



شایع ترین اختلالات کنشی جنسی

و برخی رهنمودهای درمانی

(به همراه ضمائم مرتبط)

علی عابدی

زمستان ۱۳۹۱

شایع ترین اختلالات کنشی جنسی و برخی رهنمودهای درمانی

(به همراه ضمائم مرتبط)

علی عابدی

زمستان ۱۳۹۱

سرشناسه:

عابدی، علی

عنوان و نام پدیدآورنده:

شایع ترین اختلالات کنشی جنسی و برخی رهنمودهای

درمانی (به همراه ضمایم مرتبط) / نویسنده: علی عابدی

مشخصات ناشر:

نشر اینترنتی . ۱۳۹۳

موضوع:

روانشناسی مرضی - اختلالات جنسی

توجه:

کلیه حقوق مادی و معنوی این کتاب، متعلق به مولف می باشد و هر گونه برداشت و استفاده از مطالب آن با کسب اجازه و موافقت نویسنده بدون اشکال است. برای تماس با مولف می توانید با پست الکترونیک **Abedi.1531@gmail.com** مکاتبه فرمایید.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۵	مقدمه مولف
۶	بخش اول: اختلالات و مشکلات جنسی، سواد جنسی و اصول اولیه درمان
۷	فصل اول: اختلالات جنسی
۱۱	بخش دوم: اصول اولیه در بهبود روابط جنسی و سواد جنسی
۱۲	فصل دوم: اصول اساسی (پیش شرط ها) در بهبود و درمان مشکلات جنسی
۲۵	فصل سوم: سواد جنسی
۴۳	بخش سوم: اختلالات جنسی شایع در مردان و روش های درمانی
۴۴	فصل چهارم: سردمزاجی یا بی میلی جنسی
۴۹	فصل پنجم: اختلال مربوط به نعوظ (ناتوانی جنسی)
۵۱	فصل ششم: انزال زودرس
۶۲	ضمایم:
۶۳	"وابستگی به مواد" و مشکلات جنسی
۶۹	ضمیمه اول: اضطراب ناشی از مشاهده شدن
۷۱	ضمیمه دوم: بارداری و رفتار جنسی
۷۳	ضمیمه سوم: اضطراب بارداری ناخواسته
۷۵	ضمیمه چهارم: استمنا یا خودارضایی
۷۸	ضمیمه پنجم: مزایای استفاده از کاندوم
۸۲	ضمیمه ششم: تعدیل و اصلاح برخی باورهای اساسی شواهد و استنباط های دینی
	ضمیمه هفتم: آموزه ها و باورهای غیرمنطقی و ناسازگارانه مرتبط با مسائل جنسی
۸۳	که منجر به سوگیری و بازداری نسبت به فعالیت های جنسی می شوند
۸۵	ضمیمه هشتم: محرک های جنسی و تفاوت های جنسیتی

۸۸	ضمیمه نهم: وضعیت های جماعی
۹۴	ضمیمه دهم: مقاربت و مراحل سه گانه در ارتباط جنسی
۱۰۰	ضمیمه یازدهم: روش های پیشگیری از بارداری

مقدمه

یکی از مهمترین مسائلی که به طور جدی زندگی زناشویی را بویژه در زوج های جوان تحت الشعاع خود قرار داده، مسائل عدیده در روابط جنسی آنها است. « سرد مزاجی یا ناتوانی جنسی^۱»، « انزال زودرس^۲»، «اختلال نعوظ^۳»، « دردهای مقاربتی^۴» و ... از جمله مشکلات جنسی هستند که در اغلب موارد باعث نارضایتی زوجین از زندگی زناشویی و حیات جنسی شان می شود.

در کتاب حاضر سعی شده است با پرداختن به شایع ترین مشکلات و اختلالات جنسی در یک چشم انداز توصیفی کلی و گذرا، بعضی از روش ها و تمرین های آموزشی و درمانی مربوط به اختلالات شایع در مردان ارائه شود.

