

تجرباتی از درمان موفقیت آمیز همجنس بارگی خود ناپذیر، فرابارگی (پارافیلیا) و تبدیل خواهی جنسی با روش‌های شناختی- رفتاری

دکتر محمد تقی یاسمی* - دکتر علی محمدی** - (مرحوم) دکتر جعفر کاملی** - دکتر محمدرضا یوسفی**
- دکتر سید مهدی صمیمی اردستانی***

* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
** دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
*** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

خلاصه

زمینه و هدف: اختلال هویت جنسی و پارافیلیا و درمان‌های مربوطه از موارد بحث انگیز در روانپزشکی است. نگارندگان مواردی از اختلالات فوق را که از طریق روش‌های رفتاری تحت درمان قرار گرفتند، معرفی می‌نمایند.

روش بررسی: در این مقاله گزارشی از شرح حال چندین بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی، همجنس‌گرایی و سایر پارافیلیا بوده‌اند و بیماری ایشان، با ملاک DSM IV منطبق بوده است شرح داده شد. این بیماران بدون در نظرگیری اختلالات همراه، تحت درمان با رفتار درمانی قرار گرفتند. روش‌های به کار گرفته شده شرح داده شده است.

نتایج: روش درمانی فوق به بهبودی قابل توجه علائم در این بیماران (بجز یک مورد) منجر گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: اثربخشی مثبت رفتاردرمانی در اکثر این بیماران حاکی از آن است که این روش می‌تواند جایگاه خاصی در درمان این دسته از اختلالات جنسی باشد. اگرچه موفقیت رفتاردرمانی در این بیماران با تأثیر از میزان پذیرش و همکاری آنها نبوده ولی گویای آن است که پیش از غیرقابل درمان تلقی کردن این بیماران و یا به کارگیری درمان‌های غیرقابل برگشت مثل جراحی، در نظر گرفتن رفتاردرمانی امری منطقی است.

واژگان کلیدی: درمان، همجنس‌بارگی خودناپذیر، فرابارگی، تبدیل‌خواهی جنسی

پذیرش مقاله: ۸۵/۱۱/۲۸

وصول مقاله: ۸۵/۱/۲۱

نویسنده مسئول: خیابان شهید مدنی - بیمارستان امام حسین (ع) - مجموعه روانپزشکی mesamimi@yahoo.com

مقدمه

رضایت آنها صورت گیرند. این رفتارها باید حداقل ۶ ماه ادامه داشته باشند و باعث رنج بالینی (clinical distress) قابل توجه گردند و یا افت عملکرد اجتماعی، کاری یا جنسی در فرد ایجاد کنند». حدود ۴۰ نوع رفتار مختلف فراباره شرح داده شده است ولی DSM-IV آنها را به ۹ گروه تقسیم می‌کند ۱- عورت‌نمایی (exhibitionism) ۲- نظربازی (voyeurism) ۳- یادگارخواهی (fetishism) ۴- مالش‌خواهی (frotteurism) ۵- بچه‌بازی (pedophilia) ۶- آزارخواهی جنسی (sexual masochism) ۷- آزارگری جنسی (sexual sadism) ۸- یادگار خواهی همراه با مبدل پوشی

تشخیص و درمان فرابارگی‌ها (پارافیلیا) و همجنس‌بارگی همواره از موارد مورد مناقشه در روان پزشکی بوده است زیرا عوامل غیر پزشکی و بخصوص شرایط فرهنگی بر آن تأثیر زیادی دارد. طبق تعریف DSM-IV فرابارگی (پارافیلیا) عبارتست از «رفتارهای جنسی، اضطراب‌های جنسی و تخیلات برانگیزاننده جنسی که تکرار شونده و معطوف به موضوعاتی غیر از انسان باشند یا اینکه موجب رنج خود شخص، شریک جنسی او یا کودکان شوند یا اینکه با افراد بدون

انگیزه درمانگران و هم بیماران را برای درمان تغییر می دهد و به نظر نگارندگان، این تغییر نگرش با عدم موفقیت درمان همجنس بارگی در غرب بی ارتباط نیست.

