ای به غیر از اطفال نداریم. یعنی نه اینکه دلیلش حالا چیز خاصی باشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران در انستیتوی روان‌پزشکی تهران شاید حول و حوش یک سال قبل کلینیک سکس راه‌اندازی کرده که اختلالات جنسی را در آنجا به شکل آکادمیک بررسی می‌کند. منتها اینکه به شکل فوق‌تخصص باشند همانطور که گفتم در کل دنیا رشته جدیدی است و خیلی وقت نیست که فوق‌تخصص سکس راه‌اندازی شده. حتی بزرگان این رشته هم که در این رشته کار می‌کردند مدرک آکادمیک سکس نداشتند،



مثل کسانی چون "مستر و جانسون" که شاید اسمشان را شنیده باشید، که شروع‌کننده علم سکس نوین بوده‌اند.

حالا اصلاً یک مقدمه‌ای بگویم و بعد احتمالاً سوالات مطرح می‌شود. من می‌خواهم به عنوان مقدمه از اینجا شروع کنم که ما اصلاً به چه سکسی، سکس غیرعادی می‌گوییم که ببینیم اصلاً حیطه عملکرد ما و حیطه‌ای که می‌خواهیم درباره‌اش صحبت کنیم کجاست و بعد درباره اهمیت‌ش و سایر مسائل مربوط به آن صحبت می‌کنیم.

تعریف سکس نرمال خیلی مشکل است، آنقدر رفتارهای جنسی در انسان تنوع دارد که خیلی سخت است بگوییم یک سکس نرمال و یا غیرنرمال است. منتها شاید درباره سکس غیرنرمال بتوانیم راحت‌تر صحبت کنیم. ما به سکسی می‌گوییم غیرنرمال که یک سری ویژگی داشته باشد. یکی اینکه نسبت به جامعه و یا برای افراد مخرب باشد، مثلاً طوری باشد که در رفتارهای جنسی‌اش به جنس مخالف آسیب برساند، کسی باشد که برانگیختگی جنسی‌اش طوری باشد که باید در جلوی جمع خودش را برای دیگران expose کند (در معرض دید قرار دهد)، چیزی که ما به آن می‌گوییم exhibitionism. (این افراد معمولاً رفتارشان به

این صورت است که یک بارانی بلند می‌پوشند که زیرش لباس دیگری تن‌شان نباشد، در یک شرایطی که اطرافیان انتظارش را ندارند یک‌دفعه دگمه‌ها را باز می‌کنند. یعنی یک چیزی که برای‌شان خیلی جذاب است این است که طرف را غافل‌گیر کنند. بعد همین که جنس مخالف جیغ بکشد و فرار کند این خود برای‌شان برانگیختگی دارد که بعد در یک موقعیت منتهی به خود ارضائی می‌شود. یک مورد دیگر آن این است که فرد علاقه به ارتباط جنسی با کودکان داشته باشد. اینها برای جامعه ما مخرب هستند.

دومین ملاک این است که یک ارتباط و یا یک تمایل جنسی نتواند متوجه یک پارتنر شود. اینکه پارتنر را اینجا نگفتیم جنس مخالف هدف داشتیم، برای اینکه از سال 1973 (homosexuality) هم‌جنس‌گرایی از گروه اختلالات روان‌پزشکی حذف شده. بعد از آن هم در تقسیم‌بندی بیماری‌های آمریکا و تقسیم‌بندی سازمان بهداشت جهانی حذف شد. در هیچ طبقه‌بندی علمی در دنیا الان homosexuality را بیماری نمی‌دانند؛ یک ترجیح جنسی کاملاً طبیعی محسوب می‌شود که حالا با بقیه افراد متفاوت است، هر چند شاید پذیرش آن یک مقدار به خصوص برای ما مشکل باشد. اما واقعیت این است که الان ما این را یک بیماری نمی‌شناسیم و در حیطه کار اختلالات روان‌پزشکی نیست، هرچند که باز درباره‌اش و تئوری‌هایش می‌توان صحبت کرد.

سکس غیرنرمال باز وقتی می‌گوییم که primary sex organ را کنار بگذارند و exclude بکنند. مثلاً کسانی که برانگیختگی جنسی عجیب و غریب دارند به این شکل‌اند که حتماً باید کار خاصی را انجام دهند. هستند کسانی که مثلاً با دیدن یک مثلث در فضا و یا تصور یک مثلث در فضا به برانگیختگی جنسی می‌رسند، یا خوردن بعضی از مواد برایشان برانگیختگی جنسی ایجاد می‌کند، یا انواع روابط جنسی که فقط به شکل oral sex باشد یعنی سکس طبیعی را همراه نداشته باشد، که اگر فقط به این شکل باشد به آن سکس غیرعادی می‌گویند. ملاک دیگر اینکه به طور غیرطبیعی همراه با احساس اضطراب و گناه باشد. ویژگی دیگر اینکه به شکل compulsive باشد. سکس به صورت compulsive یعنی اجباری. فرد قبل از اینکه یک رفتاری را انجام بدهد احساس تنش و اجبار می‌کند که آن کار را انجام بدهد و وقتی آن کار را انجام می‌دهد از آن تنش خلاص می‌شود. نمونه واضح چنین رفتارهایی را در افراد وسواسی می‌بینیم که شخص فکر می‌کند دست‌ش کثیف شده، این احساس دائماً در او ایجاد تنش می‌کند و او به شکل "کامپالسیو" میرود دست‌ش را می‌شوید تا از این تنش خلاص شود. در این حالت اراده فرد به نوعی تحت تاثیر قرار می‌گیرد.

وقتی یک سکس به صورت compulsive است که مثلاً فرد بگوید من احساس تنش می‌کنم و عامل اصلی که باعث می‌شود من یک ارتباط جنسی برقرار کنم آن desire یعنی تمایل جنسی و موتور جنسی من نیست بلکه این در ذهنم مرتب تکرار می‌شود این کار را بکنم و احساس می‌کنم موقعی که این کار را می‌کنم کنترلی روی آن ندارم. خب پس تا اینجا از 5 ویژگی اختلال جنسی یا سکس غیرطبیعی صحبت کردیم. اینجا بد نیست درباره masturbation (خود ارضایی) صحبت کنیم به خاطر اینکه به طور سنتی در کشور ما درباره خودارضایی خیلی بد صحبت شده، از قبیل آموزش‌هایی درباره اینکه خودارضایی ایجاد کوری و کری می‌کند، باعث می‌شود ستون فقرات برجستگی پیدا کند و ...

کاپوچینو: لطفاً اگر می‌شود در مورد این مساله کامل توضیح بدهید.

دکتر: من فکر می‌کنم که اینها مهمترین قسمت مسئله است. مثلاً می‌گویند فرد لاغر می‌شود. (این را معمولاً در مدارس پسرانه می‌گویند.)

کاپوچینو: در مدرسه‌های ما، مربی‌های پرورشی اینها را می‌گفتند.

دکتر: مثلاً می‌گویند فرد رنگ پریده می‌شود. حتی بعضی از کسانی که کتاب‌های تربیتی مفصلی نوشته‌اند، افراد تربیتی که روی‌شان حساب می‌شده هم در جلسات سخنرانی برای پدران و مادران گفته‌اند، حتی در کتاب‌های‌شان گفته‌اند و نوشته‌اند که ما می‌توانیم وقتی وارد یک کلاس شدیم بر روی چند بچه دست بگذاریم که اینها خودارضایی می‌کنند، مثلاً رنگ‌پریده، گوشه‌گیر و افسرده هستند! واقعیت این است که تمامی این حرف‌ها غیرعلمی است و اصلاً یک همچین چیزی نیست. اگر خودارضایی این اثرات را داشت- از آنجایی که اثرش روی بدن کاملاً همانند اثر یک ارتباط جنسی روی بدن است- بنابراین یک رابطه جنسی هم همه‌ی این اثرها را داشت! این حرف‌ها کاملاً غیرعلمی و بی‌اساس هستند. آمارهایی هم که وجود دارد نشان می‌دهد که اکثر افراد در طول عمرشان این کار را کرده‌اند و می‌کنند. اگر قرار بود که این گونه باشد نزدیک به همه افراد باید این مشکلات را می‌داشتند.