تاکید اولیه در شیوه نگارش این کتاب بر مختصر و موجز بودن و نیز استفاده از زبانی قابل فهم تا حد امکان بوده است. این تاکید را، با انتقال پاره ای از مطالب که به شکلی می باید در حوزه مشکلات و مسائل جنسی مورد توجه و لحاظ قرار گیرند به بخش **ضمایم و پاورقی (پی نوشت)**ها دنبال کرده ایم. اما در مورد استفاده از زبان، با توجه به اینکه هدف عمده پرداختن به مسائل جنسی از یک چشم انداز علمی و تجربی بوده، لذا در برخی موارد گریزی از توسل به اصطلاحات خاص و حرفه ای نبوده است.

^۱ . Frigidity
^۲ . Premature ejaculation
^۳ . Male erectile disorder
^۴ . Dyspareunia

بخش اول

اختلالات و مشکلات جنسی

فصل اول

اختلالات جنسی

بر اساس اکثر مرجع های طبقه بندی اختلالات روانی^۱، مشکلات و اختلالات جنسی، به سه دسته

عمده تقسیم شده اند:

الف) انحرافات جنسی^۲

ب) اختلالات هویت جنسی^۳

ج) کژکاری ها یا اختلالات کنشی جنسی^۴

کژکاری ها یا اختلالات کنشی جنسی که شایع ترین مشکلات جنسی بین زوجین محسوب می شوند، در دامنه مسائل جنسی بهنجار قرار می گیرند و کاملاً نسبت به انحرافات جنسی و اختلالات هویت جنسی متفاوتند^۵. از آنجا که هدف کتاب حاضر کمک به زوجین دارای مشکلات کنشی یا کارکردی جنسی (بویژه مراجعان کلینیک های درمان اعتیاد) است، تمرکز اصلی نوشتار حاضر صرفاً بر دسته سوم یعنی اختلالات کنشی و کژکاری های جنسی خواهد بود و اشاره ای به مقوله انحرافات و اختلالات هویت جنسی نخواهد شد.

کژکاری ها و اختلالات کنشی جنسی

اختلالات جنسی عبارتند از آشفتگی ها یا مشکلاتی در میل جنسی^۶، برانگیختگی^۷ یا اوج لذت

جنسی^۸ (ارگاسم) که می تواند منجر به مشکلات و تنش هایی در حوزه های مختلف زندگی و حیات زناشویی فرد یا زوجین شود.

^۱. DSMs , ICDs , ...

^۲. Paraphilias

^۳. Gender identity disorder

^۴. Sexual disorders

^۵ - انحرافات جنسی که در حوزه مسائل جنسی نابهنجار قرار می گیرند شامل عورت نمایی (Exhibitionism)، یادگارپرستی (Fetishism)، میل جنسی به کودکان (Paedophilia)، مبدل پوشی جنسی (Teransvestism) و ... که البته ممکن است همپوشی هایی نیز با اختلالات جنسی داشته باشند.

^۶. Desire

^۷ - Sexual Arousal

^۸ - Orgasm

بر اساس آخرین طبقه بندی انجمن روانپزشکی آمریکا در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، کژکاری ها و اختلالات کنشی جنسی را به دستجات زیر تقسیم کرده اند:

- ۱- اختلال میل جنسی (شامل اختلال میل جنسی کم کار و اختلال بیزاری جنسی)
- ۲- اختلال برانگیختگی جنسی (شامل اختلال برانگیختگی جنسی در زن - اختلال نعوظی در مرد)
- ۳- اختلال های مربوط به اوج لذت جنسی (شامل اختلال اوج لذت جنسی در زن، اختلال اوج لذت جنسی در مرد، انزال زودرس)
- ۴- اختلال درد جنسی (شامل مقاربت دردناک، واژینیسم)
- ۵- کژکاری جنسی ناشی از یک بیماری جسمی
- ۶- کژکاری جنسی ناشی از یک مواد
- ۷- اختلال جنسی که به گونه ای دیگر مشخص نشده است