در دهه ۱۹۶۰ رفتار درمانی برای همجنس بارگی شروع شد. در ابتدا درمان‌های انزجاری مطرح شد. در درمان‌های انزجاری می توان محرک را به شکل مخفی - تجسم رفتار همجنس باره - یا آشکار - مواجهه با تصاویر همجنس باره - و پیامد را به شکل مخفی (covert) - مثلاً تجسم صحنه های انزجار آور - یا آشکار - مواجهه با شرایط انزجار آور مانند داروی استفراف آور یا الکتروشوک - انجام داد (۸-۶). تقویت مثبت (positive reinforcement) به صورت آشکار یا مخفی (همراه با تجسم رفتار همجنس باره) پاداش به صورت آشکار مثلاً با خودارضایی (۹) یا تجویز تستوسترون (۶) یا به صورت مخفی با تخلیات خوشایند انجام می شد (۹). رفع انزجار (aversion relief)، همراه با ارایه عباراتی در مورد همجنس بارگی، محرک دردناک - مانند الکتروشوک - شروع می شود و با خاتمه آن کلمات و ارایه عبارات هتروسکسوال محرک دردناک هم قطع می شد (۱۳-۱۰). حساسیت زدایی منظم (systematic desensitization): از روش‌های کلاسیک رفتاردرمانی است که در درمان همجنس بارگی به کاررفته است و انزجار نسبت به جنس مخالف رابه تدریج برطرف می کند. این روش به صورت یک برنامه فشرده درمانی، از طرف مؤسسه مسترز و جانسون (Masters & Johnson) در سال ۱۹۶۸ برای افراد همجنس گرایی که از وضعیت خود ناراضی بودند، طراحی شد. در این شیوه که اساس شناختی-رفتاری داشت، فرد با یک شریک جنسی از جنس مخالف به مدت دو هفته در یک محیط ایزوله قرار می گرفت و برنامه ملاقات روزانه با درمانگر هم انجام می شد که در آن روی ترس ها و اضطراب آنها در رابطه با صمیمیت و ارتباط جنسی کار می شد و با باورهای غیرانطباقی مقابله (confrontation) انجام می شد و به آنها راه‌های جدید ارتباط آموخته می شد طبق گزارش آنها میزان عدم موفقیت با این روش پس از اتمام فاز حاد ۲۰/۹٪ و پس از ۵ سال پیگیری ۲۸/۴٪ بود (۱۴).

پس از پذیرش رسمی نظریه طبیعی بودن همجنس بارگی - که نه بر مبنای علم بلکه بر مبنای رأی گیری بود (۳) - درمان‌ها هم از تغییر خود پدیده به سمت کمک به این افراد در تطابق روانی و اجتماعی با آن و کاهش مشکلات ناشی از آن معطوف گردید.

در چنین فضایی سرنوشت بیمارانی که مبتلا به نوع خودناپذیر (egodystonic) همجنس بارگی هستند و در جستجوی درمان برمی آیند می‌تواند نگران کننده باشد زیرا به نظر می رسد تحت تأثیر فشارهای سیاسی و اجتماعی و فرهنگی انجمن‌های همجنس‌بارگان، به تدریج درمان‌گران از درمان این اختلالات حتی وقتی خود افراد همجنس باره این تقاضا را داشته باشند، سرباز زنند. تجربیات ما در درمان فرابارگی، همجنس بارگی و تبدل خواهی جنسی در ایران که با حداقل امکانات و با استفاده از روش‌های شناختی - رفتاری که عمدتاً

(transvestic fetishism) و ۹- یک طبقه غیر تقسیم بندی شده (NOS) که شامل ۳۰ نوع دیگر رفتارهای فراباره است (۱).

توافق جمعی در موارد فوق الذکر بر این است که آنها اختلال روانی محسوب می شوند و نیازمند درمان هستند و بر این اساس درمان‌های مختلفی هم برای آن‌ها پیشنهاد شده است که عموماً در پنج زیر گروه قرار می‌گیرند: ۱- درمان‌های معطوف به کاهش میل جنسی، که عمدتاً داروهایی هستند که نوروترانسمیترها، رسپتورها و هورمون‌هایی را مورد هدف قرار می‌دهند که در ایجاد تمایل جنسی دخیلند شامل SSRIs، آنتی آندروژن‌ها و LHRH آگونیست‌ها، نفازدون و سایر داروها. ۲- ایجاد کنترل خارجی: عموماً برای رفتارهایی که برای خود فرد یا دیگر افراد خطرناک باشد اعمال می‌گردد. ۳- درمان بیماری‌های همراه مثل افسردگی، اختلال کنترل تکانه، سوء مصرف مواد، سوگ، سایکوز، ADHD، اختلال دو قطبی و سایر موارد. ۴- روش‌های شناختی - رفتاری شامل: آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش جرأت‌مندی، آموزش جنسی، بازسازی شناختی (cognitive restructuring)، حساس سازی مخفی (covert sensitization)، شرطی سازی انزجاری (aversive conditioning) جلوگیری از عود (relapse prevention) و سایکوتراپی روان پویایی (psychodynamic).

