

**شایع ترین اختلالات کنشی جنسی و برخی رهنمودهای درمانی**

**(به همراه ضمایم مرتبط)**

**علی عابدی**

**علی زمستان 1391**

**شایع‌ترین اختلالات کنشی جنسی و برخی رهنمودهای**

**درمانی**

**(به همراه ضمایم مرتبط)**

**علی عابدی**

**زمستان 1391**

|  |  |
| --- | --- |
| عابدی،علی | سرشناسه: |
| شایع ترین اختلالات کنشی جنسی و برخی رهنمودهای درمانی (به همراه ضمایم مرتبط)/ نویسنده: علی عابدینشر اینترنتی 1393روانشناسی مرضی- اختلالات جنسی  | عنوان و نام پدید آورنده:مشخصات ناشر:موضوع:  |

 توجه:

کلیه حقوق مادی و معنوی این کتاب، متعلق به مؤلف می‌باشد و هرگونه برداشت و استفاده از مطالب آن با کسب اجازه و موافقت نویسنده نویسنده بدون اشکال است. برای تماس با مؤلف می‌تانید با پست الکتریک Abedi.1513@gmail.com مکاتبه فرمایید.

فهرست مطالب

عنوان صفحه

مقدمه مولف 5

بخش اول: اختلالات و مشکلات جنسی: سواد جنسی و اصول اولیه درمان 6

فصل اول: اختلالات جنسی 7

بخش دوم: اصول اولیه در بهبود روابط جنسی و سواد جنسی 11

فصل دوم: اصول اساسی (پیش‌شرط‌ها) در بهبود و درمان مشکلات جنسی 12

فصل سوم: اختلالات جنسی شایع در مردان و روش‌های درمانی 25

فصل چهارم: سردمزاجی یا بی‌میلی جنسی 43

فصل پنجم: اختلال مربوط به نعوظ (ناتوانی جنسی) 49

فصل ششم: انزال زودرس 51

ضمایم: 62

«وابستگی به مواد» و مشکلات جنسی 43

ضمیمه اول: اضطراب ناشی از مشاهده شدن 69

ضمیمه دوم:‌ بارداری و رفتار جنسی 71

ضمیمه سوم: اضطراب بارداری ناخواسته 73

ضمیمه چهارم: استمنا یا خودارضایی 75

ضمیمه پنجم:‌ مزایای استفاده از کاندوم 78

ضمیمه ششم: تعدیل و اصلاح برخی باورها بر اساس شواهد و استنباط‌های دینی 82

ضمیمه هفتم: آموزه‌ها و باورهای غیرمنطقی و ناسازگارانه مرتبط با مسائل جنسی

که منجر به سوگیری و بازداری نسبت به فعالیت‌های جنسی می‌شوند 83

ضمیمه هشتم: محرک‌های جنسی و تفاوت‌های جنسیتی 85

ضمیمه نهم: وضعیت‌های جماعی 88

ضمیمه دهم:‌ مقاربت و مراحل سه گانه در ارتباط جنسی 94

ضمیمه یازدهم: روش‌های پیشگیری از بارداری 100

**مقدمه**

یکی از مهمترین مسائلی که به طور جادی زندگی زناشویی را بویژه در زوج‌های جوان تحت‌الشعاع خود قرار داده، مسائل عدیده در روابط جنسی آنها است. «سردمزاجی یا ناتوانی جنسی[[1]](#footnote-1)»، «انزال زودرس[[2]](#footnote-2)»، «اختلال نعوظ[[3]](#footnote-3)»، «دردهای مقاربتی[[4]](#footnote-4)» و ... از جمله مشکلات جنسی هستند که در اغلب موارد باعث نارضایتی زوجین از زندگی زناشویی و حیات جنسی‌شان می‌شود.

در کتاب حاضر سعی شده است با پرداختن به شایع‌ترین مشکلات و اختلالات جنسی در یک چشم‌انداز توصیفی کلی و گذرا، بعضی از روش‌ها و تمرین‌های آموزشی و درمانی مربوط به اختلالات شایع در مردان ارائه شود.

تأکید اولیه در شیوه نگارش این کتاب بر مختصر و موجز بودن و نیز استفاده از زبانی قابل فهم تا حد امکان بوده است. این تأکید را، با انتقال پاره‌ای از مطالب که به شکلی می‌باید در حوزه مشکلات و مسائل جنسی مورد توجه و لحاظ قرار گیرند به بخش ضمایم و پاورقی(پی‌نوشت)ها دنبال کرده‌ایم. اما در مورد استفاده از زبان، با توجه به اینکه هدف عمده پرداختن به مسائل جنسی از یک چشم‌انداز علمی و تجربی بوده، لذا در برخی موارد گریزی از توسل به اصطلاحات خاص و حرفه‌ای نبوده است.

**بخش اول**

**اختلالات و مشکلات جنسی**

**فصل اول**

**اختلالات جنسی**

بر اساس اکثر مرجع‌های طبقه‌بندی اختلالات روانی[[5]](#footnote-5)، مشکلات و اختلالات جنسی، به سه دسته عمده تقسیم شده‌اند:

الف) انحرافات جنسی[[6]](#footnote-6)

ب) اختلالات هویت[[7]](#footnote-7)

ج) کژکاری‌ها یا اختلالات کنشی جنسی[[8]](#footnote-8)

کژکاری‌ها یا اختلالات کنشی جنسی که شایع‌ترین مشکلات جنسی بین زوجین محسوب می‌شوند، در دامنه مسائل جنسی بهنجار قرار می‌گیرند و کاملاً نسبت به انحرافات جنسی و اختلالات هویت جنسی متفاوتند[[9]](#footnote-9). از آجا که هدف کتاب حاضر کمک به زوجین دارای مشکلات کنشی یا کارکردی جنسی بویژه مراجعان کلینیک‌های درمان اعتیاد) است، تمرکز اصلی نوشتار حاضر صرفاً بر دسته سوم یعنی اختلالات کنشی و کژکاری‌های جنسی خواهد بود و اشاره‌ای به مقوله انحرافات و اختلالات هویت جنسی نخواهد شد.

**کژکاری‌ها و اختلالات کنش جنسی**

اختلالات جنسی عبارتند از آشفتگی‌ها یا مشکلاتی در میل جنسی[[10]](#footnote-10)، برانگیختگی[[11]](#footnote-11) یا اوج لذت جنسی[[12]](#footnote-12) (ارگاسم) که می‌تواند منجر به مشکلات و تنش‌هایی در حوزه‌های مختلف زندگی و حیات زناشویی فرد یا زوحین شود.

بر اساس آخرین طبقه‌بندی انجمن روانپزشکی آمریکا در راهنمای تشخیصی و آمارات اختلالات رونی، کژکاری‌ها و اختلالات کنشی جنسی را به دستجات زیر تقسیم کرده‌اند.

1- اختلال میل جنسی (شامل اختلال میل جنسی کم‌کار و اختلال بیزاری جنسی)

2- اختلال برانگیختگی جنسی (شامل اختلال برانگیختگی جنسی در زن- اختلال نعوظی در مرد)

3- اختلال‌ها مربوط به اوج لذت جنسی (شامل اختلال اوج لذت جنسی در زن، اختلال اوج لذت جنسی در مرد، انزال زودرس)

4- اختلال درد جنسی (شامل مقاربت دردناک، واژینیسم)

5- کژکاری جنسی نناشی از یک بیماری جسمی

6- کژکاری جنسی ناشی از یک مواد

7- اختلال جنسی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است

شدت این اختلالات، و پیامدهای منفی آن در زندگی زناشویی (با توجه به اهمیتی که فرد یا زوجین به آن می‌دهند) می‌تواند بسیار متفاوت باشد. برای مثال بعضی بررسی‌ها نشان می‌دهند که **اگرچه بعضی از زوجین ممکن است مشکلاتی در ارتباط با مسائل جنسی‌شان داشته باشند، اما همین افراد نسبت به روابط زناشویی و جنسی‌شان دارای رضایت هستند.** در حالی که ممکن است در برخی از زوجین کمترین حدی از مشکلات جنسی منجر به تنش‌های مخرب و تهدید کننده زندگی زناشویی شود.

**شایع‌ترین اختلالات و مشکلات جنسی به تفکیک زن و مرد**

اختلالات جنسی در مردان و زنان اگرچه دارای همپوشی‌ها با شباهت‌هایی است اما با توجه به وجود تفاوت‌های برجسته، در طبقه‌بندی مشکلات جنسی غالباً آنها را به طور جداگانه برای مردان و زنان طبقه‌بندی می‌کنند.

در طبقه‌بندی‌های مرسوم اختلالات جنسی، انواع گسترده‌ای از این اختلالات وجود دارد که قصد مؤلف این نوشتار پرداختن به تمامی آنها نیست. بلکه در اینجا هدف اصلی تنها طرح و بررسی شایع‌ترین اختلالات و مشکلات جنسی است که عملاً منجر به تنش‌ها و نارضایتی‌های زناشویی بین زوجین می‌شود. به طور کلی، شایع‌ترین مشکلات جنسی در زنان مشکلات مربوط به «برانگیختگی جنسی»، «اوج لذت جنسی» و «دردهای مقاربتی[[13]](#footnote-13) و در مردان نیز مسائل مربوط به «میل و برانگیختگی جنسی». «نعوظ[[14]](#footnote-14)» و «انزال[[15]](#footnote-15)» است.

**اختلالات جنسی در زنان[[16]](#footnote-16)**

در زنان نیز مشکلات جنسی بیشتر به اشکال زیر بروز می‌کند:

**1- سردمزاجی یا بی‌میلی جنسی[[17]](#footnote-17):**

عدم تمایل زن به فعالیت و نزدیکی جنسی در عین تمایل و تقاضای شریک جنسی‌اش. این بی میلی تنها در یک بافت رابطه‌ای (شکایت شریک جنسی) یا مقایسه وضعیت فعلی با گذشته (کاهش قابل توجه میزان آمیزش‌ها) قابلیت عنوان می‌یابد.

**2- مشکلات مربوط به رسیدن به ارگاسم[[18]](#footnote-18):**

با تمام تلاش شرکای جنسی در حین آمیزش جنسی، زن به حالت ارگاسم یا اوج لذت جنسی نمی‌رسد (در حالی که ممکن است در شرایط خاص دیگر از جمله استمنا به ارگاسم برسد).

**3- دردهای مقاربتی:**

تجربه درد مهبلی در حین فعالیت جنسی تناسلی است.

**4- واژینیسم[[19]](#footnote-19)**

اسپاسم‌های متوالی و مستمر در ثلث بیرونی مهبل که دخول آلت تناسلی مرد را تقریباً غیرممکن می‌سازد. معمولاً این حالت انقباض هنگام مقاربه یا در زمان اقدام به دخول روی می‌دهد.

**5- بیزاری جنسی**

اختلال دیگری که در زنان دارای شیوع قابل توجهی‌ست بیزاری جنسی می‌باشد. در این اختلال زن نسبت به کلیت رابطه جنسی و یا نسبت به بعضی جنبه‌های آن دارای انزجار است.

**اختلالات جنسی در مردان**

در مردان عمدتاً اختلالات و مشکلات حاد جنسی در دسته‌های زیر قابل گنجاندن هستند:

**1- سردمزاجی یا بی‌میلی جنسی[[20]](#footnote-20):**

این اختلال عبارت است از، بی میلی نسبت به نزدیکی جنسی در عین تقاضا و خواست شریک جنسی. این بی میلی تنها در یک بافت رابطه‌ای (شکایت شریک جنسی) یا در مقایسه وضعیت فعلی با گذشته (کاهش قابل توجه میزان آمیزش‌های جنسی) قابل طرح است.

**2- اختلال مربوط به نعوظ (ناتوانی جنسی)[[21]](#footnote-21):**

در عین تمایل و تلاش شرکای جنسی برای آمیزش جنسی حالت نعوظ اتفاق نمی‌افتد و یا در صورت بدست دادن، فرد در حفظ آن ناتوان است، و در بعضی موارد نیز نعوظ بسایر با تأخیر و به صورت نابسنده‌ای که برای آمیزش تناسلی و عمل دخول مناسب نیست رخ می‌دهد.

**3- انزال زودرس[[22]](#footnote-22):**

قبل از رسیدن طرفین به اوج لذت جنسی یا رضایت یا رضایت کامل از تماس جنسی، انزال زودهنگام باعث وقفه و پایان برانگیختگی در مرد و قطع فعالیت جنسی و بالطبع منجر به احساس ناکامی و نارضایی جنسی در زوجین می‌شود.

**4- انزال دیررس[[23]](#footnote-23)**

در عین تلاش شرکای جنسی برای رسیدن به اوج لذت جنسی، در مرد انزال و حالت ارگاسم بسیار دیرتر از معمول و یا گاهی مرد به حالت ارگاسم نمی‌یابد. البته شیوع این مشکل در مردان نادر است[[24]](#footnote-24)

**بخش دوم**

**اصول اولیه در بهبود روابط جنسی**

**و سواد جنسی**

**[[25]](#footnote-25)**

**فصل دوم**

**اصول اساسی (پیش‌شرط‌ها) در بهبود و درمان مشکلات جنسی**

قبل از پرداختن به روش‌های درمانی اختصاصی برای هریک از اختلالات جنسی شایع، لازم است تعدادی از اصول اساسی و کلی که در بهبود و درمان بسیاری از این اختلالات تعیین کننده‌اند، به طور خلاصه بیان شوند. بنابراین در این بخش به موضوعاتی که در مقدمه هر نوع درمان مرتبط با مشکلات جنسی می‌باید مورد توجه و تأکید قرار گیرد، اشاره می‌شود.

زوجینی که در هر شکلی دارای **مشکلاتی** در روابط جنسی خود و یا **عدم رضایت کافی** از زندگی جنسی خود هستند، برای درمان و حل مشکلاتشان، اولاً می‌باید اصول بنیادی و الزام‌های زیر را مورد توجه قرار دهند، ضمن اینکه اساساً درمان‌ها و راهکارهای درمانی شناختی- رفتاری نیز در بطن همین الزام‌ها قابل بحث و طرح هستند. این اصول اساسی به شرح زیرند: 1) **همکاری و همراهی** مشترک زوجین 2) بهبود بخشیدن به **ارتباط و تفاهم** زوجین 3) یادگیری **مهارت‌های حل تعارض** (بین فردی) و ابراز مناسب احساس‌های منفی 4) **اصلاح و تغییر باورها** و عقاید جنسی زوجین 5) **اصلاح و تعدیل رفتارها و سواد جنسی**

**1- لزوم همکاری و همراهی مشترک زوجین برای حل مشکل جنسی**

کاملاً بدیهی است که حل مشکلات و نارضایی‌های جنسی مستلزم همکاری و همراهی مشترک زوجین است. بدون این همراهی و مساعی مشترک زوجین، بهبود بخشیدن به مشکلات و نارضایتی‌های جنسی بسیار دشوار و تا اندازه‌ای نزدیک به محال است.

اولین گام برای بهبود بخشیدن به مشکلات و نارضایی‌های جنسی همکاری و همراهی زوجین در اقدام برای حل مشکل‌شان است. اگرچه در اکثر مواقع ممکن است هر دو شریک جنسی نسبت به روابط جنسی‌شان نارضایتی داشته باشند اما در بسیاری از موارد نیز ممکن است تنها یکی از زوجین از زندگی جنسی خود با همسرش ابراز نارضایتی کند. اما در هر صورت برای درمان و حل مشکل جنسی ضرورتاً می‌باید هر دو زوج در فرایند درمان شرکت کنند. به عبارت دیگر هر دو زوج باید بپذیرند که تنش و مشکل جنسی آنها تنها مختص به فردی که از رابطه جنسی‌اش ناخشنود است نیست، بلکه هر دو به نوبه خود بخشی از مشکل موجود را رقم زده در آن سهیم هستند. لذا برای حل مشکل نیز هر دو می‌باید در برنامه‌های درمانی شرکت کنند. از سوی دیگر ضرورت حضور توامان هر دو زوج برای حل مشکل و درمان این است که بسیاری از برنامه‌ها، تکالیف و توصیه‌های درمانی مستلزم همکاری دونفره زوجین است. بخصوص تمرین‌های رفتاری که برای ترمیم و اصلاح الگوهای آمیزش جنسی نیاز به هماهنگی و کار دونفره دارد. برای مثال در اختلال «انزال زودرس» وجود بعضی از تمرین‌های رفتاری[[26]](#footnote-26) نیاز به مشارکت هر دو در جلسه درمانی و همچنین در هنگام عمل به این تمرین‌ها در حین نزدیکی جنسی است.

در جوامعی از دست جوامع سنتی، به علت وجود بعضی باورهای فرهنگی- دینی، پذیرش و اعتراف به وجود مشکلات جنسی و یا ابراز نارضایتی جنسی از سوی زوجین (بخصوص زنان) چیزی نامتعارف و نوعی تابو تلقی می‌شود. باید این واقعیت را پذیرفت که بسیاری از زوجین با داشتن مشکلات عدیده جنسی و نارضایتی قابل توجه نسبت به زندگی جنسی‌شان، از اعتراف به وجود چنین مشکلاتی طفره رفته و از بازگویی آن و جستجوی درمان حتی نزد مشاوران و پزشکان متخصص خود ابا دارند.

حال آنکه الزاماً در رفع تنش‌ها و نارضایتی‌های جنسی چه به صورت خود به خودی، بدون نیاز به مراجعه به مراکز درمانی، و چه در صورت استفاده از روش‌های خاص درمان‌رفتاری- شناختی موجود، **همکاری و تشریک مساعی هر دو شریک جنسی** ضرورتی اجتناب‌ناپذیر محسوب می‌شود.