کاپوچینو: آیا از لحاظ پزشکی تکرار بی‌حساب خودارضایی می‌تواند مضر باشد؟

دکتر: ببینید خودارضایی هم اگر کنترلی رویش نباشد compulsive می‌شود. یک نشانه‌اش این است که خیلی تکرارش زیاد باشد مثلاً 4 بار در هفته این کار را انجام دهند یا آنقدر خودارضایی کنند که نتوانند متوجه پارتنر شوند، مثلاً شوهری بیاید این کار را به روابط جنسی با همسرش ترجیح دهد. این موارد از جمله مواردی هستند که نیاز به دخالت پزشکی دارند. نه از این نظر که خودارضایی است، از این جهت که ملاک‌های دیگر یک سکس غیرطبیعی را دارد. هر رفتار انسانی اگر compulsive باشد مورد توجه کلینیکی قرار می‌گیرد و فرقی نمی‌کند خودارضایی باشد یا خارش بدن یا صورت باشد و یا خرید باشد. البته این را هم بگویم که از نظر دین ما این کار حرام است، به خاطر همین نوجوانانی که این کار را انجام می‌دهند دچار یک احساس گناه می‌شوند. این احساس گناه دائم باعث می‌شود که آنها غمگین و افسرده شوند و بارها اقدام می‌کنند و تصمیم می‌گیرند که آن کار را انجام ندهند ولی باز انجام می‌دهند. این وضعیت فرهنگی تا حدودی کار ما را در کلینیک سخت می‌کند و نمی‌توانیم راحت بگوییم این کار هیچ اشکالی ندارد. در کشورهای غربی در مدارس‌شان انجام خودارضایی را به بچه‌ها آموزش می‌دهند و برای تکامل psycho sexual ممکن است که کمک‌کننده هم باشد. منتها ما باید یک حد وسطی را بگیریم. حداقلش این است که اطلاعات غلط ندهیم که این احساس گناه دینی که وجود دارد را با این احساس که الان که من دارم این کار را انجام می‌دهم به نسل بشری دارم خیانت می‌کنم و در آینده‌ام مثلاً این مشکلات را پیدا می‌کنم، عینکی می‌شوم و غیره (!) تلفیق کنیم.

کاپوچینو: در مورد خودارضایی شما یک عدد گفتید، مثلاً بیش از 4 بار در هفته. یعنی ما آمدیم یک جور خطکش تعیین کردیم که اگر بالاتر رفت نرمال نیستیم، آیا قانونی در این مورد وجود دارد؟

دکتر: نه! این هم حدودیست، اگر زیاد باشد و فرد احساس اجبار و تنش بکند، نشان‌دهنده این است که compulsive است ولی واقعیت این است که نه! هیچ عدد مشخصی را نمی‌توان قرار داد. همانطور که گفتم اگر دفعات آن زیاد باشد و فرد احساس کند که compulsive است و احساس گناه و اضطراب کند ما می‌آییم یک مداخلاتی می‌کنیم و گرنه خودارضایی یک رفتار نرمال انسانیست.

کاپوچینو: پس این از لحاظ روان‌شناسی به هیچ عنوان ناهنجاری تلقی نمی‌شود؟

دکتر: نه از جهت روان‌شناسی بلکه از جهت هیچ علمی غیرطبیعی محسوب نمی‌شود. من فکر می‌کنم بهتر است واقعیت‌های خودارضایی را راحت بگوییم که این عمل از لحاظ دینی حرام است و باقی چیزهایی که درباره آن در جامعه می‌گویند غلط و غیرعلمی است.

کاپوچینو: لطفاً درباره گروه‌های اختلالات جنسی هم صحبت کنید.

دکتر: 3 گروه اختلال در اختلالات جنسی قرار می‌گیرد. گروه اول، گروه dysfunction ها (اختلالات کارکردی جنسی) است که از اختلالات (desire) تمایلات جنسی شروع می‌شود. این گروه شامل اختلالات بر انگیختگی که هم در خانم‌ها و هم در آقایان وجود دارد می‌شود که در آقایان به آن



ناتوانی جنسی impotency می‌گوییم. اختلالات رسیدن یا اساساً نرسیدن به اوج لذت یا orgasm در خانم‌ها و آقایان هم شامل این گروه می‌شود و انزال زودرس هم در این گروه قرار می‌گیرد. برخی از این اختلالات همراه با درد هم هستند. گروه دوم که گروه بزرگتری هستند گروه paraphilia (اختلالات ترجیح جنسی) هستند که یکی دو نمونه‌اش را اینجا مثال زدیم که مثلاً "پدوفیلی‌ها علاقه به روابط جنسی با کودکان دارند. البته این مساله [روابط جنسی با کودکان] در سال‌های اخیر خیلی مورد توجه همه قرار گرفته و در واقع در سال‌های اخیر مفهوم رسوایی اخلاقی از همجنس‌گرایی به پدوفیلیا تغییر یافته است.

کاپوچینو: چه چیزی باعث شد که این تغییر مفهوم انجام شود؟ اساساً روابط جنسی تا چه سنی غیرطبیعی به حساب می‌آیند؟

دکتر: بخشی از این مساله کار نهضت فمینیسم بوده چرا که پدوفیلیا عمدتاً کاری مردانه علیه بچه‌ها بوده است. فمینیست‌ها در ایجاد قوانین سفت و سخت بر علیه این مساله نقش بسیار موثری ایفا کرده‌اند. هر

چند وقتی به تاریخ نگاه می‌کنیم به موارد زیادی بر می‌خوریم که افراد بسیار که روابط جنسی با کودکان داشته‌اند. در حال حاضر سنی که يك کودک می‌تواند از لحاظ قانونی ارتباط جنسی برقرار کند بسیار بالاتر رفته و هر گونه ارتباط جنسی با کودک زیر 13 سال به شرط اینکه فردی که با او ارتباط برقرار می‌کند بالای 16 سال باشد غیرطبیعی شمرده می‌شود.

کاپوچینو: خوب برگردیم به دسته‌بندی گروه‌های اختلال جنسی.

دکتر: نمونه دیگرش exhibitionism بود که در رابطه‌اش صحبت کردیم. سادیسم و مازوخیسم هم نوعی پارافیلیا هستند. از انواع دیگر پارافیلیا، فتیشیزم را می‌توانیم نام ببریم که فرد علاقه به قسمت‌هایی از لباس شریک جنسی‌ش دارد و یا با لمس کردن کفش یا لباس او احساساتش برانگیخته می‌شود. و یا voyeurism (مثلاً افرادی که علاقه به شنیدن جملات سکسی دارند) و یا افرادی که علاقه به پورنوگرافی دارند. یکی دیگر از این اختلالات frotteurism است که مثلاً فرد در برخی زمان‌ها در حالتی‌ست که متوجه نیست و خودش را به جنس مخالف نزدیک می‌کند، پدیده‌ای که در اتوبوس‌ها و مینی‌بوس‌ها می‌بینیم. اینها همه انواعی از پارافیلیا هستند که اختلال در ترجیح جنسی است، یعنی برانگیختگی شخص به آن اشکالی که گفتیم صورت می‌گیرد. مسئله مهم این است که بدانیم در این حالت فرد رویاهایش هم به همین شکل است. ممکن است هر کسی یک سری از این کارها را در شرایط خاصی انجام بدهد، مثلاً هنگامی که به يك شریک جنسی دسترسی ندارد، اما کسی که این اختلالات را دارد اصلاً علاقه‌مند است که اینکارها را انجام بدهد.

گروه سوم که در حیطه اختلالات جنسی در زمینه سکس قرار می‌گیرد اختلالات هویت جنسی است. هویت جنسی احساس درونی مرد بودن یا زن بودن است که در شرایط عادی باید با فیزیک انسان مطابقت داشته باشد. یعنی شخصی که فیزیک مردانه دارد باید احساس مردانه خوبی داشته باشد و هر کسی هم که فیزیک زنانه دارد احساس زن بودن کند. وقتی این دو با هم متناقض دربیایند فرد احساس می‌کند از جنسیت‌ش راضی نیست. این گروه هم در گروه اختلالات هویت جنسی قرار می‌گیرند که در شدیدترین حالت‌ش ما به آن می‌گوییم transexuality. فرد مراجعه می‌کند و می‌گوید اصلاً جنسیت من را عوض کنید. من اصلاً نمی‌خواهم دختر باشم و دوست دارم پسر باشم و بالعکس.

این سه گروه هستند، که البته گروهی که شاید فکر می‌کنم بیشتر مردم می‌شناسند و شما هم می‌شناسید همان گروه اول اختلالات یعنی اختلالات کارکردی هستند.

کاپوچینو: آیا در این زمینه آمارهایی هم در دسترس هست؟

دکتر: معتبرترین مطالعه‌ای که در زمینه شیوع اختلالات جنسی در جامعه شده تحقیق شخصی به نام لومن در سال 1994 است که بر روی حدود 3900 نفر در آمریکا انجام داده است. نتایجش خیلی جالب است: در میان خانم‌ها 33% شکایت کرده‌اند که تمایل جنسی‌شان کم است. شایع‌ترین اختلال جنسی در خانم‌ها کم بودن تمایل جنسی است. 17% گفته‌اند که در برانگیختگی مشکل دارند. 24% گفته‌اند که به ارگاسم

نمی‌توانند برسند که باز این هم رقم بالایی است که در رابطه با هر کدام از این‌ها می‌شود صحبت کرد. 21% گفته‌اند سکس برای‌شان لذت‌بخش نیست، 14% از درد هنگام نزدیکی شکایت داشته‌اند. البته آمار آقایان کمی پایین‌تر بود ولی 16% آنها تمایل جنسی‌شان کم بود، 10% اشکال در (erection) نعوظ داشتند، 29% گفتند که زود به اوج لذت جنسی می‌رسند که این هم رقم خیلی بالایی است. 17% هم گفتند که performance anxiety دارند، یعنی موقعی که می‌خواهند رابطه جنسی داشته باشند خیلی مضطرب و نگرانند. این آمار شیوع این اختلالات را نشان می‌دهد. حالا سر هر کدام از این موارد که خواستید می‌توانیم مطلب را بازش کنیم و در رابطه‌اش صحبت کنیم.