در مورد همجنس بارگی (هموسکسوالیتی) می‌توان گفت که شاید هیچ مقوله ای تا این اندازه در تاریخ روانپزشکی محل مناقشه نبوده است. هرچند در طول تاریخ بشری، همواره این پدیده وجود داشته است و در آثار مختلف باقیمانده از قرون گذشته انعکاس یافته است ولی نگرش به این مسأله به عنوان یک معضل طبیی از نیمه دوم قرن ۱۹ شروع گردید. در اوایل قرن بیستم نظریه روان پویایی (psychodynamic) در مورد همجنس بارگی نظریه غالب بود که توصیفاتی در مورد اتیولوژی آن مطرح می شد شامل: توقف در تکامل جنسی، استمنای اجباری، نوعی نارسیسیسم، دفاع در مقابل افسردگی، اشتغال ذهنی فالیک و ... و بر همین اساس درمان‌های روان تحلیلی (psychoanalytic) برای آن به کار می رفت (۲).

از اواسط قرن بیستم عمدتاً تحت تأثیر فشارهای سیاسی و نه پژوهش‌های علمی تدریجاً نظریه جدیدی در روانپزشکی غرب شکل گرفت که همجنس بارگی را پدیده‌ای طبیعی می دانست. این موضوع با انتشار کتاب Human Sexuality توسط Kinsey شدت گرفت و نهایتاً در سال ۱۹۷۳، انجمن روانپزشکان آمریکا (APA) طی یک نشست با انجام رأی گیری (با ۵۸ درصد موافق) آن را از فهرست اختلالات خارج کرد و در پی آن این اختلال از DSM-IV هم حذف گردید (۳).

برخی محققان هم به دنبال یافتن شواهدی از تغییرات بیولوژیک مغزی در این افراد اظهار داشتند که اصولاً این مسأله غیر قابل تغییر است (۴،۵). حال آنکه این یافته‌ها می‌توانست در تأیید مدل بیماری همجنس بارگی باشد. نگرش نوین نسبت به همجنس بارگی هم

توسط دستیاران روانپزشکی و با نظارت (supervision) نویسنده اول انجام شد، نشان می‌دهد که این اختلالات پاسخ مناسبی به درمان می‌دهند. در زیر برخی از این تجارب را ذکر می‌کنیم.

معرفی موارد

۱ - آقای ۳۸ ساله، مجرد، دارای تحصیلات کارشناسی، کارمند عالی‌رتبه؛ با شکایت از تمایلات همجنس خواهانه و عدم توانایی در ازدواج به دلیل عدم تمایل به جنس مخالف مراجعه نمود. هیچ‌گونه سابقه‌ای از بیماری روانی در بیمار دیده نمی‌شد و در معاینه هم بیماری خاصی در وی مشاهده نشد. برای بیمار جلسات شرطی سازی تجسمی گذاشته شد که بنا بر درخواست خود بیمار در جهت تسریع درمان و اعمال روش‌های دیگر برنامه درمان انزجاری با اپیکاک برای او شروع گردید. پس از ۳ جلسه، انزجار با اپیکاک و ۱۴ جلسه حساس سازی تجسمی، تمایلات همجنس خواهانه بیمار فروکش کرد و بیمار برای اولین بار با تخلیلات هتروسکسوال خودارضایی می‌کرد. یک هفته بعد، او تماس هتروسکسوال را گزارش کرد که در ضمن آن دچار ناتوانی (impotence) شده بود که با روش‌های مسترز و جانسون این مسأله هم پس از چند جلسه برطرف شد و بیمار موفق شد تماس منظم هتروسکسوال را با رضایت کامل جنسی برقرار نماید. به دنبال ازدواج موفقیت آمیز، بیمار «روحیه» خود را بسیار خوب ارزیابی می‌کرد و از اینکه دیگر «احساس» گناه ندارد احساس شادمانی می‌نمود.