**2- لزوم بهبود بخشیدن به ارتباط و تفاهم زوجین**

برای اینکه زوجین نسبت به روابط جنسی‌شان به رضایتمندی برسند، بهبود بخشیدن به ارتباط و تفاهم زوجین ضروریست. زمانی که زوجین از کلیت زندگی زناشویی‌شان احساس رضایت کننده مسلماً حیات جنسی آنها نیز رضایت‌آمیز خواهد بود. به عبارت دیگر برای شروع یک نزدیکی جنسی رضایت‌بخش، تفاهم و رضایت متقابل زوجین قبل از این شروع بسیار تعیین کننده است.

از آنجا که مکانیزم عمل جنسی (جماع) مستلزم کنش و واکنش هماهنگ و تمرین شده هر دو شریک جنسی است لذا حتی ذره‌ای نارضایتی از سوی هریک از شرکای جنسی ممکن است باعث تخریب مکانیزم

متقابل عملکرد جنسی شده و هر دو زوج را دچار نارضایتی کند. لذا **تفاهم و رضایت دوطرفه زوجین در بستر حیات جنسی‌شان منوط به تفاهم و رضایت آنها در بستر زندگی غیرجنسی و روزانه‌شان است.**

بنابراین اولین گام در برنامه درمانی اختلالات جنسی، رسیدن زوجین به تفاهم، درک و صمیمیتی دوجانبه است. در صورتی که زوجین در زندگی روزمره‌شان دارای رابطه‌ای پر تنش و یا همراه با دلخوری باشند، به احتمال بسیار این تنش، رابطه جنسی‌شان را نیز تحت‌الشعاع قرار داده، قرار داده، آن را مختل خواهد کرد.

**تنها کمی بی‌میلی، اکراه و انفعال از سوی یکی از شرکای جنسی باعث می‌شود تا مکانیزم عمل جنسی مختل شده و رسیدن زوجین به اوج لذت جنسی (و کلا رضایتمندی آنها از آمیزش) دچار اختلال شود.**

برای مثال در «وازینیسم» و یا «انزال زودرس» تنها کافی است تا یکی از زوجین بدون توجه به لحاظ شرایط خاص شریک جنسی دیگر، تنها نقش یک جانبه خود را ایفا کند. در چنین فضایی مطمئنا هیچکدام از طرفین به رضایت جنسی دلخواه نخواهند رسید.

حتی در صورتی که هیچ اختلال یا مشکل جنسی هم در گذشته زندگی جنسی زوجین در بین نباشد باز هم اکراه و عدم هماهنگی در انجام نقش‌ها در آمیزش جنسی باعث اختلال، نارضایی و سرخوردگی جنسی شده و عصبی‌ شدن و احساس ناکامی پیامد گریزناپذیر آن خواهد بود.

برای مثال در بسیاری از مواقع زوجین با وارد شدن در یک **«بازی روانی»** سعی می‌کنند از **«ارتباط جنسی» به عنوان یک «اهرم فشار» برای امتیاز گرفتن طرف مقابل** استفاده کنند. در چنین مواقعی، توصیه‌های عامیانه‌ای که بخصوص در بین زنان رد و بدل می‌شود همچون؛ «فقط کافی است در رخت خواب پشتت را به او کنی» یا «سعی کن چند شب به خواسته‌اش نه بگویی»، دقیقاً مبین همین نکته است. نگاه کردن زوجین **«رابطه جنسی»** به عنوان یک **«ابزار فشار»** باعث می‌شود تا حتی زمانی که زوجین هیچ مشکل و اختلاف ارتباطی در زندگی روزمره‌شان ندارند- فقط و فقط به خاطر اینکه آنها به «رابطه جنسی» به عنوان یک حربه یا تله امتیازگیری نگاه می‌کنند- حیات رابطه جنسی آنها دچار تنش و مخاطره شود. برای مثال، چنین دیدگاهی باعث می‌شود که فرد احساس کند، جواب مثبت او به درخواست همسرش، نوعی «لطف» نسبت به اوست، و همین خود باعث می‌شود که وی در فعالیت جنسی نقشی منفعل و وارفته ایفا کرده و شریک جنسی‌اش را از تجربه یک آمیزش فعال، مطلوب و دلخواه محروم کند.

بنابراین، حل مشکلات جنسی و رسیدن به رضایت جنسی زوجین، در اولین گام مستلزم تفاهم و ارتباط بین فردی رضایت‌بخش است. لذا اگر زوجین انتظار دستیابی به رضایت جنسی متقابل را دارند، می‌باید ارتباط به روابط شان در کلیت زندگی بهبود ببخشند و به تفاهیمی هرچند نسبی برسند.

**3- لزوم آموزش مهارت‌های حل تعارض (بین فردی) و ابراز مناسب احساس‌های منفی**

**یادگیری روش‌های جدید و مناسب حل تعارض و** تنش‌های بین فردی توسط زوجین و **ابراز درست، مناسب و غیرمخرب احساس‌های منفی** برای بهبود مشکلات جنسی زوجین بسیار حیاتی است. همانگونه که در بالا ذکر شد مشکلات ارتباطی و عدم تفاهم زوجین با یکدیگر در رابطه و زندگی جنسی آنها نیز تأثیری مخرب به جا می‌گذارد. بنابراین در راستای درمان مشکلات جنسی، یکی از راه‌های برقراری ارتباط و تفاهم دوجانبه سالم و مطلوب، ضروریست که زوجین هر کدام مهارت‌های حل تعارض و نیز روش‌های مناسب چگونگی **«بیان خشم و عصبانیت»** و یا **«کنترل و مقابله با خشم یا عصبانیت»** و کلا هیجان‌های منفی را یاد بگیرند[[27]](#footnote-27). لذا در درمان جنسی سعی می‌شود به زوجین یاد داده می‌شود که در مواقعی که در زندگی روزمره‌شان دچار تنش یا اختلافی می‌شوند در بسیاری از اوقات لازم است **به جای اینکه خشمشان را فرودهند و بعد آن را به موقعیت‌های دیگر از جمله بستر همخوابگی شبانه جابجا و برونریزی کنند، گلایه‌ها و احساسات منفی خود را به گونه‌ای «بالغانه» بروز دهند[[28]](#footnote-28).**

بر این اساس، زوجین قبل از کار بر روی مشکلات جنسی‌شان می‌باشد با **مهارت‌های حل مسأله، حل تعارض و ابراز و کنترل هیجانات** آشنا شوند.

**4- لزوم اصلاح و تغییر برخی باورها و عقاید غیرمنطقی جنسی زوجین**

در بعضی موارد، معانی خاصی از فعالیت جنسی در دوران کودکی شکل می‌گیرد که می‌تواند به شکل ابتدایی و بچگانه تا بزرگسالی تداوم یابد. چنین معانی یا نگرش‌هایی ممکن است در بزرگسالی باعث بازداری در رفتارها و پاسخ‌های جنسی و کلا باخوردهای مشکل سازی نسبت به فعالیت‌های جنسی شود.

از سوی دیگر جدا از عامل تاریخچه‌ای که می‌تواند منجر به شکل‌گیری شناخت‌های غیرمنطقی ناکارآمد در ارتباط با مسائل جنسی از دوره کودکی شود، پاره‌ای از عوامل جامعه‌شناختی نیز به گونه‌ای فراگیر منجر به انتقال و شکل‌گیری باورها و عقایدی در فرد می‌شوند که غیر مستقیم زیرساز و راه‌انداز بعضی شناخت‌های ناکارآمد بازدارنده درباره مسائل جنسی‌اند.

در زیر ابتدا به عواملی که - در سطح تاریخچه تحول یا دوره کودکی- منجر به شکل‌گیری و قوام شناخت‌های ناقص و بازدارنده نسبت به مسائل جنسی در بزرگسالی شده و نگرش منفی و سخت‌گیرانه را بدنبال خواهند داشت، اشاره می‌شود و سپس در ادامه به برخی شناخت‌هایی که از معبرهایی غیر از شرایط تحولی و رشد (کودکی) در فرد به وجود می‌آیند اشاره خواهد شد.

**الف: عواملی که دوره تحول یا دوره کودکی منجر به شکل‌گیری و قوام شناخت‌های ناقص و بازدارنده نسبت به مسائل جنسی در بزرگسالی می‌شود**

**1- واکنش‌های اولیه والدین نسبتبه کنجکاوی‌های کودک در مورد اندام تناسلی خود یا دیگران.**

در دوره کودکی بسیار طبیعی است که کودکان نسبت به اندام‌های تناسلی خود، دیگران (همبازی‌های و والدین‌شان) و حتی حیوانات کنجکاو علاقمند باشند. این کنجکاوی ممکن است باعث شود در حالی که مثلاً آنها در حال نمایش عورت‌هایشان به یکدیگر و یا دستکاری (اسمثنای کودکانه) آن هستند توسط بزرگ‌ترها غافل‌‌گیر شوند. در چنین مواقعی واکنش بزرگ‌ترها غالباً با سرزنش و گاهاً با خشونت همراه است[[29]](#footnote-29) همین واکنش (در صورتی که با خشونت و کلا واکنش سرسختانه‌ای همراه باشد) در گام اول منجر به شکل‌گیری و تداوم حالت اضطرابی توأم با احساس گناه شدید و در ادامه احتمالاً باعث شکل‌گیری نگرش منفی کودک نسبت به کلیت مسائل جنسی در بزرگسالی می‌شود. چنین فردی ممکن است در بزرگسالی همواره **نسبت به تحریک، خیال‌پردازی و یا فعالیت جنسی دچار نگرشی منفی و بازدارنده شود.** یا برای مثال زنی که تجارب خاصی در سال‌های اولیه کودکی داشته که باعث سرزنش شدید از سوی والدین می‌شده، ممکن است این نگرش داشته باشد که هر نوع تحریک و تجربه لذت جنسی، اشتباه، غیر قابل پذیرش و گناه‌آلود است.

**2- مشاهده فعالیت یا آمیزش جنسی والدین یا بزرگسالان دیگر از سوی کودک یا نوجوان**

فردی که در دوره کودکی یا نوجوانی شاهد آمیزش جنسی والدینش بوده ممکن است در بزرگسالی نسبت به مسائل جنس دچار نوع نگرش سختگیرانه و منفی شود.

از آنجا که معمولاً جماع همواره با تحرک، سر و صدا، و آه و ناله‌های زیادی همراه است، از سوی کودک به عنوان صحنه‌ای پرخاشگرانه ادراک می‌شود. لذا ادراک اولیه کودک از فعالیت جنسی، ادراکی سانسور شده و احتمالاً همراه با نوعی احساس وحشتزدگی است[[30]](#footnote-30) به عبارت دیگر کودک فعالیت جنسی را فعالیتی پرخاشگرانه، پر از تخاصم و خشونت‌بار تصور و ادراک می‌کند. حتی ممکن است کودک با مشاهده چنین جماعی خود را برکنار از این رابطه و طرد شده از سوی والدینش تصور کند. به عبارت دیگر کودک ممکن است احساس طردشدگی و انزوایی دهشتناک از سوی والدینش کند[[31]](#footnote-31).

**3- تجربه سوء استفاده جنسی در دوره کودکی یا نوجوانی**

کودکان یا نوجوانانی که مورد سوء استفاده جنسی (از سوی افراد محارم و غیر محارم) قرار می‌گیرند به احتمال زیاد بزرگسالی نسبت به هر گونه لمس و لذت جنسی دچار نوع بازداری و تنش می‌شوند. معمولاً تجربه شایع چنین افرادی در حین خیال‌پردازی‌های جنسی و یا تماس و لمس تحریک‌آمیز، اضطراب و احساس گناه و حتی گاهی احساسی از وحشتزدگی[[32]](#footnote-32) و واقعیت‌زدایی[[33]](#footnote-33) است. بخصوص اگر سوء استفاده با زور و اجبار (حالتی از تجاوز به عنف) و یا خشونت و درد (مثلاً سوء استفاده همراه با ادخال، سکس دهانی و ...) توام باشد، شدت این ضربه در کل زندگی فرد ماندگارتر و مخرب‌تر است. بزرگسالانی که (بخصوص زنان) دارای تجارب سوء استفاده در دوره کودکی بوده‌اند علاوه بر اینکه ممکن است دچار اختلالات روانی دیگری شوند، معمولاً نسبت به فعالیت‌ها و تحریکات جنسی دچار بازداری شدید می‌شوند. از سوی دیگر اگر چنین افرادی در حین سوء استفاده، لذت جنسی را تجربه کرده باشند، ممکن احساس گناه شدیدی سرتاسر زندگی آنها را فرا بگیرد. آنها حتی اگر در روال یک زندگی معمولی هم قرار گیرند باز ممکن است نسبت به تجربه لذت جنسی دچار شرم و اضطراب و کلاً احساسی نامطبوع (احساس گناه) شوند.

چنین افرادی ممکن است دارای مشکلات ارتباطی بخصوص در خارج از حریم خانواده و افراد آشنا باشند. آنها در زندگی زناشویی‌شان نیز ممکن است نوعی ناپختگی، دست‌پاچگی و ناشیگری از خود نشان دهند که تنها به سبب اضطراب و استرس شدیدی است که در موقعیت‌های ارتباطی تجربه می‌کنند.

**توجه:** در اینجا باید تأکید کرد که وجود برخی از تجربه‌های ناخوشایند جنسی در دوره تحول (کودکی و نوجوانی) الزاماً منجر به مشکلات و اختلالات جنسی و روانی در بزرگسالی به گونه‌ای که در بالا برشمرده شد نمی‌شود. به عبارت دیگر **افراد و زوجین به هیچ‌ وجه قربانی گذشته و رخدادهای ناخوشایند دوره کودکی‌شان نیستند.** لذا زوجینی که در حال حاضر از برخی اختلالات از جمله مشکلات جنسی رنج می‌برد، نیازی نیست بدنبال اتفاقات و خاطرات ناخوشایندی در گذشته‌شان بگردند تا مشکلات‌شان را به آن وقایع ربط دهند، چه که بسیاری از اختلالات بدون ارتباط با پیشینه فرد در موقعیت‌ها و شرایط جاری بوجود می‌آیند و به همان سان با تغییر شرایط و تعدیل تبعات آن حل می‌شوند.

در بسیاری از افراد باورهای و تصورات قالبی اشتباه و غیر منطقی در زمینه سکس و فعالیت‌ها جنسی وجود دارد که به سادگی منجر به تنش‌ها و نارضایی‌های جنسی حداقل در یکی از شرکای جنسی می‌شود.

مواردی که یکی از زوجین دارای باورهای اخلاقی سختگیرانه درباره مسائل و فعالیت‌های جنسی است و مثلاً عقیده دارد که رابطه جنسی یا سکس فقط برای تولید مثل است و نه برای کسب و رسیدن به لذت جنسی، ممکن است نسبت به رابطه یا نزدیکی جنسی دچار تعارض شود. همچنین ممکن است این باور که درخواست نزدیکی حتماً یا همیشه باید از سوی مرد (و یا زن) صورت گیرد باعث نارضایتی و مشکلات بسیاری می‌شود.

تعدادی از این باورهای غیر منطبق با واقعیت که مستقیماً در ارتباط با عمل جنسی هستند، شامل مواد زیر هستند:

**1- سکس باید طبیعی و خودجوش باشد (نه در خواستی).**

**2- هر تماس بدنی باید به سکس منجر شود.**

**3- مردان همیشه برای سکس آماده‌اند**

**4- سکس برای لذت مرد می‌باشد، وظیفه زن ارضای نیاز مرد است.**

**5- مسئولیت درخواست، اجراء و هماهنگی سکس برعهده مرد است.**

**6- اگر زن نتواند به ارگاسم برسد باید تظاهر (به ارگاسم) کند.**

**7- زنان انتظار دارند مردان همه چیز را در مورد سکس بدانند.**

**8- مرد بهتر است بعضی احساسات را نداشته باشد یا ابراز نکند.**

**9- انجام سکس در وضعیت‌های جورواجور ناپسند است.**

**10- زن باید صبر کند تا مرد شروع کند.**

**11- آنچه در سکس برای مرد مهم و ارزشمند به حساس می‌آید، عملکرد جنسی است.**

**12- زن باید وقار و منزلت خودش را حفظ کند.**

**13- زن باید طبق خواسته مرد جذاب، مطیع و منفعل باشد.**

**14- رابطه جنسی مساوی است با نزدیکی (دخول).**

**15- برای انجام سکس بین زوجین، نعوظ مرد ضروری است.**

**16- سکس خوب همیشه به ارگاسم منجر می‌شود.**

**17- سکس خوب یعنی سکسی که هر دو طرف (ترجیحاً همزمان) به ارگاسم برسند.**

**18- مردی که میل جنسی‌اش کمتر از میل جنسی زن باشد مشکل دارد.**

**19- هرچه آلت مرد بزرگتر باشد زن بیشتر تحریک می‌شود.**

**20- دختر خوب از نظر جنسی تحریک نمی‌شود و حین سکس حرکت نمی‌کنند.**

**21- به مرد احساسات نشان نده و گرنه سکس می‌خواهد.**

**22- زن خوب به سکس علاقه نشان نمی‌دهد.**

**23- در عصر حاضر، هیچیک از باورهای عامیانه تأثیری بر رفتار جنسی ما ندارد.**

اصلاح این باورهای اشتباه و غیر انطباقی نیز از پیش شرط‌های درمان و بهبود زندگی جنسی زوجین است. اگرچه دستکاری و تغییر چنین باورها و نگرش‌هایی به سادگی میسر نیست اما زوجین با مرور این باورهای غیر منطقی می‌باید شروع به تمرین‌ باورهای مقابل این باورها یا باورهای تعدیل یافته‌تری نسبت به آنها کنند. این تمرین ذهنی در بلند مدت منجر به تصحیح باورهای ایشان و حذف برخی بازداری‌ها جنسی می‌شود.