اگر بخواهیم بحث را زنانه‌تر کنیم باید وارد اختلالات delayed orgasm (تاخیر در رسیدن به اوج لذت) بشویم، اگر بخواهیم بحث را مردانه کنیم باید وارد impotency و premature ejaculation (عقیمی و انزال زودرس) بشویم و اگر بخواهیم ایرانی‌هاش کنیم باید وارد پدیده‌هایی که در ایران زیاد است از قبیل ازدواج‌های کام‌نیافته بشویم.

کاپوچینو: این آماری که شما دادید در مورد آمریکاست. آیا چنین کاری در ایران در سطوح مختلف انجام شده یا خیر؟

دکتر: نه در ایران نشده و فکر می‌کنم که هنوز هم خیلی زود باشد برای اینکار چون خیلی سخت است!

کاپوچینو: چرا سخت است؟ یعنی مردم حرف نمی‌زنند و حقیقت را نمی‌گویند؟

دکتر: فکر می‌کنم خیلی سخت باشد...

کاپوچینو: ولی فکر نمی‌کنید کلینیک‌ها بتوانند از همان مراجعات‌شان آماری در بیاورند؟ البته می‌دانیم که فقط افرادی که مشکل دارند به این کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند و نمی‌شود آن را تعمیم داد به تمام جامعه. ولی حداقل این کلینیک‌ها نمی‌توانند بگویند چند نفر مراجعه‌کننده در ماه دارند؟

دکتر: خب در این حد آمار داریم ولی اینکه بدانیم در سطح جامعه چقدر است نه، یعنی مطالعات اجتماعی نمی‌شود کرد. وقتی در خانه مردم می‌رویم، واقعا نمی‌شود سوال کرد. بخصوص در شرایطی که برخی کسانی که کارهای پرسش‌گری خیلی کمتر از این حرف‌ها کرده‌اند محکوم به چیزهای اساسی شده‌اند. این است که فکر نمی‌کنم کسی حاضر باشد چنین کاری کند و خیلی سخت است.

کاپوچینو: مگر اینکه focus group بگذاریم که باز آن را هم نمی‌شود به تمام جامعه تعمیم داد زیرا که بررسی کیفی است.

دکتر: Focus group هم اپیدمیولوژیکال نیست، ولی خوبی‌اش این است که بعضی از این چیزها را ممکن است به شکل کیفی روشن کند.

کاپوچینو: آیا چیزی که به اسم گروه سکس (رابطه جنسی بیش از دو نفر) شناخته شده است و جزء اختلالات جنسی به شمار میرود؟



دکتر: اگر کسی باشد که به طور مداوم درگیر گروه سکس باشد و علاقه‌مند به این روابط باشد، شاید بتوانیم آن را جزء اختلالات جنسی که جایی طبقه‌بندی هم نشده قرار بدهیم. اما اگر فردی یک بار درگیر این گروه سکس بشود و

این رفتار او تداوم نداشته باشد جزو اختلالات جنسی محسوب نمی‌شود.

کاپوچینو: مثلاً اگر فردی وجود داشته باشد که فقط در چنین شرایطی دچار برانگیختگی جنسی شود؟

دکتر: این را می‌توانیم جزو یک اختلال جنسی که جایی طبقه‌بندی نشده قرار بدهیم. ما یک گروه هم داریم که شامل اختلالات جنسی می‌شود که جایی ذکر نشده‌اند. در این باره مثال‌های زیادی وجود دارند از جمله داشتن رابطه جنسی با مرده، auto erotic asphyxia؛ یا حالتی که بر اثر آن هر سال تعداد زیادی در آمریکا می‌میرند به خاطر اینکه در حالت hypoxia، در حالتی که اکسیژن مغز کم است، لذت جنسی بسیار زیادی تجربه می‌شود و به همین دلیل افراد خودشان را هاپیوکسید می‌کنند. یک کیسه روی سرشان می‌گذارند تا هاپیوکسید شوند و بعد خودارضایی می‌کنند. منتها چنین کارهایی گاهی وقت‌ها به مشکل هم برمی‌خورد، مثلاً آن لحظه‌ای که باید هوا برسد نمی‌رسد!

کاپوچینو: چیزی که امروزه زیاد دیده و شنیده می‌شود این است که تبلیغات پورنوگرافی بیشتر بر روی انحرافات جنسی است، مثلاً عکس‌های فتیش‌سکس و ارتباط با حیوانات و کودکان بازدیدکنندگان زیادی در اینترنت دارند. آیا این چیزها کارکرد اطلاع‌رسانی در مورد شیوه صحیح سکس را معکوس نمی‌کند؟

دکتر: این چیزی که در پورنوگرافی‌ها نشان داده می‌شود (روابط یک فرد با جنس مخالفش) یک رابطه‌ی جنسی بسیار ایده‌آل است. هیچ مشکلی هیچ جای کار وجود ندارد، طول مدت رابطه طولانی است، اندام‌های جنسی در ماکزیمم اندازه ممکن وجود دارد و از این قبیل چیزها. یعنی برای اینکه صحنه‌ها جذاب‌تر باشند به این شکل نشان داده می‌شوند.

شاید این قبیل تصاویر به گروهی از افراد اطلاعاتی بدهد، به خصوص در جامعه ما که اطلاعات از کانال‌های صحیحی به افراد نمی‌رسد ممکن است در شرایطی کمک‌کننده باشد. اما برای کسانی که اختلالات

جنسی دارند، کسانی که اضطراب دارند، کسانی که اعتماد به نفسشان کم است که باز من فکر می‌کنم این جور افراد در جامعه ما زیاد هم دیده می‌شوند، این فیلم‌ها گاهی وقت‌ها می‌تواند این اضطراب و یا اختلال را بیشتر کنند. ببینید ما یک چیزی داریم بنام performance anxiety به این معنی که موقعی که می‌خواهیم یک کاری را جلوی جمع بکنیم اضطراب می‌گیریم. اما موقعی که تنها هستیم و اینکار را انجام می‌دهیم اضطراب نمی‌گیریم. من ممکن است در خانه خودم خوب صحبت کنم، ولی وقتی می‌خواهم اینجا جلوی شما صحبت کنم دچار اضطراب یا همان anxiety performance بشوم. اضطراب باعث می‌شود که من عملکرد خوبی نداشته باشم. مثلاً صدایم بلرزد یا مطالب یادم نیاید. این حالت را در نوازنده‌ها خیلی زیاد می‌بینیم که جلوی دیگران دچار آن می‌شوند. عین همین حالت ممکن است در روابط جنسی هم رخ بدهد، یعنی موقعی که فرد می‌خواهد روابط جنسی برقرار کند، جلوی شریک جنسی‌ش اضطراب بگیرد، یعنی اینکه فکر کند آیا الآن می‌تواند این کار را انجام بدهد یا نه؟ بخصوص در کشور ما که خیلی این مسئله برای آقایان اهمیت زیادی دارد که بتوانند یک رابطه جنسی همراه با نعوظ و دخول را حتماً داشته باشند. این مسئله اضطراب در عمل مسئله‌ای وابسته به پارتنر نیز هست. مثلاً اگر پارتنری باشد که سرزنش‌کننده باشد، مثلاً یک شب حالا به دلیل خستگی مردنعوظ خوبی نداشت و نتوانست این کار را انجام بدهد، سرزنشش کند. این اتفاقات باعث می‌شود که اضطراب بیشتر شود.

همه اینها را برای این گفتم که اضطراب در شرایطی که فرد demand (انتظار) زیادی روی خودش احساس کند بیشتر می‌شود. و یکی از کارهای اساسی در درمان اختلالات جنسی این است که این demand ها را از روی افراد برداریم و به آنها یاد بدهیم که سکس undemanding داشته باشند که حالا جلوتر توضیح می‌دهم. حالا شما به من بگویید دیدن پورنوگرافی باعث زیاد شدن demand می‌شود یا کم شدن آن؟

کاپوچینو: باعث زیاد شدن آن.