۲ - مرد ۱۹ ساله، مجرد، دانش آموز سال آخر دبیرستان با شکایت از اضطراب مراجعه نمود. در بررسی‌ها مشخص شد اضطراب او ناشی از این فکر است که خودارضایی باعث کوری می‌شود که این عقیده را از معلمش شنیده بود. در بررسی بیشتر مشخص گردید، تخلیلات او حین خودارضایی، محتوای سادیستیک دارد بدین ترتیب که او تصور می‌کرد یک خانم را دار می‌زند و از این صحنه لذت می‌برد و با این تصور خود ارضایی می‌کرد. او اظهار داشت، اخیراً به این فکر افتاده است که قتل سادیستیک را عملاً انجام دهد و بررسی‌هایی هم در جهت فرار از عواقب قانونی این عمل انجام داده بود و تا حدودی فرد مورد نظر را نیز شناسایی کرده بود. علاوه بر این او برخی از خصوصیات وسواسی و پارانوئید داشت و عواطف (affect) او کم عمق بود. وی تا حدودی هم غریب (eccentric) بود ولی علائم بارز سایکوز نداشت. درمان‌های دارویی و غیر دارویی در مراکز دیگر که معطوف به سایر وجوه، غیر از مسایل جنسی او بود، تأثیری روی بیمار نداشت. سابقه مشکل دیگر یا وابستگی به مواد را ذکر نمی‌کرد. سابقه خانوادگی بیماری روانی منفی بود، او تا سال آخر دبیرستان شاگرد ممتاز بود ولی اخیراً افت تحصیلی شدیداً پیدا کرده بود و موفق به قبولی در دانشگاه نشده بود. برای بیمار درمان دارویی شامل پیموزاید (pimozide)، سرتالین (serteraline) و لاموتریژین (lamotrigine) شروع شده بود که پاسخ اندکی نشان داده بود.

پس از مراجعه و برقراری رابطه همدلانه بلافاصله برنامه شناختی - رفتاری برای او شروع شد که شامل بازسازی شناختی (cognitive restructuring)، شرطی سازی تجسمی (covert conditioning) و شرطی سازی انزجاری که با دادن اپیکاک و القای استتفاغ انجام می‌شد، بود. پس از ۴ جلسه درمان انزجاری و ۱۰ جلسه حساس سازی مخفی نسبت به محرک سادیستیک و حساسیت زدایی مخفی نسبت به محرک هتروسکسوال، تمایل بیمار به انجام اعمال سادیستیک فروکش کرد. پس از فروکش فرابارگی سادیستیک برخی گرایشات همجنس باره بیمار آشکار گردید ولی بیمار هیچگونه اقدام و برنامه ریزی روی آن نداشت و به علت بازگشت مجدد علاقه به تحصیل در بیمار وی ادامه درمان در این مورد را به آینده موکول نمود. هشت ماه پس از درمان نامبرده مشغول به تحصیل بود، هیچ‌گونه رفتار فراباره یا همجنس باره از خود نشان نمی‌داد و روابط غیر سادیستیک با جنس مخالف را شروع نموده بود ولی هنوز ویژگی‌های وسواسی و پارانوئید را داشت. پس از ۸ ماه بیمار عود خفیف افکار سادیستیک پیدا نمود و جلسات یادآوری (booster) منجر به رفع مجدد علائم گردید. دخالت به موقع رفتاری در این بیمار از یک فاجعه (قتل احتمالی) پیشگیری نمود.