شدت این اختلالات، و پیامدهای منفی آن در زندگی زناشویی (با توجه اهمیتی که فرد یا زوجین به آن می دهند) می تواند بسیار متفاوت باشد. برای مثال بعضی بررسی ها نشان می دهند که اگر چه بعضی از زوجین ممکن است مشکلاتی در ارتباط با مسائل جنسی شان داشته باشند، اما همین افراد نسبت به روابط زناشویی و جنسی شان دارای رضایت هستند. در حالی که ممکن است در برخی از زوجین کمترین حدی از مشکلات جنسی منجر به تنش های مخرب و تهدید کننده زندگی زناشویی شود.

شایع ترین اختلالات و مشکلات جنسی به تفکیک زن و مرد

اختلالات جنسی در مردان و زنان اگر چه دارای همپوشی ها یا شباهت هایی است اما با توجه به وجود تفاوت های برجسته، در طبقه بندی مشکلات جنسی غالباً آنها را به طور جداگانه برای مردان و زنان طبقه بندی می کنند.

در طبقه بندی های مرسوم اختلالات جنسی، انواع گسترده ای از این اختلالات وجود دارد که قصد مولف این نوشتار پرداختن به تمامی آنها نیست. بلکه در اینجا هدف اصلی تنها طرح و بررسی شایع ترین اختلالات و مشکلات جنسی است که عملاً منجر به تنش ها و نارضایتی های زناشویی بین زوجین می شود.

به طور کلی، شایع ترین مشکلات جنسی در زنان مشکلات مربوط به «برانگیختگی جنسی»، «اوج لذت جنسی» و «دردهای مقاربتی»^۱ و در مردان نیز مسائل مربوط به «میل و برانگیختگی جنسی»، «نعوظ»^۲ و «انزال»^۳ و است.

اختلالات جنسی در زنان^۴

در زنان نیز مشکلات جنسی بیشتر به اشکال زیر بروز می کند:

۱- سردمزاجی یا بی میلی جنسی^۵:

عدم تمایل زن به فعالیت و نزدیکی جنسی در عین تمایل و تقاضای شریک جنسی اش. این بی میلی تنها در یک بافت رابطه ای (شکایت شریک جنسی) یا مقایسه وضعیت فعلی با گذشته (کاهش قابل توجه میزان آمیزش ها) قابلیت عنوان می یابد.

۲- مشکلات مربوط به رسیدن به ارگاسم^۶:

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

۳- دردهای مقاربتی:

تجربه درد مهبل در حین فعالیت جنسی تناسلی است.

۴- واژینیسم^۷:

اسپاسم های متوالی و مستمر در ثلث بیرونی مهبل که دخول آلت تناسلی مرد را تقریباً غیر ممکن می سازد. معمولاً این حالت انقباض هنگام مقاربه یا در زمان اقدام به دخول روی می دهد.

^۱ .Dyspareunia

^۲ .Erection

^۳ .Ejaculation

^۴ . در این نوشتار اگر چه به برخی اختلالات شایع جنسی در زنان اشاره شده است اما در میحث 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 نمی شود.

^۵ . Frigidity

^۶ . Anorgasmia

^۷ - Vaginismus

۵- بی‌زاری جنسی

اختلال دیگری که در زنان دارای شیوع قابل توجهی است 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:

۱- سرد مزاجی یا بی میلی جنسی^۱:

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.

۲- اختلال مربوط به نعوظ (ناتوانی جنسی)^۲:

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 بسیار با تاخیر و به صورت نابسندگی‌ای که برای آمیزش تناسلی و عمل دخول مناسب نیست رخ می‌دهد.