دکتر: بله. بنابراین روی بسیاری از افراد که بخصوص اعتماد به نفس خوبی ندارند ممکن است کاملاً اثر مخرب داشته باشد و ما به شخصه اینکار را در کلینیک به هیچ کس پیشنهاد نمی‌کنیم. ممکن است یک فیلم آموزشی ساخته بشود که ما اینجا در دسترس نداریم نشان افراد بدهیم، اما این پورنوگرافی رایج را ما توصیه نمی‌کنیم.

دومین مسئله اینکه آن قضایایی که در اینترنت مثلاً در رابطه با فتیشیسم هست، فقط در اینترنت هم نیست. در خارج از کشور جاهایی هست که این خدمات را به این افراد ارائه می‌دهند یعنی مثلاً روسپی‌ها یاد گرفته‌اند این کار را بکنند. کلاب‌هایی هست که افراد مازوخیست (خود آزار) و افراد سادیست (دیگر آزار) به آنجا مراجعه می‌کنند یعنی یک آدم مازوخیست یک آدم سادیست را پیدا می‌کند و با هم ارتباط برقرار می‌کنند. بخشی از آن هم بخاطر این است که خب افرادی که این مشکلات را دارند مراجعه می‌کنند. یعنی یک آدم عادی که مراجعه نمی‌کند و سرویس نمی‌خواهد. کسانی که سادیستیک یا فتیشیست هستند نیاز به خدماتی دارند و باید به جایی مراجعه کنند و پارتنری پیدا کنند که اینکار را برای‌شان انجام دهد و یا کسی

حاضر شود در روابط جنسی به آنها آسیب بزند. من فکر می‌کنم یکی از دلایلی که این‌ها را گذاشته‌اند مشتری‌هایشان است و مسئله‌ی اقتصادی قضیه هم هست.

کاپوچینو: به ازدواج‌های کام‌نیافته اشاره کردید. کمی هم در این‌باره صحبت کنید و اینکه اصلاً شما چه ازدواج‌هایی را کام‌نیافته می‌دانید، چرا چنین مورد‌هایی به وجود می‌آید و چه تاثیراتی بر روی کل ازدواج می‌گذارند؟ آیا آماری بطور تقریبی دارید که بینیم تاثیرات این موارد بر طلاق به چه شکلی هست؟



دکتر: این آمار وجود دارد ولی من الآن همراهم نیست که بخواهم ارائه بدهم و نمی‌توانم به طور دقیق بگویم چه تعداد از کسانی که به دلیل اختلالات جنسی مراجعه می‌کنند و طلاق می‌خواهند وجود دارد و ثبت شده، ولی باید توجه کنیم در کشور ما خیلی از مشکلات روزمره زندگی بخاطر اشکال در روابط جنسی است. یعنی فرد نمی‌گوید من از رابطه جنسی با تو ناراضی هستم، یا تو به خاطر اینکه انزال زودرس داری من را عصبانی می‌کنی، روی‌اش نمی‌شود این چیزها را بگوید و به جای آن می‌گوید: مثلاً "شب چرا دیر اومدی خونه؟! چرا توجه نمی‌کنی؟ یعنی اینکه اشکال در روابط جنسی خیلی وقت‌ها خودش را در حیطه‌های دیگر زندگی نشان می‌دهد و مثلاً شخص به خاطر

مسائل دیگری تقاضای طلاق کند و مشکلات جنسی خیلی رو نیست. اما واقعیت این است که یکی از ستون‌های خیلی مهم تداوم یک ارتباط زناشویی، روابط جنسی است. یکی از ستون‌های خیلی مهم.

یکی از دلایل ازدواج‌های کام‌نیافته در جامعه ما فرهنگ ماست. از یک دختر و پسری که هیچ‌گونه تجربه روابط جنسی در هیچ حدی نداشته‌اند می‌خواهیم که وارد اطاق بشوند و اوج رفتار جنسی را از خودشان به نمایش بگذارند. خب اینکار برای هر دو اضطراب خیلی زیادی به همراه خواهد داشت. هم پسر می‌ترسد چون هیچ تجربه‌ای ندارد و هم دختر نمی‌داند چه اتفاقی قرار است بیفتد. از آنجایی که این دو نفر باید رابطه جنسی کاملی را برقرار کنند طبیعتاً گاهی وقت‌ها به مشکل برمی‌خورند. البته در سال‌های اخیر این فرهنگ تعدیل شده ولی تا همین چند سال قبل خانواده‌ها پشت در اطاق می‌ایستادند و منتظر بودند تا دستمال قرمز را از داخل اطاق به عنوان پیروزی مرد بگیرند!!!

مساله دیگر اینکه در کشور ما سکس از اول با گناه و احساس گناه آمیخته شده. هیچ‌وقت به بچه‌هایمان یاد نداده‌ایم می‌شود رابطه جنسی داشت بدون اینکه احساس گناهی داشته باشند. هر وقت صحبت از این قضایا شده مادرها لب‌شان را گزیده‌اند و گفته‌اند وای خیلی بده یک همچین چیزی. خب طبیعتاً باز این احساس گناه هم که بخشی از آن ممکن است ناشی از احساسات مذهبی ما هم باشد بعنوان یک عامل مهارکننده عمل می‌کند و باعث می‌شود که هر دو خیلی در روابط جنسی راحت نباشند. خانم خودش را

ناخودآگاه سفت می‌کند و اجازه دخول نمی‌دهد، آقا هم که خب تجربه‌ای ندارد و وقتی می‌بیند نمی‌شود ممکن است اعتماد به نفسش را از دست بدهد و فکر کند که مشکلی دارد. من یک مریضی داشتم که می‌گفت مثلاً این چنگیزخان چه کار می‌کرده؟! چون وقتی که به زنها تجاوز می‌کرده آنها نمی‌خواستند ولی خب این چه می‌کرده؟! پس حتماً من ایرادی دارم؟!!!! در خیلی از ازدواج‌های کام‌نیافته دخول صورت نمی‌گیرد. گاهی وقت‌ها این مساله ممکن است سال‌ها طول بکشد. من مورد 18 ساله‌اش را در کشورمان دیده‌ام. مورد 14 ساله فراوان، و مورد 5-6 ساله هم که خیلی زیاد دیده‌ام که مراجعه می‌کنند و خانوم هنوز باکره است.

کاپوچینو: چه راه‌حلی برای این ازدواج‌های کام‌نیافته وجود دارد؟



دکتر: ازدواج کام‌نیافته اختلال خوش‌خیمی است و به طول مدتی که این مشکل وجود داشته هم ارتباطی ندارد. یعنی برای ما هیچ فرقی نمی‌کند که کسی یک سال این مشکل را داشته است، یا 5 سال، یا 10 سال. هر سه فرد یک جور آینده دارند که معمولاً اگر یک اختلال جدی زیربنایی وجود نداشته باشد، با موفقیت همراه است. کار اساسی که باید

در مورد این افراد انجام شود این است که یاد این افراد بدهیم که چگونه رابطه جنسی برقرار کنند. معمولاً ما انجام دخول را برای‌شان ممنوع می‌کنیم. یعنی به آنها می‌گوییم اگر امشب دیدید که نعوظ خوبی دارید و خانم هم گفت که من آماده‌ام، تا وقتی که به شما اجازه داده نشده نباید عمل دخول را انجام بدهید. ببینید ما وقتی این جمله را می‌گوییم بار بزرگی از روی دوش‌شان برمی‌داریم. چون این گونه افراد درگیر انجام این کار بوده‌اند. هر شب تلاش می‌کرده‌اند و می‌گفتند چرا نمی‌شود؟ و همین مساله می‌توانست در روابط‌شان تنش ایجاد کند. پس در ابتدا می‌گوییم انجام این عمل از همین الان ممنوع است و باید کارهای دیگری کنید و روابط جنسی را مرحله به مرحله جلو می‌بریم.