۳ - آقای ۳۲ ساله، مجرد، دارای تحصیلات کارشناسی، کارمند؛ با شکایت عدم تمایل به ازدواج مراجعه نمود که به دلیل تمایلات هموسکسوالیتی بود. او از کودکی همیشه تمایلات هموسکسوالیتی داشته و هیچگاه با تخلیلات جنس مخالف تحریک جنسی نمی‌شده است. بیمار سابقه تماس‌های هموسکسوال مکرر را ذکر می‌کرد. در بررسی‌ها هیچگونه بیماری روانی یا وابستگی به مواد دیده نشد. در خانواده بیمار هم بیماری روانی وجود نداشت. بیمار از کودکی فردی فاقد جرأت (Non assertive) و خجالتی بود و قادر به ایجاد ارتباط اجتماعی مناسب نبود. بیمار از وضعیت خود ناراحت بود و درخواست درمان هموسکسوالیتی خود را داشت. برای بیمار جلسات شرطی سازی تجسمی شروع گردید و آموزش جرأت‌مندی (assertion training) و آموزش مهارت‌های اجتماعی (social skills training) هم برای بیمار انجام شد. پس از ۱۲ جلسه بیمار گزارش کرد که تمایلات همجنس خواهانه به طرز چشمگیری کاهش یافته است و تمایلات هتروسکسوال بسیار خوبی پیدا کرده است؛ ابتدا با تخلیلات هتروسکسوال خودارضایی می‌کرد و سپس چند مورد تماس هتروسکسوال موفق داشت. به دنبال ازدواج، بیمار مشکلی در روابط جنسی نداشت.

۴ - آقای ۲۰ ساله، مجرد، بیکار، با مدرک تحصیلی دیپلم؛ از طرف پدرش با شکایت از پوشیدن لباس‌های مادر و خواهرش مراجعه نمود. بیمار از ۶ سال قبل از مراجعه هر وقت فرصت می‌یافت لباس‌های زیر زنانه می‌پوشید، به دنبال این عمل تحریک جنسی می‌شد و استمنا می‌کرد و پس از آن لباس‌ها را خارج می‌کرد. بیمار مشکل دیگری از نظر روانپزشکی یا طبی نداشت. برای بیمار با تشخیص یادگار خواهی همراه با مبدل‌پوشی (transvestic fetishism) رفتار

۷ - دختر ۱۸ ساله، محصل، به دنبال مطرح شدن احتمال اخراج از مدرسه مورد مشاوره روانپزشکی قرار گرفت. مشکل او پوشیدن لباس مردانه و رفتار مردانه و ابراز علاقه جنسی به همکلاسی‌ها بود. از چند سال قبل افت تحصیلی پیدا کرده بود و سال قبل مردود شده بود. شروع مشکل از بچگی ذکر می‌شد. تنها برادر او در جمع ۴ خواهر بسیار مورد توجه پدر بوده است و بیمار به دنبال نشان دادن نخستین رفتارهای پسرانه مورد تشویق پدر قرار می‌گرفته است. به دنبال کشتی گرفتن با پسر بچه‌های هم سن و سال فامیل و شکست دادن آنها از پدر لقب «رستم» می‌گیرد و در خانه او را به همین نام صدا می‌زده‌اند. در مصاحبه خود را پسر می‌دانست و سؤال می‌کرد آیا راهی وجود دارد که با عمل جراحی جسم او هم پسر شود. به دنبال برقراری رابطه همدلانه، در جلسات اول شناخت درمانی برای بیمار و آموزش روانی برای خانواده (family psychoeducation) انجام شد تا رفتار متناسب با جنسیت را در او تقویت کنند. به تدریج بیمار علاقه بیشتری به شرکت در جلسات درمانی نشان داد. سپس رفتار درمانی به صورت حساسیت زدایی مخفی (covert desensitization) نسبت به جنس مخالف و حساس سازی مخفی (covert sensitization) نسبت به جنس موافق عمدتاً به صورت هزینه‌پاسخ (response cost) انجام شد. پس از حدود ۶ ماه بیمار اظهار می‌داشت «دارم جنسیت خودم را می‌پذیرم و حس می‌کنم نیازی به درمان ندارم». ۲ سال بعد مراجعه داشت و از واژینیسیم به دنبال ازدواج شاکی بود. اظهار می‌داشت که همسرش را دوست دارد ولی «از رابطه جنسی خوشش نمی‌آید». به دنبال جلسات زوج درمانی جنسی با کمک همسرش به روش مسترز و جانسون این مشکل برطرف گردید و بیمار باردار شد.