**ج: تصورات، آموزه‌ها و باورهای غیرمنطقی و ناسازگارانه که مستقیماً مرتبط با مسائل جنسی نیستند اما منجر به سوگیری و بازداری نسبت به فعالیت‌های جنسی می‌شوند.**

علاوه بر موارد بالا، بعضی از آموزه‌ها و باورها- که مستقیماً مرتبط با فعالیت‌های جنسی و سکس نیست= نیز بدون هیچ پیش درآمد خاص، صرفاً از معبر و دریچه **«انتقال اجتماعی»** به ذهن افراد راه می‌یابند و می‌توانند منجر به سوگیری‌هایی نسبت به مسائل و آمیزش جنسی شوند.

از جمله این باورهای مهجور، می‌توان به عقاید و سوگیری‌های مربوط به **«نابرابری زن و مرد در قبال رابطه و فعالیت جنسی»** اشاره کرد که ممکن است به ایجاد و تقویت دیدگاه و نگاهی سوگیرانه نسبت به کلیت مسائل جنسی بخصوص در زن‌ها کمک کند. برای مثال اینکه: «مردان فقط جسم زن را می‌خواهند» و یا به زبان دیگر «مردها همیشه به زن‌ها از دریچه جنسی نگاه می‌کنند»، «مردان به چیزی به جز رابطه جنسی (سکس) نمی‌اندیشند» ، «مردان تقاضایی ندارند مگر وقتی عطش جنسی داشته باشند» و یا بالعکس «در پشت گوش به فرمان بودن گهگاهی مردان تقاضای نزدیکی جنسی (سکس) نهفته است»، «این مردها هستند که همیشه خواستار نزدیکی جنسی (سکس) هستند» ، «مردها به تنها چیزی که در مورد زن‌ها فکر می‌کنندِ، سکس است» و یا حتی بعضی باورهای غیرمنطقی بنیادی و ریشه‌ای وجود دارند که شاید در ظاهر ارتباطی با مسائل و مشکلات جنسی نداشته باشند اما همیشه به گونه غیر مستقیم و ناخودآگاه بر روابط جنسی زوجین به شکلی مخرب اثرگذارند: «مرد جنس برتر است»، «خداوند زن را برای مرد آفرید» ، «زن آفریده شد تا مرد کامل شود»، و یا «زن مایه فتنه است»، «شیطان از طریق زن بر مرد وارد می‌شود» و ... . چنین باورها و عقایدی نیز ممکن است رسیدن زوجین به یک درک و صمیمیت دوجانبه در تمامی حوزه‌های زندگی زناشویی و به تبع آن زندگی جنسی‌شان ایجاد مانع و اختلال کند.

از چشم‌انداز باورهای سنتی، هاله‌ای از تقدس و پاکی، ازدواج و رابطه زناشویی را فرا گرفته، که این به همسران اجازه نمی‌دهد این قداست را به سادگی با شهوت و لذت‌جویی جنسی آلوده و مکدر کنند. لذا با توجه به بضعی آموزه‌های فرهنگی خاص، ذهنیت و باور بسیاری از زوجین در رابطه با تماس‌های جنسی هنوز بسیار ناپخته و غیرمنطقی و لذا مشکل‌ساز (حتی تا حدی بحران‌ساز) است.

از آنجا که در این فضای باوری، ارتباط جنسی صرفاً می‌تواند **عملی برای تولید و بقای نسل** تلقی و پذیرفته شود، لذا در ذهن زوجین، آمیزش جنسی برای **کسب لذت** (حتی در حریم زناشویی) هنوز چیزی نسبتاً گناه‌آلود و یا به عبارتی نوعی شهوت‌گرایی و لذت‌خواهی مذموم قلمداد می‌شود. بنابراین کاملاً طبیعی است که زوجین درباره عدم رضایت‌ جنسی و یا وجود مشکلات جنسی در روابط زناشویی‌شان، دچار نوعی شرم‌زدگی شوند و اعتراف به وجود چنین مسائل و مشکلاتی را نوعی حرمت‌شکنی بینگارند.

از جمله مشکلاتی که مولود باورهای سنتی است، **القا و تحمیل نقش «فعل پذیرانه» به «زنان» در فعالیت‌های جنسی** است. چنین باورهایی ناخواسته باعث می‌شوند که، در یک رابطه و آمیزش جنسی، زن نقش ساکن، منفعل و پذیرنده (مفعول) را ایفا کرده و حتی تمام فعالیت فیزیکی در حین تماس یا نزدیکی جنسی را به مرد محول کند[[34]](#footnote-34). پیامد و تلویح دیگر چنین باوری مسلماً این خواهد بود که «زن» در فعالیت جنسی مجاز و محق به داشتن هیچ نوع تمنا یا خواهشی درباره کسب «لذت جنسی» (و رضایت) نیست (و لذا داشتن تجربه لذت جنسی به راحتی می‌تواند منجر به احساس گناه شود).

در چنین فضای ذهنی و اعتقادی‌ای، حتی حداقل لذت‌خواهی حتی در حریم مشاع آن (روابط زناشویی) همیشه ته‌رنگی از احساس گناه به همراه دارد و چیزی «قبیح» قلمداد می‌شود گاهاً بر آن برچسب «لذت‌جویی» و «شهوت‌پرستی» زده می‌شود. بنابراین کاملاً قابل انتظار است که در چنین زوجینی، زیاده‌خواهی برای کسب «رضایت جنسی» (و یا لذت جنسی) چیزی بسیار نکوهیده‌تر و پرکراهت‌تر تلقی شود.

البته خوشبختانه گشایش‌هایی در ذهن و باورهای سنتی در حال شکل‌گیری است که همین خود باعث شده تا گاهاً شاهد مراجعه زوج‌هایی باشیم که برای بهبود و درمان تنش‌های زناشویی، مشکلات جنسی‌شان را البته هنوز با نوعی اکراه و دودلی عنوان کرده و خواستار کمک حرفه‌ای می‌شوند.

 باید اشاره کرد که شاید بعضی برداشت‌های ناکارآمد همراه با خلط از متون دینی (که نوعی ریاضت سرسختانه را تبلیغ می‌کند) نیز بر اقوام و قوت این باورها و ذهنیت سنتی افزوده است[[35]](#footnote-35). (به ضمیمه ششم نگاه کنید).

لذا بر این اساس، در جامعه ما، وجود بسیاری از عقاید و باورهای فرهنگی و مذهبی، باعث شده است این مشکلات به شکل حادتر و بغرنج‌تری خود را بروز دهند. زوجین بر اساس این باورهای بازدارنده و نکوهش کننده نسبت به خواسته‌های جنسی از یکسو و تمایلات و کشش‌های طبیعی جنسی‌شان از دیگر سو، در یک تعارض و تنش مستاصل کننده دچار درماندگی می‌شوند. مشکلات جنسی حل نشده منجر به انتقال این نارضایتی پنهان به دیگر حوزه‌های زندگی شده و انواع تنش‌ها و ناراحتی‌ها را بدنبال دارد.

**5- لزوم آموزش و اصلاح رفتارها و پاسخ‌های جنسی**

درمان مشکلات جنسی، و نیز داشتن یک زندگی جنسی رضایت‌بخش، مستلزم برخی از آموزش‌ها و آگاهی‌ها از جمله نسبت به برخی از پاسخ‌ها و رفتارهای مناسب جنسی است. این آموزش‌ها و اصلاح‌ها در حوزه‌های مختلفی از جمله موارد زیر ضروری است:‌

1. زمان مناسب آمیزش

2. مکان مناسب هم‌آغوشی

3. وقوف نسبت به شرایط مناسب جسمی و روانی شریک جنسی

4. چگونگی آماده ساختن شریک جنسی از نظر جسمانی و روحی

5. طول مدت مناسب آمیزش

6. تعداد دفعات مناسب آمیزش

7. روند و مراحل آمیزش رضایت‌بخش

8. آمیزش در زمان بارداری

9. آمیزش در شرایط و موقعیت‌های خاص (همچون دوره پرید، بیماری خاص شریک جنسی، میهمانی و ...)

10. جماع منقطع و کنترل شده

11. بهداشت جنسی

12. روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری

13. جماع بیرونی

14. برخی موارد خاص (از جمله جماع‌های مقعدی و ...)

15. مکانیسم اندام تناسلی و فعایت جنسی

16. روش‌های شل کردن عضلات جهت به تأخیر انداختن انزال (در مرد)

17. چگونگی وقوف و کنترل بر انزال

18. و ...

آگاهی نسبت به مسائل فوق در بسیاری از موارد، درمان مشکلات جنسی را منتفی می‌سازد چرا که بسیاری از تنش‌ها و مشکلات جنسی ریشه در عدم آگاهی نسبت به همین حوزه‌ها و در کل فقدان سواد جنسی دارد . لذا زوجین می‌باید ابتدا این آموزش‌ها و آگاهی‌ها را دریافت کنند و سپس در صورت پایدار ماندن مشکل جنسی‌شان از روش‌ها و راهکارهای درمانی استفاده کنند.

**فصل سوم**

**سواد جنسی**

در بسیاری از موارد، بی اطلاعی و نداشتن دانش کافی و مناسب درباره اندام جنسی و ویژگی ها و کارکردهای جنسی منجر مشکلات اساسی در روابط زناشویی زوجین می شود. به عبارت دیگر عدم آگاهی و آموزش لازم، مناسب و به موقع درباره واقعیت‌های بنیادی اندام‌های جنسی، راه‌انداز بسیاری از تنش‌ها در روابط جنسی زوجین (زن و شوهر) می‌شود. برای مثال بسیاری از دختران و پسران جوان آنچه درباره مسائل جنسی یاد گرفته‌اند دانسته‌هایی ناقص و گیج کننده است. اغلب آنها اگر بخواهند از والدین خود سؤالی درباره اینگونه مسائل بپرسند عموماً با واکنش‌های منفی رو به رو می‌شوند. حال آنکه اگر در جمع دوستان خو صحبت کنند راحت و آزادترند. و از همین‌روست که نوجوانان به سهولت به همسان‌سازی با زنان بی بند و بار که در تصاویر مجلات یا تلویزیون تبلیغ می‌شوند گرایش یافته، علاقمند می‌شوند.

و یا در یک سطح بالاتر، در مردان جوان، در بعضی مواقع درباره سرعت رسیدن به اوج لذت جنسی نگرانی بسیار وجود دارد. آنها ممکن است معتقد باشند که حد مطلوب یا بهنجار آن در عمل باید بسیار طولانی‌تر باشد و در نتیجه همین که زمان آمیزش آنها کوتاه‌تر از حد انتظار می‌شود دچار تنش و نگرانی زیادی شده که این خود ممکن است موجد مشکلاتی از جمله «اختلال در ایجاد و یا نگهداری (حفظ) نعوظ» یا مشکلاتی در رابطه با انزال شود.

در اینجا باید اشاره کرد که در آمیزش جنسی‌ای که مرد نقش اصلی را در فعالیت فیزیکی جنسی بر عهده دارد و زن فعل پذیرانه و بدون هیچ تحرکی تنها نقش مفعول را ایفا می‌کدن و نیز بخصوص زمانی که در ذهن و باور زوجین نزدیکی جنسی تنها برابر با جماع تناسلی (عمل ادخال) تلقی می‌شود شکل‌گیری چنین تنش‌ها و مشکلاتی حتمی و اجتناب‌پذیر است.

و باز در زنان نیز فقدان اطلاعات با وجود بعضی تصورات نادرست ممکن است موجب ترس از روابط جنسی شود. مثلاً این تصویر که «آمیزش جنسی الزاماً دردناک است[[36]](#footnote-36)» ممکن است باعث شود تا فرد اولاً همیشه با نوعی نارضایی و اکراه درخواست همسرش برای آمیزش جنسی را پاسخ دهد، ضمن اینکه در حین آمیزش نیز دریافت و ادراکی همراه با بی لذتی و انزجار را تجربه کند.

یا بعضی از باورها از جمله این که «از دست دادن زیاد منی بخصوص در نوجوانی علت اصلی مشکلات جنسی و بسیاری از آسیب‌های روانی می‌شود» و یا «نزدیکی جنسی زیاد باعث از دست دادن سوی چشم می‌شود» و یا «از دست دادن منی زیاد باعث ضعف و پوکی کمر یا استخوان می‌شود» و یا «آمیزش جنسی زیاد مغز را پوک می‌کند» و بسیاری از چنین باورهای نادرست و عامیانه‌ای به راحتی می‌تواند باعث بروز مشکلات بسیار دیگری از جمله بازخوردهای منفی و بازداری‌ها جنسی شود.

از همین روست که برای درمان مشکلات جنسی حتماً می‌باید آگاهی اطلاعات و باورهای بیمار درباره مکانیسم، کارکرد واقعیت‌های جنسی مورد بررسی و اصلاح قرار گیرد. و همچنین زوجین نسبت به سیر ارتباطی درست و ارضا کننده آمیزش جنسی نیز وقوف یابند.

بر این اساس، در ادامه به تشریح آناتومی اندام جنسی، چرخه واکنش جنسی، مقاربت و انواع وضعیت‌های جماعی می‌پردازیم.

**I= آناتومی و مکانیسم اندام تناسلی**

**الف) دستگاه تناسلی زن**

دستگاه تناسلی زن‌ها از دو بخش داخلی و خارجی تشکیل شده است:‌

دستگاه تناسلی داخلی: شامل 1) واژن یا مهبل[[37]](#footnote-37)2) رحم[[38]](#footnote-38) 3) لوله‌های رحم و 4) تخمدان‌ها می‌شود.

دستگاه تناسلی خارجی: شامل وولو یا فرج[[39]](#footnote-39) که از قسمت‌های 1) قله ونوس 2) لب‌های بزرگ[[40]](#footnote-40) 3) لب‌های کوجک[[41]](#footnote-41) 4) کلیتوریس[[42]](#footnote-42) 5) دهانه مجرای ادرار 6) دهانه واژن 7) پرده بکارت[[43]](#footnote-43) تشکیل شده است. اساساً نمای بیرونی آلت تناسلی زنانه شامل دو لب بزرگ با بافت چربی و دو لب کوچک است که منتهی به کلیتوریس می‌شوند، این ناحیه معادل آلت مردانه هست و نقطه حساسی در روابط جنسی افراد است.

در بعضی از فرهنگ‌ها کلیتوریس خانم‌ها را ختنه می‌کنند تا لذت جنسی آنها را کم کنند یا از بین ببرند. هنگام فعالیت جنسی لب‌های کوچک پرخون و ملتهب می‌شوند و ازمیان لب‌های بزرگ بیرون می‌زنند. حرکت‌های رفت و برگشتی لب‌های کوچک ایجاد لذت جنسی می‌کند.

**ب: اندام تناسلی مرد**

آلت مردانه[[44]](#footnote-44) شامل سه ستون است: یک ستون در جلو که مجرای ادرار در آن قرار گرفته و دو ستون در عقب که تا سر آلت کشیده شده و در سر آن گسترش می یابد که به آن حشفه[[45]](#footnote-45) می‌گویند. دو ستون عقبی یا کناری که به حشفه چسبیده‌اند در زمانی که قرار است آلت به نعوظ[[46]](#footnote-46) برسد خون‌رسانی به آنها زیاد می‌شود (به علت عروق فراوانی که در این عضو وجود دارد). در این حالت آلت سفت شده و نعوظ رخ می‌دهد. اما در وضعیت نعوظ، سر آلت خیلی سفت نمی‌شود تا در حین عمل جنسی درد ایجاد نشود و همجنین مایع انزال بتواند براحتی خارج شود.

یکی از دلائل تحلیل نعوظ فعال بودن سیستم سمپاتیک است. وقتی این سیستم که به صورت طبیعی در حالات **خطر، دفاع و اضطراب** روشن می‌شود به دلیلی هنگام رفتار جنسی فعال شود باعث فقدان یا از دست رفتن نعوط می‌شود. به عبارتی در حالت خاموشی سیستم سمپاتیک یعنی در شرایط آرامش و بدون استرس است که نعوظ رخ می‌دهد.

بر همین اساس است که زوجین پیش از تصمیم‌گیری برای نزدیکی و رابطه جنسی، می‌یابد تنش‌های بین فردی‌شان را حل کنند یا حدالق آنها را موقتاً کنار گذاشته و به تعویق بیندازند. مداخله تنش‌های بین فردی و دیگر استرس‌ها و تنش‌ها در رابطه جنسی، نه تنها تمددی در ایشان ایجاد نمی‌کند بلکه حجم و بار نارضایتی و ناخشنودی آنها را نیز سنگین‌تر می‌کند.

**II- چرخه واکنش جنسی**

هر مرد و زن طبیعی در مقابل تحریک جنسی یک سری واکنش‌های فیزیولوژیک نشان می‌دهد. این واکنش‌ها معمولاً در چهار مرحله اتفاق می‌افتد:

1- مرحله میل جنسی[[47]](#footnote-47)

2- مرحله انگیزش[[48]](#footnote-48)

3- مرحله ارگاسم یا اوج لذت جنسی[[49]](#footnote-49)

4- مرحله فرونشینی[[50]](#footnote-50)

**1- مرحله میل جنسی**

این مرحله زمانی رخ می‌دهد که فرد با یک محرک جنسی رو به رو شود. برای مثال ممکن است فرد با مشاهده برجستگی‌ها یا بخش‌های تحریک کننده جنسی بدن همسرش و یا با دیدن شخصیت‌های نیمه عریان یک فیلم یا سریال تلویزیونی از نظر جنسی تحریک شود. این مرحله با خیال‌بافی جنسی و نیز تمایل نسبتاً شدید برای برقراری رابطه جنسی همراه است.