کاپوچینو: می‌توانید از تمرین‌هایی که می‌دهید بیشتر صحبت کنید؟

دکتر: مثلاً تمرین مرحله اول‌شان که شاید کمی هم به نظر غیرجنسی بیاید به این شکل است که زن و شوهر در اتاقی که نور ملایمی وجود دارد از ماساژ دست‌ها و قسمت‌های مختلف بدن شروع کنند. انگار که یک خمیر را ماساژ می‌دهند، واقعاً به شکل ماساژ باشد. به نواحی جنسی هم هیچ کاری نداشته باشند. هرکسی 5 دقیقه قسمت‌های مختلف بدن فرد دیگر را باید ماساژ دهد. و بعد همین‌طور مراحل بعدی را پله‌پله جلو می‌رویم. افراد این را یاد می‌گیرند که در روابط جنسی چگونه بر قسمت‌های مختلف بدن‌شان متمرکز شوند و دیگر آن demand را روی خودشان حس نکنند. از فرد این اشتغال خاطر را می‌گیریم که حتماً باید دخول را انجام دهد. کار جدیدی یاد می‌گیرند که در آرامش از ارتباط‌شان لذت ببرند و اینکه این موضوع را هم یاد بگیرند که سکس فقط primary sex organs (اعضای اصلی جنسی) نیست. از تحریک قسمت‌های

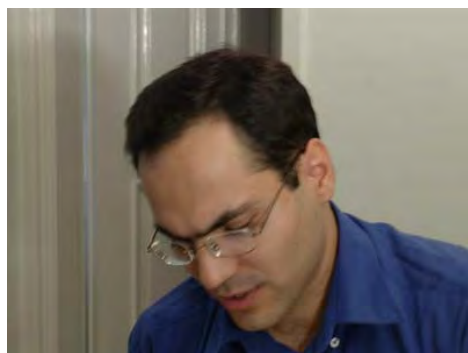
مختلف بدن شروع می‌شود و بعد در مرحله آخر به آنها اجازه می‌دهیم که عمل دخول را انجام دهند. که آن هم تکنیک مخصوص خود را دارد که خانم در حالتی قرار می‌گیرد که کنترل را بدست می‌گیرد و در نتیجه آن عاملی که باعث ترس هست کم‌رنگ‌تر می‌شود.

مسئله خیلی مهم رفتارهای اشتباهی است که بعضی وقت‌ها جامعه پزشکی ما انجام می‌دهد. بعضی متخصصان زنان پرده‌های بکارت را برمی‌دارند. در صورتی که پرده بکارت هیچ مقاومتی در برابر دخول ندارد. یک چیز خیلی نازکی هست. عامل اصلی که مانع دخول می‌شود ترس ناخودآگاه و سفت کردن ناخودآگاه عضلات واژن است. بخاطر همین هست که گفته شده برداشتن پرده بکارت ممکن است وضعیت را وخیم‌تر هم بکند. اعتماد به نفس افراد را از بین می‌برد و بعد هم می‌گویند ما رفتیم این کار را هم انجام دادیم ولی باز هم نتوانستیم دخول را انجام دهیم. برای همین برداشتن پرده بکارت توصیه نمی‌شود. اگر طول بکشد ممکن است مرد اعتماد به نفسش را از دست بدهد و دچار impotency (ناتوانی جنسی) و اشکال در نعوظ بشود. در چنین شرایطی که فرد یاد گرفت سکس فقط organs primary sex نیست از داروها از جمله وایاگرا هم می‌توانیم استفاده بکنیم.

کاپوچینو: البته موردی بوده که به خاطر ترس دختر عمل دخول انجام نمی‌شده و به آنها ژل‌های خاصی داده بودند که این دختر به خودش تزریق می‌کرد و بعد بالاخره بعد از دو سال و نیم موفق شده بودند.

دکتر: معمولاً اگر افراد در درمان‌شان همکاری کنند، ما پله‌پله تمرینی به آنها می‌دهیم که معمولاً یک روند 3-4 ماهه دارد و بعد هم به آنها اجازه دخول می‌دهیم و موفق می‌شوند.

کاپوچینو: البته اگر مراجعه کنند.



دکتر: بله اگر مراجعه کنند و تمرینات‌شان را انجام بدهند که معمولاً هم ادامه می‌دهند. البته در این موارد خانواده‌های خانم‌ها به خصوص آقایان را سرزنش می‌کنند و می‌گویند داماد ما مشکل داره! تو نتوانستی این کار رو انجام بدی. یک مسئله خیلی مهم در درمان این اختلال این است که خانواده‌ها از این قضیه خودشان را کنار بکشند، برای اینکه این هم باز اضطراب و demand را روی افراد زیاد می‌کند.

کاپوچینو: شما در بحث مربوط به اختلالات، به انزال زودرس اشاره کردید. چه معیاری برای طبیعی بودن یا نبودن انزال وجود دارد؟

دکتر: اولاً این توضیح را بدهم که در تمامی اختلالات روانپزشکی مشخص کردن حد طبیعی از حد غیرطبیعی خیلی خیلی مشکل است. این حد را اینجا به شکل قراردادی گذاشتند که اگر مشکلی در کارکرد فرد ایجاد نکند، حالا کارکرد شغلی، اجتماعی، بین فردی و یا اینکه برای خود فرد احساس ناراحتی خیلی زیاد نکند

یک اختلال محسوب می‌شود. یعنی این شامل انزال زودرس هم می‌شود. در طبقه بندی " دی.اس.ام." که یکی از طبقه‌بندی‌های معتبر جهانی‌ست هیچ زمانی برای انزال زودرس ذکر نشده و گفته شده رسیدن به ارگاسم قبل، در حین، و یا بلافاصله پس از دخول، قبل از زمانی که خود فرد بخواهد. خب این یک ملاک است. این را هم باید بگوییم که بعضی‌ها مفهوم خوبی از انزال زودرس در ذهن‌شان نیست. مثلاً فرد می‌گوید برای من 5 دقیقه زمان می‌گیرد تا به اوج لذت جنسی برسم ولی دلم می‌خواهد که طولانی‌تر باشد. این انزال زودرس نیست. انزال زودرس یک اختلال است که تعریفش همانی است که گفتم. منتها باز خوب شد که صحبت کردیم. یک مسئله خیلی مهم این است که همه موارد و مشکلات جنسی‌ای که در زوجها می‌بینیم یک اختلال نیست. همان‌طور که زوجین ممکن است در بسیاری از مسائل مثلاً درباره تربیت بچه، خرید مرغ و یا در انتخاب خانه با هم توافق نداشته باشند، ممکن است که درباره مسائل جنسی هم با هم توافق نداشته باشند. یعنی مثلاً زمانی که طول می‌کشد یکی از آنها به اوج لذت برسد با دیگری فرق کند و مثلاً بخواهد زمان طولانی‌تر باشد. این اختلال نیست. ممکن است یکی از زوجها تمایل داشته باشد که هر شب ارتباط جنسی داشته باشد، ولی دیگری دوست داشته باشد هر 3 شب در میان ارتباط داشته باشد. این‌ها هیچ‌کدام اختلال نیستند، اما ممکن است تعارضاتی ایجاد کنند. حالا ما می‌گوییم sexual function discrepancy، یعنی یک ناهمگونی در کارکرد جنسی که تقریباً در تمام زوجها در سراسر دنیا وجود دارد. و باید این را به مردم بگوییم که طبیعی است و فکر نکنند غیر عادی‌ست.

کاپوچینو: آیا anal sex (سکس از ناحیه معقد) هم جزو اختلالات جنسی قرار می‌گیرد؟

دکتر: اگر primary sex organ به طور کامل از رابطه حذف شود و یک زوجی ارتباط جنسی‌شان فقط به صورت anal sex باشد غیرطبیعی است، ولی صرف برقراری به این شکل اختلال محسوب نمی‌شود. گیرنده‌های لذت زیادی در کانال anal وجود دارد، منتها مشکلاتی را می‌تواند برای خانم‌ها ایجاد کند، من‌جمله اینکه عضلات حلقوی که کانال anal را می‌بندد دچار اشکال می‌شوند. گیرنده‌هایی که در کانال anal هستند بسیار حساس هستند و برای همین به محض اینکه مدفوع وارد انتهای رکتوم می‌شود فرد احساس می‌کند باید دستشویی برود. این گیرنده‌ها به حدی حساس هستند که فرد تفاوت وجود گاز و مدفوع را می‌فهمد، یعنی فقط کشش نیست، اینها را تفکیک می‌کند از هم. بنابراین انجام anal sex در درازمدت حتماً آسیب‌هایی به فرد وارد می‌کند و مشکلات ماندگار فیزیولوژیک ایجاد می‌کند. اما همان‌طور که گفتم صرف انجامش نمی‌تواند یک اختلال محسوب شود.

کاپوچینو: آیا G Spot اصلاً وجود دارد و در رابطه جنسی نقشی دارد؟

دکتر: اگر در کتابهای آناتومی دنبال G Spot بگردیم چیزی پیدا نمی‌کنیم، برای اینکه عمده اطلاعات آناتومی از مطالعات تشریحی جسدها به وجود می‌آید. به نظر می‌آید در حالتی که خانم در حالت rest کامل است، هیچ قسمت از واژن را نمی‌توانید مشخص کنید که G Spot باشد. بنابراین در کتاب‌های آکادمیک هم چیزی نمی‌توانید پیدا کنید، اما در سال 1952 یک تکنسین به نام " گرافن برگ" گزارش کرد که یک ناحیه در جلوی واژن خانم‌ها وجود دارد که خیلی به تحریک حساس است. این موضوع به خاطر اینکه در آناتومی پیدا نشد

سالها کنار رفت و درباره‌اش صحبت نکردند تا اینکه شخصی به نام "لاداس" دوباره این نقطه را کشف کرد. به نظر می‌رسد حین برانگیختگی یک ناحیه‌ای از قسمت قدامی واژن حساس‌تر می‌شود، حتی برآمدگی پیدا می‌کند. بعضی از فیزیولوژیست‌ها این را معادل male prostate گرفته‌اند، یعنی گفته‌اند این در واقع female prostate است در مقابل پروستات آقایان که دقیقاً اینجا است و حتی ترشحات هم دارد. اطلاعات ما هم در همین حد است. به نظر می‌رسد یک نقطه‌ای وجود دارد، منتها نقش خیلی



زیادی ندارد. بیشترین ناحیه‌ای که در خانم‌ها همراه با درک لذت است ناحیه "کلیتوریس" است. البته در تمام طول واژن گیرنده‌هایی هستند که بر اثر کشش ایجاد لذت می‌کنند، منتها بیشترین نقطه‌ای که لذت را حس می‌کند کلیتوریس است.