۸ - مرد ۱۹ ساله‌ای به علت افسردگی و برداشتن زیر ابرو به اصرار مادرش به روانپزشک مراجعه کرد. در مصاحبه اولیه شدیداً دفاعی بود ولی به تدریج در جلسات بعدی پس از برقراری رابطه همدلانه مشخص گردید که علاوه بر افسردگی وسواس و خصوصیات پارانیوید، بیمار مشکلات جدی در زمینه هویت جنسی (gender identity) و رویکرد جنسی (sexual orientation) دارد. او روابط جنسی با یک پسر هم محلی داشت و بسیار به او وابسته بود و فقط مواقعی که مورد تحسین او قرار می‌گرفت خوشحال می‌شد. از بچگی به بازی‌ها و رفتارهای دخترانه علاقه داشته ولی آن را از دیگران پنهان می‌کرده است زیرا می‌ترسیده او را مسخره کنند. در سال‌های اخیر تخیلات مربوط به تبدیل شدن به دختر داشته، موه‌های اندام‌های خود را می‌تراشیده یا بور می‌کرده است ولی چون از تمسخر دیگران می‌ترسیده است، تمایل به تغییر جنسیت را با کسی مطرح نکرده است. بیمار علاوه بر درمان‌های دارویی تحت شناخت درمانی و رفتار درمانی قرار گرفت. برای او حساس سازی مخفی نسبت به جنس موافق و سلب حساسیت منظم نسبت به جنس مخالف صورت گرفت. پس از ۲ سال علاوه بر رفع افسردگی و فعال شدن در زندگی اجتماعی میل به تغییر جنسیت و ارتباط با هم جنس و رفتارهای دخترانه از بین رفت و ارتباط

درمانی باروش حساس‌سازی مخفی (covert sensitization) و شرطی سازی انزجاری (aversive conditioning) با اپیکاک شروع شد. پس از ۳ جلسه درمان، تمایل بیمار به انجام این عمل کاملاً مرتفع گردید و جلسات پیگیری پیشنهاد شد. تا شش ماه پی‌گیری، رفتار مزبور عود نکرده بود.

۵ - آقای ۲۰ ساله مجرد، بیکار، با مدرک تحصیلی دیپلم؛ ابتدا با ترغیب یکی از دوستانش برای درمان همجنس بارگی مراجعه نمود. بیمار اظهار می‌داشت که از ۵ سالگی لباس مادرش را می‌پوشیده و از این کار لذت می‌برده است ولی در مورد هویت جنسی مردانه خود تردیدی نداشته است. موقع مراجعه بیمار اظهار می‌داشت که مدتی است داروهای هورمونی مصرف می‌کند تا ظاهر زنانه پیدا کند و دوست دارد در جامعه لباس زنانه بپوشد؛ ولی تمایلی به تغییر جنسیت نداشت چون فکر می‌کرد مردان در جامعه امتیازات بیشتری دارند و این رفتار را برای جلب توجه افراد مذکر برگزیده بود. بیمار چندین سال بود که روابط جنسی خودفروشانه (prostitution) با مردان را شروع کرده بود. در ابتدای درمان، بیمار انگیزه کمتری برای درمان داشت ولی به دلیل عقاید مذهبی در مورد رفتار خود احساس گناه می‌کرد که از تکنیک‌های مناسب برای افزایش انگیزه استفاده گردید.

پس از آن برای بیمار رفتاردرمانی با روش حساس سازی تجسمی برای همجنس بارگی و حساسیت زدایی تجسمی برای رفتار غیرهمجنس‌گرایانه شروع گردید. در مورد این بیمار برای تقویت تجسم، همزمان از هیپنوز هم استفاده گردید. پس از شش ماه درمان، بیمار تمایلات هتروسکسوال خوبی را گزارش نمود و اظهار داشت که از روابط جنسی با همجنس دست کشیده است. دو سال پس از درمان بیمار همچنان هتروسکسوال است و اخیراً هم یکی از دوستانش را برای درمان همجنس بارگی معرفی نموده است.