۳- انزال زودرس^۳:

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

۴- انزال دیرس^۴:

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 دست نمی‌یابد. البته شیوع این مشکل در مردان نادر است^۱ است.

^۱ - Anapherodisia

^۲ - Impotence

^۳ - Premature Ejaculation

^۴ . Retarded Ejaculation

بخش دوم

اصول اولیه در بهبود روابط جنسی و سواد جنسی

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 صرفاً¹ به دلیل شیوع بسیار اندک آنها از ذکرشان صرف نظر شده است.

فصل دوم

اصول اساسی (پیش شرط ها) در بهبود و درمان مشکلات جنسی

قبل از پرداختن به روش های درمانی اختصاصی برای هر یک از اختلالات جنسی شایع، لازم است تعدادی از اصول اساسی و کلی که در بهبود و درمان بسیاری از این اختلالات تعیین کننده اند، به طور خلاصه بیان شوند. بنابراین در این بخش به موضوعاتی که در مقدمه هر نوع درمان مرتبط با مشکلات جنسی می باید مورد توجه و تاکید قرار گیرد، اشاره می شود.

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 می باید اصول بنیادی و الزام های زیر را مورد توجه قرار دهند، ضمن اینکه اساساً درمان ها و راهکارهای درمانی شناختی- رفتاری نیز در بطن همین الزام ها قابل بحث و طرح هستند. این اصول اساسی به شرح زیرند: (۱) همکاری و همراهی مشترک زوجین (۲) بهبود بخشیدن به ارتباط و تفاهم زوجین (۳) یادگیری مهارت های حل تعارض (بین فردی) و ابراز مناسب احساسهای منفی (۴) اصلاح و تغییر باورها و عقاید جنسی زوجین (۵) اصلاح و تعدیل رفتارها و سواد جنسی

۱- لزوم همکاری و همراهی مشترک زوجین برای حل مشکل جنسی

کاملاً بدیهی است که حل مشکلات و نارضایی های جنسی مستلزم همکاری و همراهی مشترک زوجین است. بدون این همراهی و مساعی مشترک زوجین، بهبود بخشیدن به مشکلات و نارضایتی های جنسی بسیار دشوار و تا اندازه ای نزدیک به محال است.

اولین گام برای بهبود بخشیدن به مشکلات و نارضایی های جنسی همکاری و همراهی زوجین در اقدام برای حل مشکل شان است. اگر چه در اکثر مواقع ممکن است هر دو شریک جنسی نسبت به روابط جنسی شان نارضایتی داشته باشند اما در بسیاری از موارد نیز ممکن است تنها یکی از زوجین از زندگی جنسی خود یا همسرش ابراز نارضایی کند. اما در هر صورت برای درمان و حل مشکل جنسی ضرورتاً می باید 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 جنسی اش 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 می باید در برنامه های درمانی شرکت کنند. از سوی دیگر ضرورت حضور توامان هر دو زوج برای حل مشکل و درمان این است که بسیاری از برنامه ها ، تکالیف و توصیه های درمانی مستلزم همکاری دونفره زوجین است. بخصوص تمرین های رفتاری که برای ترمیم و اصلاح الگوهای امیزش جنسی نیاز به هماهنگی و کار دونفره دارد. برای مثال در اختلال " انزال زودرس" وجود بعضی از تمرین های رفتاری^۱ نیاز به مشارکت هر دو در جلسه درمانی و همچنین در هنگام عمل به این تمرین ها 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 می شود. باید این واقعیت را پذیرفت که بسیاری از زوجین با داشتن مشکلات عدیده جنسی و نارضایتی قابل توجه نسبت به زندگی جنسی شان، 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 تنش ها و نارضایتی های جنسی چه به صورت خودبه خودی ، بدون نیاز به مراجعه به مراکز درمانی، و چه در صورت استفاده از روشهای خاص درمان رفتاری - شناختی موجود، همکاری و تشریک مساعی هر دو شریک جنسی ضرورتی اجتناب ناپذیر محسوب می شود.