**2- مرحله انگیزش**

در این مرحله با تحریک روانشناختی (تخیل با وجود شریک جنسی) یا تحریک و لمس جسمی (بوسیله نوازش) یا ترکیبی از هر دو بعضی از پاسخ‌های جنسی اتفاق می‌افتد؛ به عبارت دیگر در این مرحله، تحریک جسمی و روانشناختی باعث احتقان (متورم شدن) آلت تناسلی مردانه[[51]](#footnote-51) و «نعوظ[[52]](#footnote-52)» منجر می‌شود و نیز احتقان آلت زنانه[[53]](#footnote-53) که و «لیزشدگی» مهبل[[54]](#footnote-54) . همچنین در این مرحله «نوک پستان» در هر دو جنسی برامدگی پیدا می‌کند که این حالت در زن‌ها بارزتر است.

در ضمن در این مرحله کولیتوریس[[55]](#footnote-55) (خروسه) زن سفت و متورم می‌شود و لب‌های کوچک[[56]](#footnote-56) در نتیجه پرخونی وریدی کلفت می‌شود. انگیزش ابتدایی ممکن است «چند دقیقه» تا «چند ساعت» طول بکشد. با ادامه تحریک، بیضه‌های مرد تا 50 درصد بزرگ‌تر می‌شود. لوله مهبلی زن در یک سوم خارجی دچار انقباض مشخصی می‌شود که به سکوی ارگاسمی[[57]](#footnote-57) معروف است. در این مرحله حجم پستان‌ها در زن 25 درصد افزایش می‌یابد. ادامه تورم در آلت مرد و مهبل، تغییر رنگ خاصی ایجاد می‌کند؛ لب‌های کوچک در آلت تناسلی زن پهن‌تر شده و به رنگ بنفش- قرمز سیر در می‌آید. مرحله انگیزش بین 30 ثانیه تا چند دقیقه طول می‌کشد.

**3- مرحله ارگاسم**

در صورتی که آمیزش یا نزدیکی جنسی همراه با عمل ادخال[[58]](#footnote-58) صورت بگیرد، به طور طبیعی پدیده ارگاسم اتفاق می‌افتد. در این مرحله طرفین اوج لذت جنسی و سپس کاهش و رفع تنش جنسی را همراه با انقباض عضلات میان دوراه و اعضای تناسلی داخل لگنی تجربه می‌کنند.

در حالت ارگاسم، مرد احساس می‌کند که به هیچ وجه قادر به جلوگیری از انزال نیست. ارگاسم مرد با 4 یا 5 ارگاسم موزون پروستات، کیسه‌های منی، مجرای ترشحی بیضه‌ها و پیشابراه همراه است.

در زن، ارگاسم با سه تا 15 انقباض غیر ارادی در ثلث تحتانی مهبل و انقباض‌های قوی و مستمر رحم از عمق به طرف گردن رحم مشخص می‌شود. در هر دو جنس انقباض اسفنگتر داخلی و خارجی پدید می‌آید. این انقباض و سایر انقباض‌های عضلانی در جریان ارگاسم با فواصل 8/0 ثانیه پدید می‌آید.

سایر تظاهرات شامل؛ حرکات ارادی و غیر ارادی گروهی زیادی از عضلات از جمله عضلات صورت و اسپاسم کارپوپدال، فشار خون بالا می‌رود، ضربان قلب به حدود 130 تا 160 در دقیقه می‌رسد. ارگاسم بین 3 تا 45 ثانیه طول می‌کشد و با کم شدن هوشیاری طرفین همراه است.

**4- مرحله فرونشینی**

در این مرحله احتقان آلت تناسلی از بین می‌رود و بدن به حالتی از سکون و آرامش بدون انگیزش جنسی می‌رسد. به عبارت دیگر بعد از پایان ارگاسم (یا همان اوج لذت جنسی)، آلت تناسلی تمام نشانه‌های مرحله انگیزش را از دست می‌دهد (مثلاً در مرد، نعوظ از بین می‌رود). از بین رفتن یا رفع احتقان سریع است و اگر احتقان از دست نرود ممکن است فرونشینی 2 تا 6 ساعت سول کشیده و با تحریک‌پذیری و ناراحتی همراه باشد.

فرونشینی از طریق ارگاسم با احساس خوشی، آرمیدگی کلی و تمدد ماهیچه‌ای همراه است. پس از ارگاسم، مرد یک دوره ناگدازی[[59]](#footnote-59) یا دوره مقاوم دارد که ممکن است چند دقیقه تا چند ساعت طول بکشد. در این دوره، مرد نمی‌تواند دوباره نعوظ را تجربه کند و قدرت ارگاسم دیگری ندارد، مگر اینکه تحریک جدید به وی برسد. اما مدتی بعد می‌تواند مجدداً تحریک شود. مدت زمان ناگدازی بستگی به سن دارد. اوج فعالیت جنسی یک مرد در 18 سالگی است و بعد از این سن توانایی جنسی رو به کاهش می‌گدازد. لذا در یک فرد 18 ساله ممکن است بعد از ارگاسم یک دقیقه دیگر تحریک رخ دهد اما در یک میانسال یا کهنسال ممکن است به یک هفته یا بیشتر برسد.

اما در زن‌ها دوره ناگدازی وجود ندارد و یک زن می‌تواند ارگاسم‌های متعدد و متوالی را داشته باشد.

**III- محرک‌های جنسی و تفاوت‌های جنسیتی**

یکی از پیش‌شرط‌های یک آمیزش و رابطه جنسی رضایت‌بخش «آمادگی جسمانی و روحی» طرفین است. لذا گاهی ممکن است یکی از زوجین نسبت به فعالیت جنسی تحریک شود ولی شریک دیگر امادگی لازم جسمی یا روحی را برای آمیزش نداشته باشد. از سوی دیگر اغلب زنان نیز- بر عکس مرد که قادر به تحریک خودبخودی از نظر جنسی است- قادر به تحریک جنسی بدون مقدمه نیستند لذا در شروع و به صورت فی‌البداهه ممکن است برای فعالیت جنسی تمایل نشان ندهند. بر این اساس شناخت محرک‌های جنسی هریک از دو جنس کمک می‌کند تا هر دو زوج در صورت تمایل به عمل جنسی شریک دیگر را بدرستی تحریک و از نظر جسمانی و روحی آماده نزدیکی کنند.

از آنجا که توجه به شرایط جسمانی و روحی هریک از زوجین برای آغاز هم‌آغوشی بسیار مهم است لذا شناخت محرک‌های جنسی بسیار کمک کننده است.

در هر دو جنس، تخیل و خیال‌پردازی درباره مسائل جنسی به صورت شایع وجود دارد. اما این تخیلات و نیز محرک‌هایی که باعث تحریک و ایجاد این تخیلات و کلاً انگیزش جنسی می‌شود، در دو جنس با هم متفاوت است؛ **مردها** معمولاً با دیدن زن‌های عریان یا نیمه عریان و کلاً با دیدن نواحی شهوت‌زای آنها (ساق پا، ران، برجستگی پستان‌ها یا کفل‌ها و ...) تحریک می‌شوند **(تحریک بصری).** اما زن‌ها معمولاً با **مغازله‌ها و داستان‌های عاشقانه‌ای** که قهرمانان آن مردانی مهربان، احساساتی و عاطف باشند به هیجان و تحریک جنسی می‌رسند **(تحریک شنیداری و عاطفی).** زنان بر عکس مردان، جهت تحریک جنسی بیشتر تمایل به شنیدن واژه‌های شیرین تعریف‌های عاشقانه و مغازله دارند تا تصور یا نگاه کردن به شکل و اندام شریک جنسی‌شان.

بر همین اساس است که برای مثال **وقتی یک زن مرد برهنه‌ای را ببیند بیشتر ممکن است خنده‌اش بگیرد تا تحریک شود** در صورتی که مرد با مشاهده بدن عریان زن تا سرحد تصور تحریک جنسی می‌شود.

البته در زمینه تحریک جسمانی دو جنس در حین جماع نیز شناخت نقاط حساس جنسی و غیر جنسی نقش مهمی در رسیدن به رضایت جنسی زوجین دارد.

نقاط حساس جنسی بدن زن در دو ناحیه متمرکز است: 1: پستان‌ها و 2- دستگاه تناسلی بیرونی.

**پستان‌ها:** پستان‌ها اگرچه جزو بدلیل داشتن گیرنده‌های حساس به لمس (و نیز فشار و حرارت) یکی از نواحی تحریک‌زای جنسی زن می‌باشد که در زمان تحریک جنسی و سیکل پاسخ جنسی تغییراتی در آن اتفاق می‌افتد از جمله افزایش حجم (یک چهارم تا یک پنجم)، نعوظ نوک و سفت شدن بافت آن و ... . لذا در مراحل اولیه آمیزش جنسی (پیش‌نوازی) لمس و نوازش پستان‌های می‌تواند زن را از نظر جسمانی آماده جماع کند و حتی برخی از زنان را به ارگاسم برساند.

**دستگاه تناسلی خارجی زن:** اندام تناسلی خارجی زن که شامل 1- کلیتوریس، 2- لب‌های کوچک، 3- لب‌های بزرگ و 4- واژن می‌باشد مهم‌ترین نواحی حساس از نظر تحریک جنسی می‌باشند. آمادگی جسمانی زن در حین جماع و رسیدن ارگاسم در گرو تحریک این اندام است.

مهم‌ترین نقش در تحریک جنسی حین جماع را کلیتوریس و لب‌های بزرگ‌ و کوچک دارند. کلیتوریس بدلیل داشتن گیرنده‌های عصبی فراوان حساس‌ترین نقطه بدن زن است که همانند آلت‌ تناسلی مرد در حین مقاربت نعوظ پیدا می‌کند (که حجم آن ممکن است به دو تا سه برابر افزایش یابد). در بسیاری از زن‌ها تحریک مستقیم کلیتوریس است که منجر به ارگاسم می‌شود. یعنی عکس آنچه بسیاری از مردان تصور می‌کنند، ادخال آلت مردانه و تحریک داخلی واژن نیست که منجر به تجربه اوج لذت جنسی در زن می‌شود، بلکه نقش اساسی را در تحریک لذت‌بخش و تجربه ارگاسم، اندام بیرونی کلیتوریس و لب‌ها دارند. شاید بر همین اساس است که برخی (اغلب) از زنان از طریق جماع بیرونی سریع‌تر و راحت‌تر به ارگاسم می‌رسند تا از طریق جماع داخلی (ادخال).

دیگر نواحی حساس نسبت به تحریک در اندام زنان، پوست بطور کلی، گردن، پشت کمر، نناحیه ژنیتال، گوش و نواحی پشت گوش، دهان، دهان، لب‌ها، باسن و نواحی اطراف مقعد، نوک انگشتان و ...

اما در مورد مردان، به غیر از تحریک آنها با دیدن قسمت‌های نیمه عریان یا عریان بدن زن، از طریق لمس کردن و لمس شدن نواحی حساس غیرجنسی و جنسی نیز برانگیخته می‌شوند.

در مورد تحریک مردان از طریق ملامسه، می‌باید توجه کرد که، نقاط حساس جنسی بدن مرد اساساً متمرکز بر نواحی اطراف اندام تناسلی و خود اندام تناسلی است. اگرچه دیگر نواحی بدن مرد از جمله پستان‌ها، پوست بطور کلی، گردن، پشت کمر، باسن‌ها، کشاله ران و نواحی اطراف مقعد نسبت به زن از حساسیت جنسی بسیار کمتری برخوردار است. اما با این حال لمس و تحریک این نواحی می‌تواند مرد را از نظر جنسی برانگیخته کند.

شناخت محرک‌های جنسی مرد (بويژه زمانی که وی دارای «وابستگی به مواد[[60]](#footnote-60)» (اعتیاد) و یا تحت «درمان‌های نگهدارنده[[61]](#footnote-61)» مانند MMT [[62]](#footnote-62) BMT [[63]](#footnote-63) است) جهت مواجهه با مشکلاتی چون بی‌میلی جنسی یا اختلال نعوظی بسیار کمک کننده است. همانگونه که در بخش درمان اختلال بی میلی و ناتوانی جنسی اشاره شده است، اساساً مقدمه پیشنهاد و شروع عمل جنسی از سوی زن، ارائه محرک‌های بصری جنسی (مثلاً پوشیدن لباس‌های بازتر و نمایش قسمت‌های برانگیزاننده بدن به همسر) و سپس ملامسه و نوازش گام به گام نواحی حساس غیر جنسی و جنسی مرد تا **مرزهای برانگیختگی** و دستیابی به **نعوظ در حد کفایت** می‌باشد.

**توجه:** روش‌های دیگری از تحریک جنسی مرد وجود دارد که با توجه به برخی باورها و آموزه‌های فرهنگی و اعتقادی، استفاده از آنها برای مردان جامعه ما تا اندازه‌ای منتفی است. از جمله دیدن تصاویر یا فیلم‌های تحریک‌کننده (سکسی یا پورنو) یا خواندن داستان‌های تحریک‌کننده و ... .

**IV- مقاربت[[64]](#footnote-64) و مراحل سه‌گانه در ارتباط جنسی**

زوجین منطبق با ویژگی ها و مکانیزم اندام جنسی زن و مرد، می‌باید برنامه آمیزشی جنسی خود را بگونه‌ای تنظیم کنند تا نهایت رضایت جنسی را کسب کنند. بنابراین زوجین در یک فعالیت و عمل جنسی باید طبق مراحل سه‌گانه‌ای که در زیر آمده است فعالیت جنسی خود را پیش ببرند (فرآیند و مراحل مناسب و منطبق بر آناتومی و مکانیزم عمل جنسی که زوجین می‌باید بر حسب آن عمل کنند):

**1- مرحله پیش‌نوازی[[65]](#footnote-65)**

**2- مرحله ادخال[[66]](#footnote-66)**

**3- مرحله پس‌نوازی[[67]](#footnote-67)**

**1- مرحله پیش‌نوازی**

پیش‌نوازی **اولین** و **طولانی‌ترین** مرحله آمیزش جنسی است. با توجه به اهمیت فاکتور آمادگی جسمی و روحی زوجین در کسب رضایت جنسی از یک سو و نیز کندی و تأخیر زنان در تحریک و آمادگی جنسی از سوی دیگر، ورود بی مقدمه به جماع تناسلی داخلی (ادخال) می‌تواند مکانیزم چرخه پاسخ جنسی را در زوجین بویژه در زنان مختل کند.

پیش‌نوازی عموماً از در آغوش گرفتن، بوسیدن و ... شروع شده و به ترتیب به سمت ملامسه، نوازش و ماساژ نواحی حساس غیر جنسی و سپس نواحی حساس جنسی و نهایتاً اندام جنسی پیش می‌رود. و حداقل ممکن است یک سوم تا دو سوم زمان کل آمیزش زوجین را به خود اختصاص دهد. **در برخی اوقات رابطه جنسی زوجین می‌تواند به همین مرحله (پیش‌نوازی) خلاصه شده و بدون ادامه آن به فاز ادخال خاتمه بیابد.** لذا هر رابطه جنسی الزاماً به ادخال، انزال و ارگاسم ختم نمی‌شود و ممکن است زوجین به پیش‌نوازی و ملامسه هم بسنده کرده و تنها با این نوازشگری منفرد به رضایت کافی برسند.

بسیاری از زوجین با دست کم گرفتن این مرحله، به محض تمایل به مقاربت، وارد فاز ادخال و جماع تناسلی می‌شوند و این می‌تواند منتج به یک رابطه جنسی ناکام کننده و نارضایتبخش شود.

زوجین می‌باید قبل از ورود به فاز ادخال، با **پیش‌نوازی** یکدیگر را نسبت به کلییت رابطه جنسی و سپس ورود به مراحله ادخال یا جماع تناسلی مهیا و آماده کنند. ضرورت مرحله پیش‌نوازی به دلایل زیر است:

**1- پیش‌نوازی** بویژه در زنان که همیشه نسب به مردان دیرتر تحریک شده و دیرتر به ارگاسم می‌رسند، آنها را تحریک کرده و آماده فعالیت جنسی می‌کند. تحریک و آمادگی جسمی و روحی زن شرط لازم برای یک رابطه جنسی فعال دوطرفه و کسب رضایت جنسی است. بدون این آمادگی، بی میلی، رخوت و انفعال زن در عمل جنسی، هر دو شریک جنسی را دچار درماندگی و واخوردگی می‌کند.

**2-** مهبل زن در شرایط معمولی و غیر آماده، **خشک و غیرلغزنده** است، در این شرایط عمل دخول برای طرفین جماع بویژه زن دردناک خواهد بود. ضمن اینکه به راحتی می‌تواند (بدلیل اصطکاک زیاد) منجر به انزال بسیار زودرس و قطع آمیزش شود. در حالی که تحریک شدن و آماده شدن زن منجر به ترشح دیواره‌های داخلی واژن و لزج شدن و لغزندگی آن و در نتیجه سهولت ادخال و به تأخیر افتادن انزال می‌شود.

3- همچنین ورودی و **شکاف مهبل زن** در شرایط غیر آماده و قبل از تحریک شدگی، نسبت به حجم آلت مردانه کوچکتر است، که این نیز عمل دخول را برای طرفین جماع بویژه زن دردناک کرده و همچنین به انزال سریع و بی موقع ختم خواهد شد. اما تحریک و آمادگی تدریجی زن، بطور طبیعی باعث افزایش حجم دهانه مهبل و تناسب آن با حجم آلت مردانه می‌شود.

4- پیش‌نوازی این باور کلیشه‌ای را در زن «مردان فقط به سکس (شکم و زیر شکم) فکر می‌کنند» کمرنگ می‌کند.

5- پیش‌نوازی کمک می‌کند تا با افزایش آمادگی، تحریک و برانگیختگی، احتمال تجربه ارگاسم در زن بالا برود. همانگونه که قبلاً گفته شد زن با توجه به ویژگی‌های اتاتومیک دستگاه جنسی‌اش، همواره نسبت به مرد دیرتر به ارگاسم می‌رسد، بر همین اساس پیش‌نوازی با طولانی کردن مدت آمیزش شانس تجربه ارگاسم را در او بالا می‌برد.