کاپوچینو: الان بیشتر برای چه اختلالاتی مراجعه‌کننده دارید و مراجعین بیشتر از چه گروه‌هایی هستند؟

دکتر: شایع‌ترین مورد مراجعه انزال زودرس است و بعد اختلالات نعوظ یا impotency. پس از آن ازدواج‌های کامی‌نیافته را داریم که معمولاً زوجها مراجعه می‌کنند. گاهی وقت‌ها با anorgasm (نرسیدن به اوج لذت) یا دیگر اختلالات مانند اختلالات در تمایلات جنسی روبرو هستیم. بیشترین مراجعین مرد هستند. درصد خیلی کمی از مراجعین خانم هستند. مراجعه تنهای خانم‌ها باز هم کمتر است. بیشتر خانم‌هایی هم که مراجعه می‌کنند به خاطر ازدواج‌های کام‌نیافته مراجعه می‌کنند که ما از آنها خواهش می‌کنیم با شوهرشان بیایند برای اینکه در این اختلال بایستی هر دو را با هم دید. بیشتر کسانی که از ازدواج‌های کام‌نیافته، anorgasm یا انزال زودرس شکایت می‌کنند در رده سنی جوان هستند. مراجعینی که مشکل impotency دارند از تمامی رده‌های سنی هستند که البته علت‌ش در جوان‌ها و سالمندان کمی متفاوت است. در کل بیشتر مراجعه‌کنندگان به کلینیک سکس جوانترها هستند.

کاپوچینو: جوان به معنی زیر 30 سال؟

دکتر: بله.

کاپوچینو: آیا مجردها هم به شما مراجعه می‌کنند؟

دکتر: گهگاه افراد مجرد هم مراجعه می‌کنند، که حالا به دلایل مختلف از جمله خوارضایی، همجنس‌گرایی، اختلالات هویت جنسی، و گاهی وقت‌ها اختلالات کارکرد. البته درمان این افراد مشکل‌تر است، چون این افراد در تجربیات جنسی که داشته‌اند به مشکل برخورده‌اند و برای درمان احتیاج به پارتنر ثابت است، در صورتی که این افراد معمولاً پارتنر ثابتی مانند همسر ندارند.

کاپوچینو : بیشتر شیوه‌های درمانی شما متکی به کمک پارتنر است؟ بدون کمک پارتنر مشکلی در درمان ایجاد می‌شود؟

دکتر: معمولاً همینطور است. خوب شد این سوال را پرسیدید. در رویکرد درمان غیردارویی قبلاً از روش‌های psychodynamic استفاده می‌شد (روش‌هایی که از فروید وام گرفته شده)، که مثلاً فرد را روان‌کاوی می‌کردند تا بفهمند علت impotency یا علت انزال زودرس چیست. مثلاً در ناخودآگاهش چه تعارضی وجود دارد که انزال زودرس دارد. می‌دانید یک دوره روان‌کاوی فروید خیلی فراگیر شد. یک اشکالی که به همین روان‌کاوی مکتب فروید گرفته شد این بود که این مکتب سعی کرد همه چیز را توجیه کند. در درمان اختلالات جنسی هم این شیوه با موفقیت همراه نبود تا اینکه زوجی به نام "مستر و جانسون"، در آمریکا کلینیکی زدند و با روش‌های رفتاری شروع کردند به درمان اختلالات جنسی. اساس کارشان این بود که این زوج با هم می‌نشستند و زوج را می‌دیدند و درمان می‌کردند. توصیه رفتاری می‌کردند. زوجی که خودشان می‌گفتند دلیل ازدواج‌مان سکس بود و دلیل جداشدن‌مان هم سکس بود (این دو در سن 70 سالگی از هم جدا شدند). این دو تحولی در رشته سکس ایجاد کردند که هنوز هم مانده. اصول درمانی چرخید به سمت توسعه رفتاری و سکس‌تراپی به این شکل که هر دو زوج را با هم می‌بینیم. این کار غیردارویی‌ست؛ درمان‌های دارویی هم در چند سال اخیر با آمدن وایاگرا انقلابی در زمینه سکس ایجاد کردند که بسیاری از معادلات قبلی را به هم ریخت.

کاپوچینو: آیا وایاگرا راه‌حل خوبی است؟

دکتر: فکر می‌کنم در رابطه با وایاگرا باید صحبت کنیم. 90% مردم دنیا وایاگرا را می‌شناسند. آماری که مقایسه شده با کوکاکولا. برای همین شاید به طور جمعی هم بتوانیم در رابطه با چنین دارویی صحبت کنیم.

کاپوچینو : کار وایاگرا به چه نحوی‌ست؟ عصب مشخصی را تحریک می‌کند؟

دکتر: در آلت سه ستون وجود دارد. سه ستون که موازی هستند و دو تا از این ستون‌ها در پشت ستونی که 'پیشاب راه' را احاطه می‌کند قرار گرفته اند. این سه ستون قابل نعوظ هستند و از دریاچه‌های sinusoid تشکیل شده‌اند. هنگامی که فرد نعوظ ندارد این sinusoidها روی هم خوابیده‌اند. موقعی که فرد برانگیخته می‌شود، این sinusoidها پر خون می‌شوند. هر کدام از این ستون‌ها یک غشاء غیرقابل انعطاف دارند. عین این می‌ماند که مثلاً متکا یا چیز درسته‌ای را به طور مداوم پر کنیم. این مکانیزم نعوظ است. پس دلیل اصلی نعوظ پرخونی است. یعنی خون زیادی وارد می‌شود. عامل اصلی این پرخونی این است که نوروپاتی که از مغز می‌آیند در انتهای پایانه عصبی‌شان ماده‌ای به نام (NO) نیتريت اکسیژن ترشح می‌کند. نیتريت اکسیژن یک شل کننده عضلات عروق است. اینها فعال می‌شوند. پس از شل کردن عروق نیتريت اکسیژن طی یک مکانیزمی اثرش از بین می‌رود. وایاگرا کارش این است که باعث میشود این نیتريت اکسیژن GMP تولید کند. این GMP پایدار می‌ماند و تخریب نمی‌شود. در واقع "وایاگرا" از طریق مهار

5 Phosphodiesterase عمل می‌کند. برای همین است که وایاگرا بر روی کسانی عمل می‌کند که یک output مغزی داشته باشند. یعنی اینکه یک تمایلی باید داشته باشند. یک NO باید بیاید پایین تا وایاگرا اثر کند. کسانی که تمایل کم دارند، اصلاً برانگیخته نمی‌شوند. آنها مغزشان output ندارد و بنابراین وایاگرا کمک‌شان نمی‌کند. وایاگرا بیشتر برای کسانی است که می‌گویند دل‌شان می‌خواهد ارتباط جنسی داشته باشند، اما اشکال در نعوظ دارند.

کاپوچینو: آیا مصرف "وایاگرا" مضراتی هم دارد؟

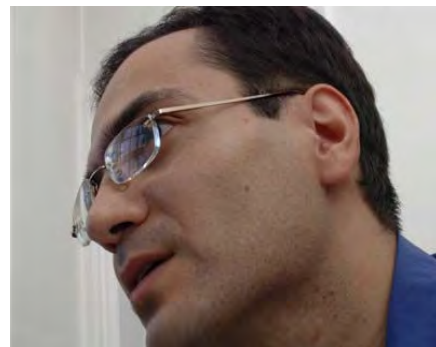
دکتر: خب، مثل هر دارویی عوارضی هم دارد. مثل سردرد، گر گرفتگی یا اشکال در تشخیص رنگ‌ها. اما یک عارضه خیلی مهم دارد، یعنی یک تداخل دارویی خیلی مهم دارد. مثلاً داروهای نیترات‌داری از قبیل قرص زیر زبانی (تیتروگلیسرین)، یا آتروپین (atropine) با وایاگرا تداخل دارویی مرگ‌بار دارند و مثلاً بیماران قلبی که این داروها را مصرف می‌کنند اگر وایاگرا هم مصرف کنند ممکن است دچار خطر مرگ شوند. این نکته از این جهت اهمیت دارد که وایاگرا را بیشتر پزشکان تجویز نمی‌کنند. وایاگرا بیشتر توسط همکاران و دوستان تجویز می‌شود و خطر این وجود دارد که مشکلی برای کسی به‌وجود بیاید و به همین دلیل اطلاع‌رسانی در این زمینه ضروری‌ست.