۲- لزوم بهبود بخشیدن به ارتباط و تفاهم زوجین

برای اینکه زوجین نسبت به روابط جنسی شان به رضایتمندی برسند، بهبود بخشیدن به ارتباط و تفاهم زوجین ضروریست. زمانی که زوجین از کلیت زندگی زناشویی شان احساس رضایت کنند مسلماً حیات جنسی آنها نیز رضایت آمیز خواهد بود. به عبارت دیگر برای شروع یک نزدیکی جنسی رضایت بخش، 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 ذره ای نارضایتی از سوی هر یک از شرکای جنسی ممکن است باعث تخریب مکانیزم

^۱ . مانند روش «توقف-شروع» یا «فشردن» و یا حتی روش «جماع منقطع» همه مستلزم هماهنگی، کار و تکالیف دونفره است.

متقابل عملکرد جنسی شده و هر دو زوج را دچار نارضایتی کند. لذا تفاهم و رضایت دوطرفه زوجین در بستر حیات جنسی شان منوط به تفاهم و رضایت آنها در بستر زندگی غیر جنسی و روزانه شان است.

بنابراین اولین گام در برنامه درمانی اختلالات جنسی، رسیدن زوجین به تفاهم، درک و صمیمیتی دوجانبه است. در صورتی که زوجین در زندگی روزمره شان دارای رابطه ای پرتنش و یا همراه با دلخوری باشند، به احتمال بسیار این تنش، رابطه جنسی شان را نیز تحت الشعاع قرار داده، آن را مختل خواهد کرد. تنها کمی بی میلی، اکراه و انفعال از سوی یکی از شرکای جنسی باعث می شود 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 "واژینیسم" و یا "انزال زودرس" تنها کافی است تا یکی از زوجین بدون توجه و 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 نقش ها در آمیزش جنسی باعث اختلال، نارضایتی 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 می کنند از «ارتباط جنسی» به عنوان یک «اهرم فشار» برای امتیاز گرفتن و تحت فشار قرار دادن طرف مقابل استفاده کنند. در چنین مواقعی، توصیه های عامیانه ای که بخصوص در بین زنان رد و بدل می شود همچون؛ «فقط کافی است در رخت خواب پشتت را به او کنی» یا «سعی کن چند شب به خواسته اش نه بگویی»، دقیقا" مبین همین نکته است. نگاه کردن زوجین به "رابطه جنسی" به عنوان یک "ابزار فشار" باعث می شود تا حتی زمانی که زوجین هیچ مشکل و اختلاف ارتباطی در زندگی روزمره شان ندارند - فقط و فقط به خاطر اینکه آنها به "رابطه جنسی" به عنوان یک حربه یا تله امتیازگیری نگاه می کنند- حیات رابطه جنسی آنها دچار تنش و مخاطره شود. برای مثال، چنین دیدگاهی باعث می شود که فرد احساس کند، جواب مثبت او به درخواست همسرش، نوعی "لطف" نسبت به اوست، و همین خود باعث می شود که وی در فعالیت جنسی

نقشی منفعل و وارفته ایفا کرده و شریک جنسی اش 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 رضایت بخش است. لذا اگر زوجین انتظار دستیابی به رضایت جنسی متقابل را دارند، می باید ابتدا به روابط شان در کلیت زندگی بهبود ببخشند و به تفاهمی هر چند نسبی برسند.