6- پیش‌نوازی در قالب لمس، نوازش و ماساژ میزان صمیمیت و روابط فیزیکی و عاطفی زوجین را افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر پیش‌نوازی ارتباط عاطفی را زیاد کرده و باعث رشد آن به طریق منحصر به فرد خواهد شد: بر اساس بررسی‌ها، ماساژ تحریکی بصورت یک عمل منظم در روابط جنسی یکی از مؤثرترین راه‌های افزایش ارتباط فیزیکی و احساسی است. ماساژ ارتباط عاطفی را زیاد کرده و باعث رشد آن به طریقی منحصر به فرد خواهد شد.

نوازش‌های گرم بر روی پوست و لمس آرام عضلات و بافت‌ها همگی، گویای حس درونی زوجین نسبت به یکدیگر است. لمس و ماساژ قسمت‌های مختلف بدن، زوجین را از فشارهای روزانه رهای می‌کند و به آنها فرصت خوبی جهت استراحت و لذت بردن از با هم بودن می‌دهد. ماساژ ممکن است جهت کاهش درد و تنش همسر و آزاد کردن وی از فشار، اضطراب، سردرد و کاهش دردهای عضلانی انجام شود.

انجام ماساژ ممکن است بصورت امری جنسی و مقدمه‌ای برای مواجهه جنسی گردد که بدین طریق زوجین برای ورود به آمیزش جنسی آمادگی بیشتری یافته و برانگیختگی زوجین کامل می‌شود.

حس لمس بعنوان مادر تمامی احساسات شناخته می‌شود، و اولین حسی است که در جنین انسان و سایر گونه‌ها رشد می‌کند، و همچنین اولین حسی است که بقیه حس‌ها بر مبنای آن رشد می‌کنند. لمس، ماساژ و نوازش، نوعی عشق‌ورزی است که موجب آزاد شدن تنش‌های بدن و فشارهای روحی می‌شود، همچنین ماساژ و نوازش، نوعی عشق‌ورزی است که موجب آزاد شدن تنش‌های بدن و فشارهای روحی می‌شود، همچنین ماساژ به فرد اجازه می‌دهد تا با آزادی بیشتری از رابطه دوطرفه دلخواه لذت ببرد.

7- پیش‌نوازی وسیله مناسبی جهت برقرار کردن رابطه در زمانی است که تمایل یا برانگیختگی یکی از طرفین کم است، و یا زمانی که اختلالی جنسی و یا شرائط فیزیکی خاصی وجود دارد که باعث محدودیت و یا ممانعت از رابطه جنسی کامل بین دو طرف می‌گردد.

**2- مرحله ادخال**

هماهنگونه که در بالا اشاره شد، بسیاری از زوج‌ها آمیزش جنسی را معادل «نزدیکی تناسلی» (ادخال) تلقی می‌کنند. در چنین زوج‌هایی رواط جنسی بدون هیچ مقدمه (پیش‌نوازی) یا پس ختامی (پس‌نوازی) به یک جماع تناسلی همراه با دخول خلاصه می‌شود.

ادخال عموماً عبارت است از دخول آلت تناسلی نعوظ یافته مرد در مجرای مهبلی همراه با حرکات رفت و برگشت که به ارگاسم (هر دو با یا یکی از شرکای جنسی) و انزال در مرد می‌انجامد.

توجه: ادخال و جماع تناسلی الزاماً به شکل جماع داخلی نیست. در اینجا لازم است به دو نوع جماع تناسلی اشاره شود: 1- جماع داخلی (درونی)[[68]](#footnote-68) 2- جماع خارجی (بیرونی)[[69]](#footnote-69).

**1- جماع داخلی:** جماع درونی اساساً اشاره به همان تلقی‌ای دارد که اکثر زوجین و افراد از جماع تناسلی دارند. یعنی معادل حالت ادخال که در آن آلت تناسلی مردانه وارد مجرای تناسلی زن می‌شود.

**2- جماع خارجی:** جماع بیرونی، جماعی است که در آن آلت تناسلی مردانه بدون اینکه وارد مجرای مهبلی زن شود، در میان پاهای بسته زن و مماس بر روی اندام جنسی بیرونی زن بصورت رفت و برگشت کلیتوریس و لب‌های بزرگ و کوچک را تحریک می‌کند. این روش جماع در بسیاری از زنان که از طریق جماع داخلی با تأخیر زیاد به ارگاسم می‌رسند و یا به ارگاسم نمی‌رسند، به خوبی کمک می‌کند که به ارگاسم برسند (همانگونه که در بخش ... گفته شد اندام اصلی که در رسیدن زن به ارگاسم نقش دارند کلیتوریس و لب‌های بزرگ و کوچک هستند[[70]](#footnote-70)).

اما در هر حال مرحله **ادخال قله و نقطه اوج آمیزش جنسی** است. این مرحله است که زوجین با تجربه ارگاسم بیشترین لذت جنسی را تجربه می‌کنند. این مرحله با ارگاسم و انزال مرد و یا تجربه ارگاسم در زن پایان می‌یابد. این مرحله در شرایط طبیعی بین 30 ثانیه تا 3-2 دقیقه به طول می‌انجامد اما زوجین می‌توانند با برخی از روش‌های تأخیری (دارویی و رفتاری) آن را بیشتر به درازا بکشند. مرحله ادخال کمتر از یک چهارم زمان کل رابطه جنسی را به خود اختصاص می‌دهد.

در مورد این مرحله نیز باید اشاره کرد که **این تلقی که «ادخال الزاماً باید به انزال و ارگاسم هر دو یا یکی از طرفین منتهی شود» درست نیست.** ادخال می‌تواند در عین ایجاد رضایت جنسی در زوجین، بدون رسیدن ایشان به ارگاسم و انزال خاتمه بیابد.

توجه: زوجین در صورت ورود به مرحله ادخال و تجربه ارگاسم و انزال، بهتر است وارد مرحله پس نوازی نیز بشوند. در زیر علل اهمیت ورود به این مرحله (پس‌نوازی) ذکر شده است.

**3- مرحله پس‌نوازی**

این مرحله، آخرین فاز یک رابطه جنسی کامل است. عموماً بعد از رخداد انزال در مرد، ممکن است زوجین رابطه جنسی را خاتمه بدهند اما بدلایلی نیاز است که زوجین رابطه جنسی را تا آخرین مرحله آن یعنی پس‌نوازی ادامه دهند.

1- پس‌نوازی پیوند و رابطه عاطفی زوجین را تقویت می‌کند.

2- در زنان این طرز تلقی را که مردان یک طرفه به خواسته‌های جنسی خودشان اهمیت می‌دهند را کمرنگ می‌کند.

3- در صورت عدم تجربه ارگاسم در یکی از زوجین، پس‌نوازی فرصت رسیدن به ارگاسم را برای وی فراهم می‌کند (بویژه زنان ممکن است تنها در این مرحله گرایش به تجربه ارگاسم داشته باشند).

4- در صورت وجود مشکل و اختلال انزال زودرس، پس‌نوازی کمک می‌کند تا مرد مجدداً برانگیخته شده و با دستیابی مجدد نعوظ یک ارگاسم دوباره لذت‌بخش‌تر و رضایت‌بخش‌تر را تجربه کند.

5- پس‌نوازی پیام ارتباطی خاصی را به عنوان سپاس‌گزاری به طرفین منتقل کرده و زندگی جنسی ایشان را بارورتر می‌کند.

6- در صورت بروز مشکل یا تنش جنسی در مراحل قبل بویژه مرحله ادخال، پس‌نوازی فرصت انحلال این مشکل یا تنش را به هریک زوجین می‌دهد.

7- پس‌نوازی به عنوان فاز پایانی رابطه جنسی کمک می‌کند تا زوجین از قله برانگیختگی جنسی با یک شیب ملایم فرود آمده و در یک آرمیدگی و آسودگی حمایت شده یله شوند.

**V- وضعیت‌های جماعی[[71]](#footnote-71)**

برای آمیزش جنسی حالت ها و وضعیت‌های مختلفی وجود دارد که 5-4 روش از اصلی‌ترین وضعیت‌ها محسوب می‌شوند. اکثر زوجین از یکی دو وضعیت بیشتر استفاده نمی‌کنند و همین ممکن است رضایت جنسی آنها را در برخی موقعیت‌ها از جمله **زمانی که مرد دارای انزال زودرس** است، زن در **ماه‌های آخر** **حاملکی** است، زمانی که زوجین قصد افزایش یا کاهش احتمال بارداری را دارند و یا زمانی که یکی از زوجین دارای مشکل خاصی مانند چاقی و ... است.

بر این اساس آگاهی زوجین از وضعیت‌های جماعی مختلف می‌تواند به آنها در چنین موقعیت‌های خاص و مشکل‌زایی کمک کند تا در عین داشتن آمیزش، از فعالیت جنسی خود به رضایت برسند.

1- وضعیت مرد بالا (رخ به رخ مرد بالا)[[72]](#footnote-72)

2- وضعیت مرد بالا (رخ به ئشت مرد بالا)[[73]](#footnote-73)

3- وضعیت زن بالا (رخ به رخ زن بالا)[[74]](#footnote-74)

4- وضعیت پهلو به پهلوی رخ به رخ[[75]](#footnote-75)

5- وضعیت پهلو به پهلوی رخ به پشت[[76]](#footnote-76)

6- وضعیت‌های نشسته[[77]](#footnote-77)

7- وضعیت‌های ایستاده[[78]](#footnote-78)

**1- وضعیت مرد بالا (رخ به رخ مرد بالا)**

این وضعیت معمول‌ترین روش و وضعیت جماعی است. با توجه به برخی ویژگی‌های این وضعیت و نیز وجود برخی باورهای فرهنگی (از جمله اینکه فعالیت جنسی (سکس) فعالیتی مردانه است) اکثر زوجین از این وضعیت استفاده می‌کنند. در این وضعیت فعالیت اصلی بر عهده مرد است. در این وضعیت به دلیل دخول عمیق، فعالیت غالب مرد و وضعیت قرار گرفتن زن، احتمال انزال بی موقع و سریع بالاست (بویژه در صورت وجود اختلال انزال زودرس)؛ همچنین در این وضعیت در زنانی که دارای واژن‌های کوتاهتر هستند (بویژه اگر مرد دارای آلت نسبتاً بلندتری باشد) می‌تواند ایجاد درد کند؛ و نیز اگر اولین تجربه جماع زن باشد، احتمال پارگی پرده بکارت و نیز بارداری در این وضعیت بالاست.

لذا با توجه به ویژگی‌های این وضعیت جماعی، استفاده از آن در برخی شرایط مناسب نیست: زمانی که زن دارای وازن کوتاه‌تری است یا دارای عفونت‌های دهانه رحم است، زمانی که زوجین از اختلال انزال زودرس مرد رنج می‌برند و همچنین در دوره بارداری زن بویژه در چند ماه آخر بارداری.

این وضعیت با اندکی تغییرات می‌تواند به چندین وضعیت فرعی دیگر تبدیل شود: وضعیت مرد بالایی که زن پاهای خود را بدور کمر مرد قلاب می‌کند (که عمیق‌ترین دخول را باعث می‌شود)، وضعیتی که شانه‌های مرد تکیه‌گاه پاهای عمودی زن می‌شود و ... .

**2- وضعیت مرد بالا (رخ به پشت مرد بالا)**

این وضعیت جماعی با یک تغییر نسبت به وضعیت قبل، برخی ویژگی‌های همان وضعیت را داست. در این وضعیت مرد در رو و زن در زیر قرار می‌گیرد با این تفاوت که زن بر روی شکم خوابیده است. در این وضعیت فعالیت غالب بر عهده مرد است و زن نسبتاً نقش منفعل و ساکنی دارد. در این وضعیت بدلیل ممانعت باسن‌های زن، دخول عمیق صورت نمی‌گیرد و نیز احتمال بارداری پایین‌تر است.

این وضعیت جماعی برای برخی موقعیت‌ها که دخول عمیق دردناک و مشکل‌زاست و یا زمانی که زن نسبتاً احساس خستگی می‌کند و مایل است روی شکم بخوابد مناسب است.

این وضعیت بویژه یکی از وضعیت‌های مناسبی است که زوجین می‌توانند از طریق جماع بیرونی، با تحریک آلتی کلیتوریس و اندام جنسی خارجی زن وی را به ارگاسم برسانند. در این وضعیت زن پاهای خود را به هم چسبانده و با فشار جفت می‌کند. این وضعیت نیز با تغییراتی می‌تواند انواع فرعی داشته باشد.

**3- وضعیت زن بالا (رخ به رخ زن بالا)**

این روش نیز از روش‌های شایع مورد استفاده است (چرا که زوجین براحتی می‌توانند از وضعیت مرد بالا به آن تغییر وضعیت بددهند) . در این وضعیت مرد در زیر و زن در رو قرار می‌گیرد. البته شکل قرار گرفتن زن می‌تواند نسبت به مرد در وضعیت مماس یا حالت عمود و یا 145 درجه‌ای قرار گیرد. با توجه به وضعیت زن، نقش فعال در حرکات رفت و برگشتی برعهده اوست و مرد نسبتاً نقش ساکن‌تری دارد.

**این وضعیت جماعی برای زوجینی که مرد دچار انزال زودرس است یا زوجینی که زن دچار بی‌میلی جنسی است بسیار مناسب است:**

در **زوجینی که مرد دچار انزال زودرس است،** این وضعیت جماعی به دلیل انفعال یا تحرک و فعالیت کمتر مرد، باعث تأخیر در انزال و طول کشیدن جماع می‌شود.

در ضمن در این وضعیت با به تأخیر افتادن انزال در مرد، امکان تحریک دستی کلیتوریس توسط مرد و نیز تحرک و فعالیت بالای زن، بویژه در زنانی که مشکل بی میلی جنسی دارند، وضعیت مناسبی برای رسیدن زن به ارگاسم است.

این وضعیت برای زوجینی که تصمیم به بارداری دارند، یا زنان باردار و دارای مهبل کوتاه یا عفونت‌های رحمی مناسب نیست.

**4- وضعیت پهلو به پهلوی رخ به رخ**

در این وضعیت مرد و زن روی پهلوها و در کنار هم به حالت هم‌آغوشی قرار می‌گیرند. از آنجا که در این وضعیتی دخول عمیق صورت نمی‌گیرد، برای زوجینی که زن دارای مهبل کوتاه یا مرد دارای بلندی آلت است وضعیت جماعی مناسبی است. ازسوی دیگر این وضعیت به دلیل اینکه شرکای جنسی تحرک کمی دارند و نیز نیاز به تحمل وزن یکدیگر ندارند، برای برخی شراریط از جمله خستگی، بیماری، سالمندی، سنگین وزنی یکی از زوجین و ... وضعیت جماعی مناسبی است.

این وضعیت همچنین بدلیل تحرک کمتر و نیز قدرت کنترل بیشتر زوجین بر فعالیت و حرکات رفت و برگشتی‌شان، در مواقعی که مرد دارای اختلال انزال زودرس است وضعیت جماعی مناسبی است. بنابراین علاوه بر وضعیت جماعی زن بالا، این وضعیت جماعی نیز با تلفیق با روش «توقف- شروع» برای زوجینی که از انزال زودرس رنج می‌برند و همچنین برای زوجینی که تمایل به جماع تناسلی صولانی‌تر دارند توصیه می‌شود.

این وضعیت نیز با تغییراتی قابل تبدیل به وضعیت‌های فرعی دیگری است.

**5- وضعیت پهلو به پهلوی رخ به پشت**

در این وضعیت نیز همچون وضعیت چهارم (پهلو به پهلوی رخ به رخ) مرد و زن روی پهلوها و در کنار هم قرار می‌گیرند با این تفاوت که زن پشت به مرد قرار می‌گیرد و جماع مهبلی از پشت صورت می‌گیرد.

این وضعیت، با توجه به چند ویژگی، مناسب‌ترین و بهترین وضعیت جماعی برای زن باردار بویژه در 3 ماهه آخر بارداری است: 1) در این وضعیت نیاز به تحمل وزن مرد از سوی زن نیست 2) با توجه به اینکه در سه ماهه آخر بارداری خوابیدن به شکم یا طاق باز برای جنین خطرناک است در این وضعیت مادر در وضعیت مناسبی دراز می‌کشد 3) از آنجا که در ماه‌های پایانی بارداری دخول عمیق می‌تواند برای جنین و زن ایجاد مشکل (همچون زایمان زودرس و یا عفونت‌های واژینال و ...) کند، این وضعیت جاعی بدلیل عدم دخول عمیق بی اشکال و مناسب است.

در ضمن این وضعیت نیز برای جماع بیرونی جهت رسیدن زن به ارگاسم بسیار مناسب است. این وضعیت نسبت به وضعیت «مرد بالا (رخ به پشت مرد بالا)» شرایط مناسب‌تری را برای رسیدن زن به ارگاسم مهیا می‌کند. در این وضعیت نیز زن با پاهای جفت شده و فشرده به هم، همرا با مرد، در حالی که آلت مردانه مماس بر اندام بیرونی واژن از جمله کلیتوریس است حرکات رفت و برگشت را انجام می‌دهند. در ضمن هم مرد د هم زن در صورت نیاز یا تمایل قادر به تحریک دستی کلیتوریس نیز می‌باشند.

وضعیت‌های دیگر همچون وضعیت نشسته و ایستاده شاید با توجه به باورهای دینی و فرهنگی ما خیلی جای طرح در این نوشتار را نداشته باشد. لذا از تشریح این وضعیت‌ها صرف نظر می‌کنیم.