کاپوچینو: به اندازه کافی اطلاعات علمی درباره وایاگرا وجود دارد؟ چون وایاگرا 98 بصورت عمومی وارد بازار شده است.

دکتر: بله، آن زمانی که تولید وایاگرا مورد قبول واقع شد شاید روی بیش از 3000 مورد کار شده بود. در چند مرحله آزمایشاتی بر روی افراد در چند مرحله انجام دادند. گزارشاتی از مرگ‌های ناشی از تداخل دارویی وایاگرا وجود دارد. البته من دقیقاً آمارشان را ندارم. درست است که در چند سال اخیر این دارو به بازار آمده، اما میلیون‌ها نفر آن را مصرف کرده‌اند و امتحان شده. گفتم 90% مردم دنیا وایاگرا را می‌شناسند.

کاپوچینو: این‌ها همه جنبه‌های فیزیکیال ماجرا بودند. حالا یک مقدار در مورد جنبه ذهنی یا متافیزیکی قضیه صحبت کنید. مثلاً بیشتر در فرهنگ شرق هند و چین یک سری مکاتب و آیین‌ها و یک سری شرایطی وجود دارند که در آنها شخص بدون داشتن رابطه جنسی از آرامش جنسی مطلوبی برخوردار است و بطور مثال تحت تاثیر اعتقادات مذهبی‌ش هست. خودداری نمی‌کند ولی نیازی هم احساس نمی‌کند. می‌شود در این رابطه کمی توضیح بدهید؟

دکتر: من با این مکاتب خیلی آشنایی ندارم، ولی یک مکانیزمی را می‌شناسیم که فرد بطور ناخودآگاه تمایلاتش را repulse می‌کند (دفع می‌کند) که من جمله در رابطه با تمایلات جنسی هم این اتفاق می‌افتد. نه اینکه عمداً جلوی خودش را بگیرد. این عمداً جلوی خود را گرفتن مکانیسم دفاعی مهجورتری است بنام suppression (سرکوب)



کردن). اما فردی که repulse می‌کند خودش چنین تمایلاتی ندارد. موقعی که آموزش داده شود که سکس با احساس گناه همراه است و فرد خشکه‌مذهبی باشد، خب طبیعتا در ناخودآگاهش این مساله کمرنگ‌تر می‌شود. این مکانیسمی هست که اتفاق می‌افتد اما اینکه آیا این repulse کردن به این معناست که این تمایل به کلی از وجود فرد پاک شده و این مساله هیچ مشکلی را برایش ایجاد نمی‌کند و فرد می‌تواند بدون سکس به زندگی‌ش ادامه بدهد، به نظر من عملی نیست.

کاپوچینو: ببینید آقای دکتر مثلا دو نفر به هم علاقمند می‌شوند، (حالا بیشتر هم در رابطه با آقایان این اتفاق می‌افتد) انقدر این علاقه‌مندی و عشق نسبت به هم شدید می‌شود که مرد هیچ تمایلی به سکس ندارد. یعنی فکر می‌کند احساس لطیف‌تر و قشنگ‌تر از آن است که در آن سکس وجود داشته باشد.

دکتر: این موردی است که فروید از آن به عنوان Madonna Complex (عقده مدونا) نام برده. مراجعینی داشته که مثلا فرد یک نفر را برای عشق‌ش انتخاب کرده و همین احساس عشقی که برای‌ش خیلی مطهر و پاکیزه است، خصوصا در فرهنگی که سکس را بد و گناه‌آلود جلوه می‌داده، آنقدر او را تحت‌تاثیر قرار داده که نمی‌توانسته با آن شخص رابطه جنسی داشته باشد و شخص دیگری را برای رابطه جنسی انتخاب کرده است.

کاپوچینو: برای آگاهی رساندن عمومی درباره این مسائل شما کاری هم انجام داده‌اید؟

دکتر: با چند مجله مصاحبه داشتیم با کسانی که در این کار فعال بودند.

کاپوچینو: مجلات تخصصی یا عمومی؟

دکتر: مجلات عمومی هم بوده که البته خیلی کمرنگ‌تر از این چیزی که اینجا عنوان کردیم با آنها صحبت کردیم. از مدتی قبل یک برنامه رادیویی در شبکه تهران شروع شده در رابطه با اختلالات جنسی که البته در رابطه با بعضی از این اختلالات که می‌شود صحبت کرد، آنجا صحبت شده و الان هم فکر می‌کنم در حال پخش است و با استقبال شدید عموم هم مواجه شده و همه زنگ می‌زنند و تشکر می‌کنند. ولی هنوز به جایی که بتوانیم همه چیز را بشکنیم و بیاییم راحت در رابطه با این مسئله صحبت کنیم نرسیدیم. این کاری است که باید حتما انجام دهیم. یعنی مثلا الان یک معضل بزرگ بهداشتی جامعه ما ایدز است. ما در رسانه‌های جمعی می‌آییم می‌گوییم اگر می‌خواهید از انتقال ایدز جلوگیری کنیم، باید از روش‌های جلوگیری استفاده کنیم، در صورتی که همه روش‌های جلوگیری مانع انتقال ایدز نیستند، مثلا شخص از قرص ضدبارداری استفاده می‌کند، در صورتی که روش جلوگیری از این انتقال استفاده از کاندوم است!

کاپوچینو: یعنی شما حتی با کلمات هم مشکل دارید؟

دکتر: بله، دقیقاً همین‌طور است. بسیاری از کلمات را نمی‌شود به کار برد. باید به جوان‌هایمان آموزش بدهیم برای اینکه جامعه هم در حال تغییر است. ببینید آن جامعه سنتی قدیمی که خانم‌ها هیچ انتظاری در روابط جنسی نداشته‌اند دیگر تمام شده است. همین مساله تحولی را ایجاد کرده است. مثلاً شاید جالب باشد برای‌تان که رد پای بحث انزال زودرس در ادبیات پزشکی را خیلی وقت نیست که می‌بینیم. شاید در 40-50 سال اخیر است که این را می‌بینیم. دلیلش این است که در جامعه غربی هم ازدواج کامنیافته معنی نداشته. از وقتی که زن‌ها هم به این فکر افتادند که در روابط جنسی از حقوقی برابر با مردها برخوردار باشند و باید به اوج لذت جنسی برسند، شکایت‌ها شروع شد و مردهایی که انزال زودرس دارند مجبور شدند مراجعه کنند. خب مسایلی به این شکل الان بطور جدی تر در جامعه ما مطرح می‌شود. زن‌ها هم برای خودشان حقوقی قائل هستند و دیگر آن جامعه قبلی نیست که خانم فقط سماور را آماده کند و شب آقا بیاید چایش آماده باشد و شامش را بخورد و هر وقت هم خواست بیاید کارش را بکند و برود! (از همین اصطلاحاتی که می‌گفتند.) همه این روابط عوض شده و به همین دلیل باید اطلاعات درست‌تری در اختیار جوان‌ها قرار دهیم.



کاپوچینو: اگر قرار باشد کاپوچینو بخشی به شکل پرسش و پاسخ بگذارد، شما قبول می‌کنید که به سوالات جوان‌ها جواب بدهید ؟

دکتر: بله، به شرط اینکه یک بخش کاملاً علمی باشد و تبدیل نشود به یک بخش...

کاپوچینو: یعنی اینکه می‌خواهید به شکل تخصصی اطلاع‌رسانی کنید؟

دکتر: خب این فکر ما بوده که اطلاع‌رسانی کنیم و در حال حاضر من و چند نفری از همکارانم مشغول نوشتن یک کتاب درباره اختلالات جنسی هستیم.

کاپوچینو: اگر موردی ندارد اسم‌ها را هم بفرمایید.