۶ - آقای ۲۱ ساله؛ با مدرک تحصیلی دیپلم؛ مجرد، تحصیلات دیپلم با شکایت اولیه عدم تمرکز و علاقه به آزار دخترها مراجعه نمود. او اظهار می‌کرد که از کودکی علاقه‌مند به آزار دخترها بوده است که پس از بلوغ، به دنبال این فکر انگیزش جنسی در وی ایجاد می‌شده است و خودارضایی می‌کرده است؛ حتی او یک‌بار در نوجوانی پای دختری از بستگان را به قصد آزار او بسته بوده که با سررسیدن عده‌ای از این کار دست کشیده بود. همچنین بیمار تمایلات خود آزارگری را از کودکی ذکر کرده است که پس از بلوغ این افکار خود آزار گرانه در وی انگیزش جنسی ایجاد می‌کرده و خودارضایی می‌کرده است؛ چند بار هم خودش را از آویزان کرده و در آن حال خودارضایی کرده بود. پس از مراجعه برای بیمار شناخت درمانی و رفتار درمانی شامل حساسیت زدایی مخفی نسبت به رفتار جنسی طبیعی و حساس سازی مخفی نسبت به رفتار فراباره شروع گردید که پس از ۷ جلسه قبل از آنکه موفقیت قابل توجهی در درمان حاصل شده باشد بیمار درمان را رها نمود. حدود سه سال بعد علائم سایکوز در این بیمار نمایان شد و مشخص گردید وی به اسکیزوفرنیا مبتلاست.

اجتماعی با جنس مخالف بهبود یافت.

۹ - آقای ۲۶ ساله با شکایت از تمایلات جنسی به جنس موافق مراجعه نموده بود. این احساس تقریباً از سن بلوغ شروع شده بود. طی این مدت بیمار تنها دوبار فعالیت جنسی با همجنس داشت که علیرغم تمایل و کشمکش جنسی برای انجام این عمل به شدت احساس گناه می‌کرد. وجود تمایلات به همجنس و تضاد این موضوع با شرایط فرهنگی موجب شد تا ایشان برای درمان مراجعه نماید. بیمار علایمی از اختلال هویت جنسی و یا احساس تنفر از جنسیت خود را نداشت. بیمار با تشخیص همجنس گرایی غیر مطلوب برای خود (egodystonic homosexuality) کاندید رفتار درمانی گردید. روش درمان مانند موارد ذکر شده در فوق انزجار مخفی (covert aversion) و تقویت مخفی (covert reinforcement) بود. به تدریج پس از جلسه درمان و انجام تمرین‌های منظم تمایل بیمار از سوی همجنس به غیرهمجنس تغییر کرد به صورتی که انجام خودارضایی (masturbation) با تخیلات غیر همجنس برای وی کاملاً لذت بخش بود.

بحث

علیرغم شواهد زیادی که به نفع نظریه پاتولوژیک بودن پدیده همجنس بارگی (homosexuality) وجود دارد این شواهد به طرز حیرت انگیزی نادیده گرفته شده است. اخیراً دوباره گزارش‌هایی در مورد فراوان تر بودن آسیب شناسی روانی - شیوع بیشتر خودکشی (۱۵-۱۸) افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی (۱۹-۱۵) و اختلال سلوک و وابستگی به نیکوتین و دیگر مواد (۱۹) - در این بیماران مطرح شده است که بسیار بحث‌انگیز بوده است. برخی هم ادعا کرده‌اند که همجنس بارگی درمان ناپذیر است. تجربیات ما نشان می‌دهد که اگر درمانگر نگرش منفی (negative attitude) را کنار بگذارد می‌توان با روش‌های شناختی - رفتاری این اختلالات را درمان کرد. ما در این

مطالعه ۳ مورد همجنس بارگی، ۵ مورد سایر پارافیلیاها و ۲ مورد تبدیل خواهی جنسی را تحت درمان قرار دادیم که نتیجه درمانی در ۷ مورد رضایت بخش بود. البته مواردی از مراجعه تبدیل خواهان جنسی داشتیم که فقط با انگیزه گرفتن گواهی برای تغییر جنسیت مراجعه می‌کردند و تن به درمان منظم نمی‌دادند. ما مواردی را مطرح کردیم که حداقل «انگیزه تغییر» را داشتند. در بررسی مهرابی (۱۳۷۴)، ۸۴٪ مبتلایان فقط با انگیزه دریافت گواهی مراجعه کرده بودند (۲۰٪). شاید یکی از دلایل موفقیت ما در درمان بیماران فوق انگیزه بالای این بیماران برای درمان بود که می‌تواند ناشی از عدم پذیرش این پدیده‌ها در فرهنگ ایرانی باشد. در جوامع روانپزشکی تبدیل خواهی جنسی بسیار درمان ناپذیرتر از همجنس بارگی و فرابارگی شناخته می‌شود (۲۰٪)؛ این یک واقعیت است ولی به نظرمی رسد علت اصلی عدم موفقیت، فقدان انگیزه در بیماران و در درجه دوم فقدان انگیزه در درمانگران باشد. درمان اینگونه اختلالات بسیار وقت گیر است ولی تجربه نگارندگان این است که این کار غیر ممکن نیست. به نظر می‌رسد اگر محدود روانپزشکانی که برای درمان این اختلالات از روش‌های روان‌پویایی استفاده می‌کنند، روش‌های شناختی رفتاری را به کار ببرند امکان موفقیت بیشتر باشد.