**بخش سوم**

**اختلالات جنسی شایع در مردان**

**و روش‌های درمانی**

**فصل چهارم**

**سردمزاجی یا بی میلی جنسی**

**سردمزاجی یا بی میل جنسی** اشاره به بی میلی نسبت به نزدیکی جنسی در عین تقاضا و خواست شریک جنسی دارد. این بی میلی تنها در یک بافت رابطه‌ای (شکایت شریک جنسی) یا در مقایسه وضعیت فعلی با گذشته (کاهش قابل توجه میزان آمیزش‌های جنسی) قابل طرح و عنوان است.

در بی میل جنسی (با در نظر گرفتن سن و شرایط زندگی شخص)، علاوه بر بی میلی نسبت به فعالیت جنسی، فرد با فقدان خیال‌پردازی‌های جنسی نیز مواجه است. 20٪ افراد جامعه دارای مشکل بی میلی جنسی هستند که البته شیوع آن در زنان بیش از مردان دیده می‌شود. به عبارت دیگر بی میلی جنسی (یا سردمزاجی جنسی) بیشتر مشکل خاص زنان است تا مردان. اما با این حال در مردان نیز بویژه در برخی شرایط شایع است. بر اساس بررسی‌های لومن (1994)، ٪33 زنان هیچ علاقه‌ای به سکس نشان ندادند؛ یعنی از هر سه نفر یک نفر کاملاً به سکس بی علاقه بود و 17٪ حین سکس مشکلات برانگیختگی را مطرح کردند. این در حالی است که در مردان 16٪ علاقه به روابط جنسی نداشتند و 10٪ نیز مشکلات مربوط به نعوظ داشتند.

**علل بی میلی جنسی**

بی میلی جنسی می‌تواند در نتیجه افسردگی، اضطراب یا استرس مزمن ایجاد شود. گاهی نیز ممکن است فرد از مهار میل جنسی به گونه‌ای دفاعی برای محافظت خود در برابر ترس‌های ناخودآگاهش در مورد رابطه جنسی استفاده کنند. در برخی افراد نیز ممکن است بی‌میلی جنسی تظاهری از خصومت نسبت به شریک جنسی یا علامتی از رابطه‌ای رو به تباهی باشد.

علاوه بر عوامل فوق، بی میلی جنسی حداقل در کشور ما ایران می‌تواند حاصل مصرف طولانی مدت مواد مخدر و وابستگی به مواد باشد. بسیاری از زوجین با اولین تجربه مصرف مواد در جریان آمیزش جنسی‌شان منبع بزرگی از لذت را دریافت می‌کنند. این تجربه منحصر به فرد ایشان را نسبت به ادامه مصرف مواد مخدر در نوبت‌های بعدی روابط جنسی‌شان تشویق می‌کند. اثرات فیزیولوژیک مواد مخدر- از جمله افیونی‌ها و الکل- بر روی سیکل پاسخ جنسی، منجر به تأخیر افتادن انزال و ارگاسم و به تبع آن طولانی شدن عمل جماع می‌شود.

اما با تداوم مصرف مواد مخدر و اثرات تدریجی و بلند مدت آن بر سیستم جنسی فرد، به تدریج منتهی به کاهش میل و کشش جنسی در فرد می‌شود. به عبارت دیگر ماده مخدری که در ابتدا فعالیت جنسی را در حد بالایی رضایت‌بخش و لذت بخش‌ می‌کرد، در ادامه منجر به اختلال بی میلی جنسی و ناتوانی جنسی در فرد می‌شود.

لذا در این افراد بی میلی جنسی اغلب پیامد گریزناپذیر مصرف و وابستگی به مواد مخدر است[[79]](#footnote-79). این بی میلی جنسی که از عوارض طبیعی دارو یا ماده مخدر است در طولانی مدت حیات جنسی زوجین را کاملاً خشک و راکد می‌کند. به عبارت دیگر مصرف طولانی مدت ماده مخدر میل و کشش جنسی در فرد مصرف کننده را از بین برده و هرگونه فعالیت جنسی را در وی متوقف می‌کند. بدیهی است که وقفه بلندمدت در فعالیت‌های جنسی زوجین منجر به برخی پیامدهای ناخوشایند از جمله نارضایتی و تنش‌های بین فردی می‌شود.

در برخی موارد، در صورتی که شریک جنسی فرد مصرف کننده ارزش‌گذاری زیادی روی روابط و زندگی جنسی‌اش کرده باشد و از سوی دیگر زوجین راه حل‌های سازگارانه‌ای برای این توقف جستجو نکنند، به ریاضت جنسی و خودارضایی و در بدترین حالت ممکن است به خیانت احتمالی وی منجر شود. البته همانگونه که ذکر شد این پیامدها در صورتی قابل پیش‌بینی است که شریک جنسی این فرد مصرف‌کننده نسبت به خواسته‌های جنسی کشش و انتظار بالایی داشته باشد.

لذا افراد مصرف کننده ماده مخدر در صورت بروز علائم بی میلی جنیس می‌باید بدنبال یافتن راه حل‌ها و درمان‌های انطباقی باشند تا به تمایلات طبیعی شریک جنسی‌شان پاسخ دهند.

**توجه:** در درمان‌های نگهدارنده وابستگی به مواد (اعتیاد) مانند MMT و BMT نیز، یکی از عوارض طبیعی داروی نگهدارنده در برخی از افراد بی میلی جنسی و اختلال نعوظی در مرد است. لذا در مواقعی که در درمان نگهدارنده بیشتر از 6 ماه طول می‌کشد، زوجین باید مراقب علایم بی میلی جنسی (و مشکلات نعوظی) باشند. بخصوص هنگامی که یکی از طرفین کشش و انرژی جنسی بیشتر از معمولی دارد از آنجا که در این موارد بی میلی جنسی اغلب مشکلات حادتری را در پی دارد، زوجین می‌باید در صورتی که علایم سردمزاجی و بی میلی هویدا شد، درباره آن با متخصص (روانشناس، یا پزشک کلینیک) صحبت و راهنمایی دریافت کنند.

**درمان اختلال بی میل جنسی**

مشکل سردمزاجی یا بی میلی جنسی را می‌توان هم با رویکردهای دارویی و هم روش‌های روان‌درمانی (شناختی- رفتاری) تا حدی بهبود بخشید. بطور کلی در درمان این اختلال (غیر از درمان‌های دارویی) دو راهبرد درمانی کلی وجود دارد:

**1- درمان و حذف عوامل اولیه‌ای که بی ملی جنسی حاصل آن است.**

سردمزاجی یا بی میلی جنسی در اغلب موارد یک اختلال ثانوی است. بدین معنا که بی میلی عموماً پیامد مشکلات دیگری از جمله «وابستگی به مواد[[80]](#footnote-80)»، اختلالات خلقی از جمله افسردگی، اختلال اضطراب، مشکلات و تنش‌های بین فردی می‌باشد[[81]](#footnote-81) . در چنین شرایطی که عامل بی میلی جنسی، افسردگی، اضطراب، مشکلات و تنش‌های بین فردی و یا وابستگی به مواد است، خط اول اقدامات درمانی می‌باید درمان این اختلالات باشد. پرداختن به این اختلالات و درمنا آنها خودبخود می‌تواند سبب بهبود عملکرد جنسی و رفع بی میلی جنسی در زوجین شود.

**2- آموزش‌های جنسیتی (با تأکید بر شروع ارتباط جنسی از سوی شریک جنسی)**

با توجه به اینکه عموماً وجود اختلال بی میلی جنسی در یکی از زوجین اتفاق می‌افتد، لذا شریک جنسی می‌باید نقش اصلی را بر عهده بگیرد. این تأکید بدین دلیل است که در درمان‌های شناختی - رفتاری بی میلی جنسی عملاً شریک جنسی است که باید عهده‌دار تکالیف درمانی شود.

در این رویکرد درمانی که از آموزش جنسی زوجین جهت بهبود بی میلی سود جسته می‌شود، زوجین در دو حوزه کلی آگاهی لازم را کسب می‌کنند:

**الف: آموزش جنسی زوجین در زمینه‌های مختلف زیر:**

1- آناتومی اندام جنسی

2- چرخه پاسخ جنسی

3- دانش درباره محرک‌های جنسی و تفاوت‌جنسیتی این محرک‌ها

4- مراحل سه گانه آمیزش جنسی

5- وضعیت‌های جماعی

افزایش دانش جنسی زوجین در زمینه‌های فوق بخصوص در زمینه محرک‌های جنسی و مراحل سه گانه آمیزش جنسی، به آنها کمک می‌کند تا در صورت تصمیم‌گیری جهت عمل جنسی طبق راهبرد دوم (راهبرد دوم (شروع رابط جنسی از سوی شریک جنسی فاقد بی میلی) روند مناسب، بی تنش و ارضا کننده‌ای را طی کنند.

**ب: شروع رابط جنسی از سوی شریک جنسی دیگر (شریک فاقد مشکل بی میلی)**

در این نوع اختلال، با توجه به بی میلی جنسی یکی از شرکای جنسی، شریک دیگر باید آغازگر رابط باشد. در صورتی که مرد دچار اختلال بی میلی باشد، انتظار کشیدن زن برای شنیدن پیشنهاد از سوی مرد خیلی منطقی به نظر نمی‌رسد، چرا در صورت گرایش جنسی مرد به وی، اساساً اختلال بی میلی جنسی منتفی است.

بنابراین در آموزش جنسی به زوجین دارای این مشکل، اساسی‌ترین و مهم‌ترین تأکید و توصیه بر همین آغازگری است: پیشنهاد دهنده و آغازگر رابطه جنسی می‌باید شریک جنسی دیگر باشد.

نکته: در اینجا باید یادآور شد که بسیاری از افراد (بویژه مردان) علی رغم داشتن مشکل و اختلال بی میل جنسی، در صورت تحریک تدریجی مناسب و صحیح جنسی، قادر به برانگیختگی جنسی و کسب نعوظ می‌باشند. فرد یا شریک جنسی بدون مشکل باید با فراهم کردن محرک‌های جنسی لازم همراه با لمس و نوازشگری- طبق مرحله پیش‌نوازی- شریک سردمزاج را به سمت انگیختگی جنسی پیش ببرد.

**راهکار عملی درمان بی میلی جنسی (در مردان)**

پیشنهاد رابطه جنسی و آغازگری توسط زن باید با مقدمه‌ای آغاز شود که آموزش‌های جنسی پیشین به تدارک این مقدمه کمک می‌کند.

1- زن در ابتدا باید با توجه به محرک‌های خاص جنسی مرد (تحریک‌ کننده‌های جنسی بصری) سعی در برانگیختگی وی می‌کند. برای مثال زن می‌تواند در این گونه شرایط با پوشیدن لباس‌های آزادتر و بازتر از تحریک کنندگی بدنش جهت برانگیختن مرد استفاده کند. یا با رفتارهایی که جاذبه‌های جنسی بصری وی را افزایش می‌دهد مرد را تحریک کند.

2- در گام بعد زن می‌تواند در یک ارتباط عاطفی و فیزیکی به مرد نزدیک‌تر شود.

3- در گام سوم زن می‌باید با ورود آرام و تدریجی به مرحله «پیش‌نوازی»، شروع به ملامسه قسمت‌های مختلف بدن مرد (به همان ترتیب ذکر شده در فصل) سطح انگیختگی وی را بالا ببرد. تداوم این ملامسه، نوازشگری و ماساژ در آخرین مراحل (لمس اندام جنسی) می‌تواند مرد را به سمت کسب نعوظ نیل دهد.

4- با دستیابی مرد به نعوظ، شرایط برآورد به مراحل بعدی آمیزش مهیاست.

توجه: در مراحل اولیه بهتر است زوجین بدون درآوردن لباس‌های خود به سمت برانگیختگی جنسی کامل بروند.

**فصل پنجم**

**اختلال مربوط به نعوظ (ناتوانی جنسی)**

اختلال مربوط به نعوظ نیز اشاره به شرایطی دارد که در عین تمایل و تلاش شرکای جنسی برای آمیزش جنسی حالت ننعوظ در مرد اتفاق نمی‌افتد و یا در صورت رخ دادن، فرد در حفظ آن ناتوان است، و در بعضی موارد نیز ننعوظ بسیار با تأخیر و به صورت نابسنده‌ای که برای آمیزش تناسلی و عمل دخول مناسب نیست رخ می‌دهد.

**در صورت وجود این اختلال در زوجین ابتدا می‌باید با انجام آزمایش‌ها و معاینات پزشکی علل زیستی یا جسمانی آن منتفی شود[[82]](#footnote-82). در این صورت برای درمان اختلال نعوظ کاملاً می‌باید از همان راهبردهای درمانی بی میلی جنسی سود برد. یعنی ابتدا** زوجین در زمینه‌های مختلف از جمله 1- آناتومی اندام جنسی 2- چرخه پاسخ جنسی 3- دانش درباره محرک‌های جنسی و تفاوت‌های جنسیتی 4- مراحل سه گانه آمیزش جنسی 5- وضعیت‌های جماعی **دانش لازم را کسب می‌کنند.** افزایش دانش جنسی زوجین در زمینه‌های فوق بخصوص در زمینه محرک‌های جنسی و مراحل سه گانه آمیزش جنسی، به آنها کمک می‌کند تا در صورت تصمیم‌گیری جهت عمل جنسی طبق راهبرد دوم (شروع رابط جنسی از سوی شریک جنسی فاقد بی میلی) روند مناسب، بی تنش و ارضا کننده‌ای را طی کنند. سپس با توجه به اهمیت راهبرد «پیشنهاد و **شروع رابط جنسی از سوی زن»، زن طبق روند مراحل سه گانه جنسی وارد رابطه جنس می‌شود.**

**همان‌گونه که درباره اختلال بی‌میلی جنسی تأکید شده مردان دچار مشکل در نعوظ با پایه‌های روانی و غیر زیستی، در صورت شناخت و تبعیت از برخی اصول اساسی (که در این نوشتار در فصل‌ها و ضمیمه‌ها بدان‌ها اشاره شده است) و تحریک تدریجی و مناسب قادر به نعوظ در حد کفایت هستند.**

**توجه:** «داشتن مشکلات جنسی و یا عدم ارضاء کافی یا ایده‌آل نیازهای جنسی فاجعه بار و وحشتناک نیست» بسیاری از زوجین علی رغم داشتن برخی مشکلات و نارضایتی‌های جنسی، از کلیت زندگی زناشویی خود رضایت دارند. رضایت اینچنین زوجینی، مبین این است که زنگی زناشویی افراد صرفاً منحصر و محدود به روابط و حیات جنسی آنها نمی‌شود. اگرچه زوجین جهت کاهش تنش‌ها و مشکلات جنسی‌شان می‌باید اقدام و تلاش لازم را به خرج دهند، اما مادامی که مشکلات وجود دارد می‌توان آن را به عنوان چیزی که «اگر بود بهار بود» و «اگر نباشد اتفاقی نمی‌افتد» نگریست.

**فصل ششم**

**انزال زودرس**

مشکلات جنسی را باید به عنوان یک مشکل مشترک بین هر دو زوج تلقی کرد (این تلقی باعث کاهش نگرانی‌ها و احساس گناه در فردی که مشکل تا حدی قابل انتساب به اوست می‌شود). لذا زوج‌ها باید بپذیرند که برای داشتن یک رابطه جنسی رضایت بخش مشترک، هر دو به طور هماهنگ و در کنار هم نیاز به یادگیری یا بازآموزی درباره نحوه‌های مطلوب‌تر و ارضاکننده‌تر ارتباط جنسی باشند. در ضمن زوجین باید درباره اطلاعات جنسی بخصوص در ارتباط با کالبدشناسی، فیزیولوژی و شیوه‌ها و وضعیت‌های جماع آموزش‌هایی را دریافت کنند. این آموزش باعث خواهد شد تا آنها اولاً نگرش‌ها و باورهای منفی، گناه‌آلود و مشکل‌ساز خود نسبت به زندگی جنسی و کلا سکس را نداشته باشند و دوماً اطلاعات درباره مکانیسم و طرز عمل دستگاه تناسلی و شیوه‌های آموزشی خود را که ممکن است نادرست بوده باشد تغییر داده اصلاح کنند. برای مثال با آگاهی از دوره‌های قاعدگی و ویژگی‌های این دوره در زن، می‌تواند در مورد زمان نزدیکی جنسی یا نحوه‌های مناسب آن، بهتر و مطلوب‌تر عمل کنند.

همان‌گونه که در فصل اختلالات جنسی اشاره شد، چهار دسته کلی اختلالات جنسی در مردان شامل: 1- سردمزاجی یا بی میلی جنسی[[83]](#footnote-83)، 2- اختلال مربوط به نعوظ (ناتوانی جنسی)[[84]](#footnote-84)، 3- انزال زودرس[[85]](#footnote-85) و 4- انزال دیررس[[86]](#footnote-86) می‌باشند. از بین این اختلالات، بی میلی جنسی و انزال زودرس شایع‌ترین مشکلات جنسی در مردان محسوب می‌شوند. از آنجا که این دو نوع اختلال جنسی در بسیاری از افراد حاصل مصرف مستمر مواد و وابستگی به مواد می‌باشند، در این فصل با تأکید بر روش‌های روان‌شناختی، برخی راهکارهای رفتاری- شناختی برای رفع و بهبود اختلالات و مشکلات جنسی «سردمزاجی یا بی میلی جنسی»، «اختلال نعوظی در مرد» و «انزال زودرس»، مورد طرح و بررسی قرار خواهد گرفت.