دکتر: من و آقای دکتر محرابی، دکتر قلعه بندی و دکتر صالحی. از حدود دو سال پیش نوشتن این کتاب را شروع کرده‌ایم و کتابی مفصل و علمی در رابطه با اختلالات جنسی خواهد بود. فکر بعدی‌مان این است که از آنجایی که این کتاب برای متخصصین قابل استفاده است، بعد از این برویم به سراغ نوشتن کتاب کوچک‌تری درباره آموزش اختلال جنسی برای مردم عادی. که البته ما بیشتر شاید sexologist متخصصین اختلالات جنسی باشیم تا یک sex educator (آموزش‌دهنده مسائل جنسی) ولی من خانمی را می‌شناسم که متخصص این کار بود و مدتی هم در ایران بود. ایشان در انگلیس دوره sex education گذرانده. الان هم در انگلیس است. در ایران فعالیت‌هایی هم انجام داد و رفت. برای تشکیل انجمن سکسولوژیست‌های ایران هم جلسه‌ای تشکیل شد و قرار شد کارهای اولیه آن انجام بشود، منتها این انجمن هنوز برقرار نشده، چون سکس یک رشته بین رشته‌ایست و عمده کارهایش را روان‌پزشک‌ها، و یک

قسمت‌هایی‌ش را اروלוژیست‌ها و متخصصین زنان انجام می‌دهند، یعنی بین این 3 رشته اصلی می‌چرخد. برای همین در زیرگروه هیچ کدام از این انجمن‌های خاص قرار نمی‌گیرد.

کاپوچینو: یک سری کتاب‌هایی هست که در دست مردم زیاد دیده می‌شود، مثلاً جلوی دانشگاه تهران هم پر از این کتاب‌هاست مثل آموزش مسایل جنسی و انحرافات جنسی و غیره. کتاب‌هایی که ظاهراً علمی هم نیستند. نظر شما در مورد این کتاب‌ها چیست؟

دکتر: خب اگر این کتاب‌ها علمی نباشند مشکلات زیادی ایجاد می‌کنند. اطلاعات غلط در سکس از آن مواردی است که واقعا می‌تواند مسئله ساز باشد. مثل همین بحث خودارضایی که مفصل در رابطه‌اش صحبت کردیم یا مثل بسیاری از حرف‌ها که در رابطه با انحرافات جنسی گفته می‌شود که اکثراً غیرعلمی هستند. این اطلاعات غلط ممکن است برای افراد اضطراب، گناه یا بی‌تفاوتی ایجاد کند یا اینکه انتظارات از خودشان را به غلط بالا ببرد.

کاپوچینو: اگر این انجمن تشکیل شد، آیا می‌توانیم انتظار داشته باشیم که بر رسانه‌ها و چاپ این‌گونه کتاب‌ها نظارت داشته باشد و اجازه ندهد مطالب غیرعلمی منتشر شوند؟

دکتر: البته این انجمن هنوز در مراحل خیلی خیلی ابتدایی‌ش است، یعنی تصمیم گرفته شده که تشکیل شود. عده‌ای نشست‌ی داشته‌اند در این رابطه، اما هنوز تشکیل نشده و من هم نمی‌توانم از طرف یک انجمن تشکیل نشده که شاید من هم یک عضو باشم هیچ قولی بدهم. ولی واقعیت این است که به نظر می‌رسد در این زمینه باید کمی فعال‌تر عمل کرد و اطلاع‌رسانی کرد، به خصوص در باره مسایلی که ما مشکل اطلاع‌رسانی و یا اطلاعات غلط داریم.

کاپوچینو: وزارت بهداشت به طور مشخص حمایتی از شما می‌کند یا موانعی بر سر راه شما ایجاد نمی‌کند؟

دکتر: تا به حال ابداً با هیچ مانعی مواجه نبوده‌ایم. وزارت بهداشت هم از مدتی قبل توجه‌اش به این موضوع جلب شده، البته بیشتر در حیطه خاص اختلالات هویت جنسی. یک کمیته‌ای هم در وزارت‌خانه تشکیل شد به اسم کمیته ساماندهی اختلالات هویت جنسی. شاید بیشتر در این زمینه فعالیت داشته ولی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی ایران و مسئولین انستیتو روانپزشکی تهران تمامی تلاش‌شان را انجام می‌دهند که از این رشته حمایت کنند و آن را



پیش ببرند در ایران، البته در حد امکاناتی که وجود دارد.

کاپوچینو: در صحبت‌های قبلی‌تان اشاره داشتید به این نکته که سطح توقع مردم و جامعه تغییر کرده و اشاره کردید به انتظار خانم‌ها. ما می‌دانیم که ایران فقط منتهی به تهران و

مخصوصاً شمال تهران نمی‌شود. حالا اگر از یک سری شهرها بگذریم، هنوز همان شیوه‌های پشت در ایستادن وجود دارد، یا در شهرستان‌های مرزی جنوبی کشور حتی پسر نمی‌داند که شب عروسی باید چکار کند. ما در سطح خیلی مقدماتی‌تر در طبقه تحصیل‌کرده دانشگاهی و مرفه جامعه با این مورد خیلی مشکل داریم، حالا می‌خواهیم بپردازیم به شهرستان‌ها و جوامع کوچک‌تر و سیستم‌های کاملاً سنتی‌مان. آیا این طبقه‌بندی در حرفه شما صورت گرفته؟ یعنی ساختار اجتماعی در رشته و تخصص شما چه جایگاهی دارد؟

راجع‌کننده با یک سری خصوصیات و تحصیلات و موقعیت شهری و رفاهی می‌آید پیش شما، یا از شهرستان‌ها و دهات هم مراجعه‌کننده دارید؟

دکتر: البته مراجعه از روستا به ندرت هم نیست. هر طبقه‌ای مشکلات خودش را دارد، مثلاً در همین جامعه تهرانی با نسل جدید جوان‌هایش احتمال می‌دهیم که با کمی راحت‌تر شدن روابط بین دو جنس مثلاً ازدواج‌های کامرنیافته را کمتر ببینیم و این را بیشتر در کسانی می‌بینیم که جدا از جنس مخالف بودند و هیچ نوع نزدیکی با جنس مخالف نداشتند، مثل همان روستاها. هرکدام اختلالات مربوط به خودشان را دارند. در جامعه شهری یک سری مشکلات بیشتر است و در جوامع روستایی هم یک سری مشکلات. واقعیت این است که رشته ما یک رشته بیولوژی تنها نیست. رشته ما یک رشته bio-psycho-social است یعنی شاید تنها رشته پزشکی‌ای که به وجه روانی و وجه اجتماعی قضیه توجه لازم بکند رشته ماست. این مسئله در تمام اختلالات هست. به یک مریض افسرده روستایی که اصلاً نمی‌داند خلق افسرده یعنی چه می‌گویی؟ غمگینی؟ می‌گوید: نه، برای این که نمی‌داند غمگینی چیست! بنابراین این شخص مراجعه‌اش متفاوت است از کسی که در شهر بزرگ شده. از اول خلق افسرده را یاد گرفته و همین طوری، یک روز که کمی سرحال نبوده به خودش گفته امروز خلقم دیپرسه. منتها به این شکل که ما فقط به شکل جامعه شهری طبقه‌بندی کنیم، نیست. به‌هرحال عامل فرهنگ را هم در نظر می‌گیریم.

کاپوچینو: شما مریض‌ها را در مطب شخصی خودتان می‌بینید، یا جای خاصی دارید؟

دکتر: بله! من بیماران اختلال جنسی را یکی در مطب و یکی در کلینیک ناباروری و اختلالات جنسی کوثر در فرمانیه می‌بینم. انستیتوی روان‌پزشکی تهران هم همان‌طور که گفتم از حدود 1 سال پیش یک کلینیک اختلالات جنسی دائر کرده و بعضی دیگر از همکاران‌مان مثل آقای دکتر مهرابی هم که ازشان صحبت شد در یک کلینیکی یک روز در هفته هستند و آنجا بیماران اختلالات جنسی را می‌بینند.

کاپوچینو: اصلاً تبلیغی برای این خدماتی که انجام می‌دهید در جاهای عمومی شده؟

دکتر: در همین حدی که می‌بینید که گاهی مصاحبه‌ای با یک مجله‌ای یا روزنامه‌ای.

کاپوچینو: همان‌طور که قبلاً گفتید هنوز انجمنی تشکیل نشده، اما شما به طور کلی برنامه‌ای ندارید برای اینکه آموزش این مسائل را در کتاب‌های درسی داشته باشید؟ کاری که بخشی از

آن را آموزش و پرورش شروع کرده (درس بلوغ) آیا به غیر از پزشکان بیولوژی که در واقع این مطالب را تهیه میکنند، با شما و روان‌پزشکان هم برای تهیه این کتاب‌ها مشورت می‌شود؟

دکتر: ما برنامه خاصی نداریم. من نمی‌دانم که آنها شیوه کارشان به چه شکلی است و در جریان نیستم. حالا یواش یواش فضا دارد آماده می‌شود.

کاپوچینو: دارد آماده می‌شود؟

دکتر: بله، اینطور به نظر می‌آید. یعنی الان مثلا مجله شما دارد این مصاحبه را می‌کند و این خودش یک حرکت است.

کاپوچینو: آقای دکتر، خیلی ممنون از وقتی که گذاشتید و به سوال‌های زیاد ما جواب دادید.

دکتر: ممنون از شما.



در کانال تلگرام کارنیل هر روز انگیزه خود را شارژ کنید 😊

<https://telegram.me/karnil>