نتیجه‌گیری

گرچه ما مطالعه کنترل شده‌ای انجام نداده ایم ولی تجربیات بالینی فوق‌الذکر نشان می‌دهد که آن دسته از بیماران که میل به درمان نشان می‌دهند یا در همان جلسات اولیه این میل را پیدا می‌کنند خوب به درمان پاسخ می‌دهند. دستیاران روانپزشکی تحت نظارت اساتیدی که تجربه کافی در این زمینه دارند نیروهای مناسبی برای درمان این بیماران هستند. به نظر می‌رسد در صورتی که مرکزی در ایران افتتاح شود که به درمان و پژوهش اینگونه بیماران بپردازد، در مقایسه با مراکز غربی، امید موفقیت بیشتری خواهد داشت.

References

- 1- Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1995: 522-523.
- 2- Levine SB. Paraphilias in: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott. Williams and Wilkins; 2000: 1631-1646.
- 3- Eysenck HJ, Walkfield JA, Friedman AF. Diagnosis and Clinical Assessment: The DSM-III Ann Rev. Psycho , 1983; 34:167-93.
- 4- Levay S, Haner DH. Evidence for a biological influence in male homosexuality. Scientific America. 1994; 270:19-32.
- 5- King M, Bartlet A British Psychiatry and Homosexuality. British Journal of Psychiatry. 1999; 175: 106-113.
- 6- Srnc Freund K. Treatment of male homosexuality through conditioning . internat J Sexol. 1953; 7:

- 92-93.
- 7- James B. Case of Homosexuality treated by aversiontherapy. Brit med J. 1962; 1:768-770.
- 8- Gold S, Neurfeld IL. A learning approach to the treatment of Homosexuality Behav. Res Ther. 1965; 2: 201-204.
- 9- Thorpe JG, Schmidt E, Castell D. A Comparison of positive and negative (aversive) conditioning in the treatment of homosexuality. Behav Res Ther. 1964,1; 357-362.
- 10-Thorpe JG, Schmidt E, Brown PT, Castell D. Aversion-relief therapy: A new method for general application. Behav Res Ther. 1964,2; 71-82.
- 11-Solyom L, Miller S. A differential conditioning procedure as the initial phase of the behavior. therapy of homosexuality. Behav Res Ther. 1965; 3:147-1160.
- 12-Clark DF. A note of avoidance conditioning techniques in sexual disorder. Behav Res Ther.1965; 3: 203-206.
- 13-Stevenson I, Wolpe J. Recovery from sexual deviations through over coming non sexual neurotic response. Amer J Psychiat.1960; 116: 732-742.
- 14-Schartz MF, Masters WH. The masters and Johnson Treatment Program for Dissatisfied Homosexual men. Am J psychiatry. 1984;141(2):173-181.
- 15-Bailey JM. Homosexuality & Mental illness. Arch Gen psychiatry. 1999; 56: 883-884.
- 16-Remafedi G. Suicide & Sexual orientation. Arch GEN psychiatry.1999; 56:885-886.
- 17-Friedman RC. Homosexuality, psychopathology & suicidality. Arch Gen psychiatry. 1999; 56: 887-888.
- 18-Herral R,Goldberg J, True WR, Ramakrishnon V, Lyons M, Eisen S, Tsuang MT. Sexual Orientation & Suicidality. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56:867-873.
- 19-Fergossen DM, Horwood J, Beautis A. Is Sexual Orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. Arch Gen psychiatry. 1999; 56: 876-880.
- ۲۰- محرابی ف. بررسی برخی از ویژگیهای «تبدل خواهی جنسی» در بیماران ایرانی. اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴، سال دوم، شماره ۳، ۱۲-۷.