**انزال زودرس**

عمده‌ترین و شایع‌ترین نارضایی و شکایت زوج‌ها، بخصوص زوج‌های جوان، مشکل انزال زودرس است. در انزال زودرس، مرد مکرراً پیش از زمان دلخواه خود و شریک جنسی‌اش (همسر) به ارگاسم رسیده و انزال می‌کند. به عبارت دیگر انزال زودرس، یعنی رسیدن به اوج لذت جنسی زودتر از زمانی که به طور معمول برای فعالیت جنسی رضایت‌بخش زوج‌ها لازم است (کینزی و ...، 1994). شکایت معمول مردانی که این مشکل را دارند، این است که «بسیار سریع» به اوج لذت جنسی می‌رسند. این مشکل به راحتی می‌تواند در فعالیت و رابطه جنسی و لذت بردن زوج‌ها مداخله‌ای مخرب داشته باشد. مثلاً انزال همیشگی قبل از دخول یا بلافاصله پس از آن ممکن است به راحتی باعث نارضایی و سرخورگی زوجین در فعالیت جنسی‌شان شود.

در انزال زودرس، مدت کوتاهی پس از شروع تماس جنسی، قبل از اینکه زوجین به اندازه مطلوب از نزدیکی جنسی‌شان لذت ببرند، انزال بی موقع و بسیار زودهنگام مرد، باعث واخوردگی و ناکامی زوجین می‌شود. در بعضی موارد شاید مشکل واقعاً انزال زودرس نباشد، بلکه تنها ممکن است زوجین نسبت به کوتاه بودن زمان آمیزش جنسی‌شان گلایمند باشند. چرا که معمولاً زوج‌های جوان همیشه تمایل دارند که مدت آمیزش‌ جنسی‌شاان به درازا بکشد. یا در مواردی آنها تمایل دارند در یک نوبت آمیزش جنسی، تعداد یا دفعات به ارگاسم رسیدنشان را افزایش دهند.

به هر حال، از آنجا که آمیزش جنسی (تجربه ارگاسم) از جمله لذت بخش‌ترین فعالیت زندگی زناشویی بخصوص در زوج‌های جوان است، لذا طبیعی است که زوجی سعی دارند از روابط جنسی‌شان بیشترین رضایت را تجربه کنند. از همین رو، مشکل انزال زودرس و کوتاه شدن مدت آمیزش باعث نارضایی زوجین و احتمالاً جستجوی آنها برای یافتن راه حل‌های مشکل می‌شود. و در پی همین جستجوست که بسیاری از افراد به سمت دارو (داروهای غیرقانونی) و مواد مخدر از جمله «مواد افیونی (بخصوص تریاک) و الکل» می‌روند. باورهای عامیانه‌ای که درباره اثر بسیار مثبت و فوری «مواد افیونی (تریاک)» در حل مشکل انزال زودرس و طولانی کردن مدت آمیزش (و در اصطلاح عامیانه‌تر «سفت کردن کمر») وجود دارد، باعث به وجود آمدن وابستگی به مواد در بسیاری از افراد بخصوص در مردان شده است. بسیاری از مراجعین به مراکز «درمان و بازتوانی اعتیاد»، تنها به منظور حل مشکل جنسی‌شان (انزال زودرس یا کوتاه بودن مدت آمیزش)، به تدریج دچار وابستگی به مواد شده‌اند. ضمن اینکه یکی از عواملی که باعث بالا رفتن ریسک برگشت[[87]](#footnote-87) () در این افراد می‌شود، اساساً باقی ماندن این مشکل به قوت خود است.

البته همیشه انزال زودرس نیست که باعث نارضایی زوج‌ها از روابط جنسی‌شان می‌شود بلکه انتظار آنها درباره (به درازا کشیدن) مدت و زمان آمیزش نیز سبب می‌شود که آنها از روند طبیعی آمیزش جنسی‌شان ابراز نارضایی می‌کنند.

**نکات پایه در درمان انزال زودرس (آموزش رفتاری شیوه‌های نزدیکی جنسی)**

در بسیاری موارد، اختلالات و مشکلات جنسی و نارضایتی‌های پیامد آن، حاصل عدم آگاهی و دانش زوجین نسبت به نحوه یا شیوه‌های درست و مطلوب آمیزشی جنسی است. برای مثال بسیاری از زوج‌ها (بخصوص در فرهنگ‌های سنتی‌تر) آمیزش یا رابطه جنسی را تنها معادل «نزدیکی تناسلی» (وضعت ادخال) تلقی می‌کنند. به عبارت دیگر، روابط جنسی در چنین زوج‌هایی تنها به یک جماع تناسلی همراه با دخول خلاصه می‌شود. و همین نیز باعث بسیاری از نارضایی‌های جنسی در آنها می‌شود. چرا که اساساً به دلیل کارکرد و مکانیسم‌های طبیعی و نرمال عمل جنسی، پدیده ارگاسم یا رسیدن به اوج لذت جنسی (و بالطبع انزال) در مدت زمان کوتاهی )بین 2 تا 3 دقیقه) اتفاق می‌افتد و این چیزی بسیار طبیعی است. در اینجا باید به بررسی‌ای که بر روی حدود 6000 مرد انجام گرفته است اشاره کرد؛ در این بررسی در حدود 70 درصد مردان بیان کردند که طی 2 دقیقه پس از دخول به اوج لذت جنسی (و انزال) می‌رسند (کینزی و همکاران، 1948).

برای درک بهتر این مسأله در اینجا لازم است اشاره مختصری به برخی ویژگی‌های اندام و اعضای تناسلی در هر دو جنس شود (برای آشنایی کامل با آناتومی جنسی زن و مرد به ضمیمه ؟ مراجعه کنید). در اندام تناسلی مرد[[88]](#footnote-88)، حشفه[[89]](#footnote-89) حساس ترین ناحیه آلت تناسلی است. در این ناحیه به دلیل وجود گیرنده‌هایی که نسبت به مالش و اصطکاک حساس هستند هر نوع تماس و لمسی می‌تواند منجر به تحریک و نزدیک شدن مرد به انزال شود. اساساً همین حساسیت در حشفه است که در اثر تماس و اصطکاک با یک جسم خارجی، باعث رسیدن مرد به اوج لذت جنسی و رخداد انزال می‌شود. در اندام جنسی زن نیز، وجود گیرنده‌های بسیار حساس نسبت به لمس و مالش در قسمت بیرونی و داخلی وازن[[90]](#footnote-90) بویژه در قسمت کولیتوریس و نیز در نقطه‌ای به نام نقطه G منجر به رسیدن زن به اوج لذت جنسی می‌شود.

بنابراین با توجه حساسیت بسیار بالای سر آلت تناسلی مرد یا حشفه نسبت به لمس و مالش که باعث می‌شود در کمتر از 2 دقیقه به حال ارگاسم و انزال برسد، بدیهی است که اگر زوجین مسیر درستی را در آمیزش جنسی طی نکنند و به محض تصمیم‌گیری جهت نزدیکی را وارد وضعیت جماع تناسلی و ادخال شوند، طول زمان فعالیت جنسی‌شان بسیار کوتاه و نارضایت‌بخش خواهد بود.

با توجه به مطالب فوق، می‌توان گفت بطور کلی اختلال انزال زودرس (غیر از درمان‌های دارویی) دارای دو راهبرد درمانی کلی است:‌

**1- آمیزش و افزایش سواد جنسی**

آموزش جنسی زوجین همچون اختلال بی میلی و مشکل نعوظ، شامل حوزه‌های مختلف زیر می‌شود:

1- آناتومی اندام جنسی

2- چرخه پاسخ جنسی

3- دانش درباره محرک‌های جنسی و تفاوت‌های جنسیتی این محرک‌ها

4- مراحل سه گانه آمیزش جنسی

5- وضعیت‌های جماعی

**2- آموزش روش‌های رفتاری «شروع - توقف» (یا «تحریک - توقف» و «فشردن»**

**در درمان اختلال انزال زودرس روش‌های** «توقف- شروع» (یا «تحریک - توقف») «فشردن» از شایع‌ترین تکنیک‌های درمان رفتاری هستند. در زیر این دو روش که هم برای درمان انزال زودرس و هم جهت تطویل مدت آمیزش به کار بسته می‌شوند، تشریح می‌شوند.

**1- روش تحریک = توقف (stop-start)**

این روش نسبتاً ساده‌ای است و بسیار شبیه روش جماع منقطع است که بسیاری از زوجین از آن به عنوان یک روش جلوگیری از بارداری استفاده می‌کند. همانند جماع منقطع، مهمترین اصل کلی این روش، **شروع** جماع و فعالیت جنسی و سپس **توقف** آن قبل از انزال است. بنابراین زوجین قادرند این روش را در یک جلسه به راحتی آموزش ببینند.

برای عمل کردن این روش مشارکت هر دو زوج بخصوص زن ضروریست چرا که انجام بخشی از تکالیف یا راهکار‌های درمانی برعهده اوست. بنابراین لازم است در مورد این روش به همسر یا شریک جنسی فرد دچار انزال زودرس نیز آموزش و آگاهی لازم داده شود.

**مرحله I:**

در این مرحله آلت تناسلی مرد توسط خود او یا شریک جنسی اش (زن) تحریک می‌شود (مرحله تحریک، شروع یا start). این تحریک دراین مرحله به وسیله «دست خشک» انجام می‌شود و می‌باید تا زمانی که مرد احساس کند که به اوج لذت جنسی یا ارگاسم نزدیک است ادامه یابد. درست در لحظه احساس نزدیک شدن انزال، با علامت دادن مرد، تحریک متوقف می‌شود (مرحله توقف یا stop). بعد از اینکه احساس انزال گذشت یک تا دو دقیقه دو مرتبه تحریک را شروع کند بعد از 15 دقیقه پرهیز از انزال، زوجین در صورت تمایل می‌توانند تحریک را تا رخداد انزال ادامه دهند و از انزال لذت ببرند.

اگرچه این تمرین بهتر است 15 دقیقه طول بینجامد. یعنی تحریک و به تأخیر انداختن انزال تا 15 دقیقه طول بکشد. اما در صورتی که انزال قبل از 15 دقیقه اتفاق افتاد، تمرین می‌باشد از نو شروع شود (بسیاری از مردان با فاصله کوتاهی بعد انزال می‌توانند نعوظ دیگری داشته باشند) اگر توانایی نعوظ دوم وجود ندارد تمرین به روز دیگری موکول می‌شود. این تمرین می‌تواند برای مدتی (مثلاً چند هفته) تکرار شود تا زمانی که زمان تحریک و رسیدن به اوج لذت جنسی مرد بیشتر شود.

توجه: در مراحل اولیه نباید هیچ نزدیکی جنسی صورت گیرد و همچنین نباید نقاط حساس و جنسی و حساس زوجین لمس و تحریک شود. این نقاط شامل: سینه‌ها، نوک پستان، عضو جنسی مردانه، بیضه‌ها، وازن یا کلیتوریس، می‌شود. اما لمس و ماساژ دیگر نقاط غیرحساس اشکالی ندارد بلکه توصیه می‌شود.

**مرحله II:**

در آغاز این تمرین، تحریک بوسیله دست خشک صورت می‌گیرد. در مرحله بعد برای افزایش حساسیت و ایجاد احساس‌هایی شبیه به نزدیکی مهبلی، از یک ماده چرب کننده استفاده می‌شود. به عبارت دیگر پس از اینکه با روش مرحله یک فرد توانست 15 دقیقه بدون انزال تمرین را انجام دهد، این بار تمرین را می‌باید با «دست نر» (کرم یا ژل) تکرار کند. در این مرحله هم طول مدت تمرین بهتر است 15 دقیقه باشد.

این تمرین نیز می‌تواند برای چند هفته و تا زمانی که زمان تحریک و رسیدن به مرحله انزال مرد بیشتر شود و احساس کنترل بر انزال وی افزایش یابد تکرار شود .

**مرحله III:**

در مرحله بعد، ابتدا دخول مهبلی (که البته عضو جنسی مردانه می‌تواند نعوظ کاملی هم نداشته باشد) به صورت «زن بالا» و بدون حرکات رفت و برگشت تمرین می‌شود. و در پی آن زوجین می‌توانند، در همان حالت زن بالا، دخول با انجام حرکات همراه باشد. به عبارت دیگر در شروع این مرحله و در تبدای حالت دخول، برای 5 دقیقه هیچکدام از زوجین نباید حرکتی بکنند. سپس زن می‌تواند شروع به حرکات نرم کند که هدف این حرکات نرم بیشر حفظ نعوظ مرد است. این مرحله 10 دقیقه تداوم می‌یابد و در آن مرد هیچ حرکتی نمی‌کند. اگر احساس نیاز به انزال دست داد فرد باید به زن علامت دهد تا حرکتش را برای چند دقیقه متوقف کند. این مقطع مرد می‌باید خودش را ریلکس کند. این مرحله نیز 15 دقیقه باید به طول انجامد.

در جلسات بعد این تمرین می‌تواند با عضو جنسی مردانه دارای نعوظ کامل انجام شود.

**مرحله IV:**

در این مرحله، مرد عضو جنسی خود را درون واژن زن در وضعیت «زن بالا» حرکت می‌دهد. این تمرین باید در چند وضعیت تکرار شود، ابتدا بهتر است این تمرین درهمان وضعیت «زن بالا» و سپس در وضعیت «پهلو به پهلو» و نهایتاً در وضعیت «مرد بالا» صورت بگیرد.

توجه:‌اگر در هر مرحله شکست اتفاق افتاد لازم است زوجین یک مرحله به عقب برگشته و تمرینات را از مرحله قبلی شروع کنند.

**2- روش فشردن یا فشار (squeeze technique)**

این روش نیز تا اندازه شبیه روش «تحریک = توقف» است. البته در مراحل اولیه این تمرین هیچ نزدیکی جنسی به صورت ادخال صورت نمی‌گیرد و فعالیت جنسی صرفاً به لمس و نوازش غیرتناسلی محدود می‌شود. این روش دارای سه مرحله اصلی است:

1- پیش‌نوازی متمرکز بر اندام غیر حساس جنس زوجین

2= متمرکز بر پیش‌نوازی و لمس اندام حساس جنسی زوجین

3- تحریک آلت جنسی مرد به شکل تحریک - توقف و تکنیک فشردن

**مرحله I: پیش‌نوازی اندام غیر حساس جنسی**

اوین مرحله در این روش، لمس، ماساژ و نوازش نقاط حساس غیر جنسی توسط زوجین است. در این مقطع به هیچ وجه نباید نقاط جنسی و حساس توسط زوجین لمس و تحریک شود (این نقاط شامل سینه‌ها، نوک پستان، عضو جنسی مردانه، بیضه‌ها، واژن یا کلیتوریس، می‌شود).

این مرحله اساساً مرحله **پیش‌نوازی** است که قسمت اعضم یک ارتباط جنسی را به خود اختصاص می‌دهد. زوجین بدون اینکه لباس های زیر خود را در بیاورند. می‌توانند به نوبت و یا توامان به لمس، ماساژ و نوازش نقاط مختلف حساس غیر جنسی بدن همدیگر از جمله پشت، گردن، بازوها، باسن و پاها بپردازند[[91]](#footnote-91).

**مرحله II: پیش‌نوازی اندام حساس جنسی**

بعد از حدود 15 دقیق که زوجین مناطق حساس و غیر جنسی همدیگر را پیش‌نوازی کردند، در این مرحله می‌توانند به ارامی سراغ نقاط حساس جنسی همدیگر از جمله سینه‌ها، نوک پستان، کشاله ران و ... رفته و این قسمت‌ها لمس، نوازش و ماساژ، دهند[[92]](#footnote-92). در این مرحله زوجین می‌توانند توامان یا به نوبت اندام جنسی همدیگر از جمله بیضه‌ها، آلت جنسی مردانه، واژن یا کلیتوریس را لمس و نوازش کنند[[93]](#footnote-93). تفاوت این مرحله با مرحله بعد در این است که در این مرحله تنها لمس و نوازش آرام و نرم‌اندام جنسی مجاز است و نه تحریک اندام جنسی در حد ایجاد ارگاسم. البته در این مرحله لمس و تحریک اندام جنسی زن توسط مرد تا حد رسیدن وی به ارگاسم و اوج لذت جنسی بدون اشکال است[[94]](#footnote-94) اما گرایش به تحریک آلت جنسی مرد در این مقطع باید به تأخیر بیفتد.

**مرحله IV: تحریک آلت جنسی مرد و تکنیک فشردن (مرحله لمس تناسلی)**

در این مرحله که مرحله لمس تناسلی است، ابتدا زن با دست خود آلت تناسلی همسرش را تحریک می‌کند و زمانی که مرد احساس کرد که به اوج لذت جنسی نزدیک است آن را با علامت از پیش تعیین شده‌ای به همسر خود خبر می‌دهد. در این موقع زن عمل تحریک را متوقف می‌کند و به مدت 2 تا 3 ثانیه آلت تناسلی شوهر را به شدت می‌فشارد بدین صورت که انگشت شصت در جلوی آلت و انگشت دوم و سوم در دو پهلوی برجستگی حشفه قرار گیرد (درست مانند گرفتن سرنگ در دست).

این فشار باعث می‌شود که مرد میل به انزال و تا اندازه‌ای نعوظ را نیز از دست بدهد. این فرایند تحریک و فشردن برای چند جلسه (و هر جلسه چندین بار) تکرار و تمرین شود.

این تمرین به تدریج باعث۴ افزایش توانایی مرد در کنترل انزال می‌شود همانگونه که تأکید شد باید حداقل در 4-5 جلسه اول، زوجین نمی‌باید آمیزش تناسلی داشته باشند. یعنی زن و شوهر باید در چند هفته اول که این درمان و تمرین را شروع کرده‌اند، با کمی تحمل سعی کنند روابط جنسی‌شان را تنها به همین تمرین محدود کنند تا به تدریج شرایط آمیزش تناسلی جنسی مهیا شود. بعد از چند جلسه که زوجین به مهارت لازم برای کنترل انزال رسیدند، آنها می‌توانند، اقدام به آمیزش تناسلی کنند.

البته این آمیزش در جلسات اولیه باید بدون انجام حرکات رفت و برگشت باشد. زمانی که مرد احساس کرد که انزال در حال وقوع است باید به زن اطلاع دهد تا او به آرامی خود را کنار بکشد. بعد از اینکه زن عقب نشست، باید با همان روش «فشردن» سعی کند از انزال جلوگیری کند. به عبارت دیگر، بعد از اینکه زن خود را کنار کشید باید به آرامی به همان شیوه گرفتن سرنگ، آلت شوهر را با دست بگیردو عمل فشردن را انجام دهد. البته در این مقطع برای اینکه نعوظ کاملاً از بین نرود، زن می‌تواند از روش دیگری برای فشردن استفاده کند بدین نحو که آلت مرد را از پایه خود بگیرد که انگشت شصت او در بخش زیرین آلت تناسلی و 4 انگشت دیگر در رو قرار گیرد.

حال دراین حالت، با فشار دادن آلت به سمت عقب می‌توان از انزال آن جلوگیری کرد. ضمن اینکه حالت نعوظ آن هم حفظ خواهد شد. این تمرین چندین بار باید تکرار شود تا وقتی زوجین به رضایت کافی برسند. سپس می‌توانند تصمیم بگیرند که انزال واقعاً اتفاق بیفتد. در این مرحله آنها می‌توانند، عمل آمیزش را همراه با حرکات رفت و برگشت آرام انجام دهند تا حالت ارگاسم کامل و انزال واقعی صورت بگیرد.

زوجین ممکن است لازم باشد که این تمرین را برای چند ماه متوالی انجام دهند تا زمانی که مرد بتواند کنترل لازم و مطلوب را بر انزال خود بدست آورد.

توجه: در مراحل اولیه این تمرین نباید هیچ نزدیکی جنسی صورت گیرد و همچنین نباید نقاط جنسی و حساس توسط زوجین لمس و تحریک شود (این نقاط شامل سینه‌ها، نوک پستان، عضو جنسی مردانه، بیضه‌ها، واژن یا کلیتوریس، می‌شود). اما لمس و ماساژ دیگر نقاط غیر حساس اشکالی ندارد بلکه توصیه می‌شود.

1. frigidity [↑](#footnote-ref-1)
2. Premature ejaculation [↑](#footnote-ref-2)
3. Male erectile disorder [↑](#footnote-ref-3)
4. Dysparcunia [↑](#footnote-ref-4)
5. DSMs , ICDs,… [↑](#footnote-ref-5)
6. paraphilias [↑](#footnote-ref-6)
7. Gender identity disorder [↑](#footnote-ref-7)
8. Sexual disorders [↑](#footnote-ref-8)
9. انحرافات جنسی که در حوزه مسئل جنسی نابهنجار قرار می‌گیرند شامل عورت‌نمایی (Exhibitionism)، یادگارپرستی (fetishism)، میل جنسی به کودکان (paedophilia)، مبدل‌پوشی جنسی (teransvestism) و ... که البته ممکن است همپوشی‌هایی نیز با اختلالات جنسی داشته باشند . [↑](#footnote-ref-9)
10. Desire [↑](#footnote-ref-10)
11. Sexual Arousal [↑](#footnote-ref-11)
12. orgasm [↑](#footnote-ref-12)
13. Dyspareunia [↑](#footnote-ref-13)
14. Erection [↑](#footnote-ref-14)
15. Ejaculation [↑](#footnote-ref-15)
16. در این نوشتار اگرچه به برخی اختلالات شایع جنسی در زنان اشاره شده است اما در مبحث درمان، اساساً تمرکز بر درمان مشکلات جنسی مردانه از جمله مسائل مربوط به «بی‌ میلی جنسی»، «نعوظ» و «انزال» است و به درمان اختلالات جنسی زنان پرداخته نمی‌شود. [↑](#footnote-ref-16)
17. frigidity [↑](#footnote-ref-17)
18. Anorgasmia [↑](#footnote-ref-18)
19. Vaginismus [↑](#footnote-ref-19)
20. Anapherodisis [↑](#footnote-ref-20)
21. Impotence [↑](#footnote-ref-21)
22. Premature Ejaculation [↑](#footnote-ref-22)
23. Retarded Ejaculation [↑](#footnote-ref-23)
24. Anapherodisia [↑](#footnote-ref-24)
25. 1. علاوه بر اختلالات ذکر شده در بالا، اختلالات جنسی دیگر از جمله؛ «مقاربت دردناک (Dyspareunia) و «بیزاری جنسی (Sexual Aversion) در مردان وجود دارد که در اینجا صرفاً به دلیل شیوع بسیار اندک آنها از ذکرشان صرف‌نظر شده است. [↑](#footnote-ref-25)
26. مانند روش «توقف - شروع» یا «فشردن» و یا حتی روش «جماع منقطع» همه مستلزم هماهنگی، کار و تکالیف دو نفره است. [↑](#footnote-ref-26)
27. ایند به طور غیر مستقیم بر لزوم آموزش زوجین در زمینه مهارت‌های انطباقی، از جمله مهارت «حل تعارض بین فردی» «حل مسأله»ِ، «کنترل خشم»، «کنترل استرس»، «تفکر انتقادی»، «آموزش قاطعیت یا جرأت ورزی» و - اشاره و تأکید دارد. [↑](#footnote-ref-27)
28. برای مثال در صورت عصبانی شدن از دست طرف مقابل بهتر است از نشان دادن این عصبانیت طفره نرفه و آن را به گونه‌ای منطقی و در همان فضای «کنونی» ابراز کنند: «این حرفی که الآن به من زدی مرا خیلی ناراحت کرد، می‌خواهم بدانم دلیل این حرفی که زدی چه بود؟! و یا من به خاطر کاری که کردی بسایر عصبانی‌ام» (رک مهارت‌های زندگی) [↑](#footnote-ref-28)
29. این واکنش خشونت آمیز والدین نسبت به کنجکاوی کودک در مورد اندام تناسلی اش (که همیشه با اضطراب و دلهره همراه است) تا حدی ناشی از وحشت والدین نسبت به احتمال انحراف جنسی کودکانشان است. از آنجا که سکس و مسائل پیرامون جنسیت در فرهنگ انسانی تابوترین موضوع انسانی است والدین همیشه سعی دارند چنین مسائلی در پنها‌ن‌ترین نقاط ذهن خودشان و کودکانشان مکتوم و مخفی بماند. [↑](#footnote-ref-29)
30. وحشتزدگی کودک از یک سو ممکن است ناشی از ادراکش در مورد تخاصم والدینش باشد. به عبارت دیگر حتی اگر کودک فعالیت و آمیزش جنسی والدینش را نوعی صحنه خشونت بار و آزارگرانه ادراک و تلقی نکند باز ممکن است در او احساس تلخ از طردشدگی از سوی والدینش بوجود آید که همین می تواند موجد سوگیری و نگرش منفی او نسبت به فعالیت جنسی شود. [↑](#footnote-ref-30)
31. تأکید تربیتی روانشناسان بر این است که زوجین به تدریج از سن یک سالگی کودک، فعالیت جنسی خود را محدود و یا موکول به زمان و مکانی کنند که احتمال مشاهده شدن‌شان توسط کودک در حین نزدیکی جنسی به حداقل برسد. برای مثال می‌توان برای کودک تخت مجزایی با حفاظ تدارک دید و به تدریج در سن 3،2 سالگی نیز اتاقی مجزا برای کودک اختصاص داد. البته باید متذکر شد که الزام این کار نه تنها به خاطر کودک و تهدیدی است که ممکن است شناخت‌ها و نگرش‌های او را پیرامون فعالیت و مسائل جنسی در بزرگسالی دچار اغتشاش کند. بلکه همانگونه که ذکر شد احتمال مشاهده شدن زوجین در حین نزدیکی از سوی دیگران، در خود آنها ایجاد حالتی از ترصد و و اضطراب کرده و عملکرد مطلوب و بالطبع رضایت جنسی‌شان را مختل می‌کند. لذا زوجینی که دارای فرزند می‌باشند به ناچار می‌باید در زمینه فعالیت جنسی‌شان به نوعی انضباط، وقت‌شناسی و مکان‌شناسی (موقعیت‌سنجی) تن در دهند. [↑](#footnote-ref-31)
32. Panic attack [↑](#footnote-ref-32)
33. Derealization [↑](#footnote-ref-33)
34. به طور حتم یکی از دلایل مسلم مشکل حاد و فراگیر «انزال زودرس» و کوتاه شدن زمان آمیزش، که علت بسیاری از نارضایی‌های جنسی است، همین مسأله می‌باشد. [↑](#footnote-ref-34)
35. در اینجا برای تعدیل و اصلاح چنین باورهایی، اشاره‌ای ضمنی به بعضی شواهد و استنباط‌های دینی می‌کنیم:

الف) موضع پذیرفته شده چند همسری: که در شرع نیز هیچ اشکالی برآن گرفته نشده و الزاماً تنها برای کنترل و اطفای شهوت در مسیر مشاع و درست آن توصیه شده است.

ب) تشویق و تأکید بر جماع: در متنون دینی به گونه‌ای تلویحی نزدیکی و آمیزش جنسی (جماع) مورد تشویق قرار گرفته است. چه که شاید چنین فعالیتی بر قوام و روح زندگی زناشویی غنایی بیشتر می‌بخشد.

ج) موضع پذیرفته شده ازدواج موقت که صرفاً به عنوان راه حلی برای اطفاء و کنترل میل جنسی در افراد فاقد شرایط ازدواج قائم لحاظ شده است.

د) مبحث عزل و جواز عزل: که در موارد بسیاری از جمله ازدواج موقت و حتی ازدواج دائم (با لحاظ شرایطی) مورد اجماع است.

ه) عدم وجوب تکثیر نسل: که در منابع فقهی از جمله سنت درباره آن اختلافی نیست و حتی به رغم کراهت ترک ازدواج، می‌توان به ازدواج تن نداد یا بر فرض ازدواج، از بچه‌دار شدن به طور مطلق جلوگیری کرد. مضاقاً اینکه در بین اهل فن سنت کسی حکم بر وجوب تولد نکرده است.

تمامی موارد بالا و موارد بسیار دیگری که می‌توان از بطن متون دینی استخراج و استنباط کرد (که این خود مجالی دیگر و اهل فنی دیگر را اقتضا می‌کند) همه مبین عدم وجوب تکثیر نسل در سربند آمیزش‌های جنسی بوده، و قابل انتفاع است ضمن اینکه اشاره و تلویح استنباط فوق چنین خواهد بود که، آمیزش جنسی خود به طور مستقل و فی نفسه بدون هیچ تکیه گاه دیگری برای احراز مشروعیت، بر آن مشروعیت فرض شده است. [↑](#footnote-ref-35)
36. البته این باورها و نگرش هایی که مثلاً فعالیت جنسی را باعث «لوث شدن عشق و پاکی رابطه زناشویی» شان می‌دانند متفاوت است. [↑](#footnote-ref-36)
37. vagina [↑](#footnote-ref-37)
38. uterus [↑](#footnote-ref-38)
39. vulva [↑](#footnote-ref-39)
40. Labia majors [↑](#footnote-ref-40)
41. Labia minora [↑](#footnote-ref-41)
42. clitoris [↑](#footnote-ref-42)
43. Hymen [↑](#footnote-ref-43)
44. Penis [↑](#footnote-ref-44)
45. Glans penis [↑](#footnote-ref-45)
46. Erection [↑](#footnote-ref-46)
47. Sexual desire [↑](#footnote-ref-47)
48. Motivation [↑](#footnote-ref-48)
49. Orgasm [↑](#footnote-ref-49)
50. Resolution [↑](#footnote-ref-50)
51. Penis [↑](#footnote-ref-51)
52. Erection [↑](#footnote-ref-52)
53. Vulva [↑](#footnote-ref-53)
54. Vagina [↑](#footnote-ref-54)
55. Clitoris [↑](#footnote-ref-55)
56. Libia minor [↑](#footnote-ref-56)
57. Orgasmic platform [↑](#footnote-ref-57)
58. Penetration [↑](#footnote-ref-58)
59. Refractory period [↑](#footnote-ref-59)
60. Substance dependence [↑](#footnote-ref-60)
61. Maintenance treatment [↑](#footnote-ref-61)
62. Methadone maintenance treatment [↑](#footnote-ref-62)
63. Buprenorphine maintenance treatment [↑](#footnote-ref-63)
64. Coitus [↑](#footnote-ref-64)
65. Foreplay or precoital sex play [↑](#footnote-ref-65)
66. Intercourse [↑](#footnote-ref-66)
67. Afterplay [↑](#footnote-ref-67)
68. Internal intercourse [↑](#footnote-ref-68)
69. External intercourse [↑](#footnote-ref-69)
70. اگرچه برخی نقطه G در مجرای مهبلی را در به ارگاسم سیدن زن دخیل می‌دانند، اما تا کنون شواهد قطعی برای دخیل بودن آن پیدا نشده است. لذا بیاری از زنان تنها از طریق یک جماع بیرونی (در موراد زیادی با تحریک دستی شریک جنسی) قادر به تجربه ارگااسم هسنند.

در این روش جماعی، زوجین می‌توانند با توجه به عادت‌های جماعی‌شان، به ارگاسم برسند اما در صورتی که بر حسب عادت مرد ابتدا (حق تقدم) به ارگاسم می‌رسد، بهتر است از کاندوم (انواع خاردار یا معمولی) استفاده کنند تا بعد از رخداد انزال زوجین بتوانند پس یک وقفه کوتاه مجدداً به جماع (بیرونی) جهت رسیدن زن به ارگاسم ادامه دهند. [↑](#footnote-ref-70)
71. Intercourse position [↑](#footnote-ref-71)
72. Male superior position (man- on-top face to face intercourse position) [↑](#footnote-ref-72)
73. Male postero-superior position [↑](#footnote-ref-73)
74. Female superior position (woman-on-top face to face intereourse position) [↑](#footnote-ref-74)
75. Side-to-side face to face intercourse position [↑](#footnote-ref-75)
76. Postero-lateral eoital (Rear entry) [↑](#footnote-ref-76)
77. Sitting position [↑](#footnote-ref-77)
78. Standing position [↑](#footnote-ref-78)
79. در درمان‌های نگهدارنده یا متادون MMT یا نگهدارنده یا بوئرنورفین BMT) نیز یکی از مشکلات و گلایه های درمانجویان، بی میلی جنسی است. این بی میلی از عوارض جانبی مصرف داروی نگهدارنده است. [↑](#footnote-ref-79)
80. Substance dependency [↑](#footnote-ref-80)
81. گاهی نیز ممکن است سردمزاجی با یک اختلال شخصیت (personality disorder) همراه باشد که عموماً در چنین مواردی و راهکارهای درمانی بسیار پیچیده و شاید تا حدی نیز غیر قابل حل باشند. [↑](#footnote-ref-81)
82. در صورت تائید عوامل جسمی و زیستی در طی آزمایشات و معاینات بالینی، می‌باید از درمان‌هایی با رویکرد پزشکی از جمله مصرف دارو، استفاده از پروتز یا دستگاه‌های مکانیکی ویزه استفاده شود. [↑](#footnote-ref-82)
83. Anapherodisia [↑](#footnote-ref-83)
84. Impotence [↑](#footnote-ref-84)
85. Premature ejaculation [↑](#footnote-ref-85)
86. Retarded ejaculation [↑](#footnote-ref-86)
87. Relapse [↑](#footnote-ref-87)
88. Relapse [↑](#footnote-ref-88)
89. Penis [↑](#footnote-ref-89)
90. Glons [↑](#footnote-ref-90)
91. شیوه ماساژ و تغییر جا در مرحله لمس و نوازش اعضای غیر جنسی:

زن روی شکم دراز می‌کشد و مرد حدود 10 دقیقه نقاط پشت، گردن، بازوها، باسن و پاها را ماساژ می دهد.

مرد روی شکم دراز می‌کشد و زن حدود 10 دقیقه نقاط پشت، گردن، بازوها، باسن و پاها را ماساژ می دهد.

زن طاقباز می خوابد و مرد حدود 10 دقیقه نقاط گردن، سینه، شکم، شانه‌ها،َ بازوها و پاها را ماساژ می‌دهد.

مرد طاقباز می‌خوابد و زن حدود 10 دقیقه نقاط گردن، سینه، شکم، شانه‌ّآ، بلزوها و پاها را ماساژ می‌دهد.

تمرینات فوق می‌تواند در موقعیت‌های متعددی انجام شود. این تمرینات در حالت آرامش می‌توانند بسیار لذتخبخش باشد. [↑](#footnote-ref-91)
92. شیوه ماساژ و تغییر جا در مرحله لمس و نوازش اعضای جنسی:

مردحدود 5 دقیقه تنه کلیتوریس زن را به نرمی لمس می‌کند.

زن حدود 5 دقیقه به نرمی بیضه‌های مرد را لمس می‌نماید.

مرد حدود 5 دقیقه سر کلیتوریس و مدخل وازن را لمس می‌نماید.

زن به نرمی تنه و سر (حشفه) آلت جنسی مرد را حدود 5 دقیقه لمس می‌نماید. [↑](#footnote-ref-92)
93. [↑](#footnote-ref-93)
94. زن هر طور که دلخواه اوست باید تحریک شود که شاید با هدایت دست او این کار صورت می‌گیرد. ابتدا کلیتوریس و قسمت خارجی واژن توسط مرد به آرامی و نرمی تحریک می‌شود. بتدریج می‌تان سرعت آن را افزایش داد. اگر زن تمایل داشته باشد مرد می‌تواند با ماساژ کلیتوریس او را به ارگاسم برساند. ولی الزاماً این جزء اهداف این مرحله نیست. [↑](#footnote-ref-94)