۳- لزوم آموزش مهارت های حل تعارض (بین فردی) و ابراز مناسب احساسهای منفی

یادگیری روشهای جدید و مناسب حل تعارض و تنش های 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 تاثیری مخرب به جا می گذارد. بنابراین در راستای درمان مشکلات جنسی، یکی از راه های برقراری ارتباط و تفاهم دوجانبه سالم و مطلوب، ضروریست که زوجین هر کدام مهارت های 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^۱. لذا در درمان جنسی سعی می شود به زوجین یاد داده شود که در مواقعی که در زندگی روزمره شان دچار تنش یا اختلافی می شوند در بسیاری از اوقات لازم است به جای اینکه خشمشان را فرو دهند و بعد آن را به موقعیت های دیگر از جمله بستر همخوابگی شبانه جابجا و برونریزی کنند، گلایه ها و احساسات منفی خود را به گونه ای "بالغانه" بروز دهند^۲.

بر این اساس، زوجین قبل از کار بر روی مشکلات جنسی شان می باید با مهارتهای حل مسئله، حل تعارض و ابراز و کنترل هیجانها آشنا شوند.

^۱ - این بند به طور غیر مستقیم بر لزوم آموزش زوجین در زمینه مهارت های انطباقی، از جمله مهارت «حل تعارض بین فردی» «حل مسئله»، «کنترل خشم»، «کنترل استرس»، «تفکر انتقادی» «آموزش قاطعیت یا جرات ورزی» و ... اشاره و تاکید دارد.

^۲ - برای مثال در صورت عصبانی شدن از دست طرف مقابل بهتر است از نشان دادن این عصبانیت طفره نرفته و آن را به گونه ای منطقی و در همان فضای «کنونی» ابراز کنند: «این حرفی که الان به من زدی مرا خیلی ناراحت کرد، می خواهم بدانم دلیل این حرفی که زدی چه بود؟! و یا من به خاطر کاری که کردی بسیار عصبانی ام» (رک. مهارت های زندگی)

۴- لزوم اصلاح و تغییر برخی باورها و عقاید غیر منطقی جنسی زوجین

در بعضی موارد، معانی خاصی از فعالیت جنسی در دوران کودکی شکل می‌گیرد که می‌تواند به شکل ابتدایی و بچگانه‌ای تا بزرگسالی تداوم یابد. چنین معانی یا نگرش‌هایی ممکن است در بزرگسالی باعث بازداری در رفتارها و پاسخ‌های جنسی و کلاً بازخوردهای مشکل‌ساز 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 غیرمستقیم زیرساز و راه‌انداز بعضی شناخت‌های ناکارآمد بازدارنده درباره مسائل جنسی اند.

در زیر ابتدا به عواملی که - در سطح تاریخچه تحول یا دوره کودکی - منجر به شکل‌گیری و قوام شناخت‌های ناقص و بازدارنده نسبت به مسایل 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 مسایل جنسی در بزرگسالی می‌شود

۱- واکنش‌های اولیه والدین نسبت به کنجکاوی‌های کودک در مورد اندام تناسلی خود یا دیگران.

در دوره کودکی بسیار طبیعی است که کودکان نسبت به اندام‌های تناسلی خود، دیگران (همبازی‌ها و والدین‌شان) و حتی حیوانات کنجکاو و علاقمند باشند. این کنجکاوی ممکن است باعث شود در حالی که مثلاً آنها در حال نمایش عورت‌هایشان به یکدیگر و یا دستکاری (استمنای کودکانه) آن هستند توسط بزرگترها غافل‌گیر شوند. در چنین مواقعی واکنش بزرگترها غالباً با سرزنش و گاهی با خشونت همراه

است.^۱ همین واکنش (در صورتی که با خشونت و کلا واکنش سرسختانه ای همراه باشد) در گام اول منجر به شکل گیری و تداوم حالت اضطرابی توأم با احساس گناه شدید و در ادامه احتمالاً باعث شکل گیری نگرش منفی کودک نسبت به کلیت مسایل جنسی در بزرگسالی می شود. چنین فردی ممکن است در بزرگسالی همواره نسبت به تحریک، خیال پردازی و یا فعالیت جنسی دچار نگرشی منفی و بازدارانه شود. یا برای مثال زنی که تجارب خاصی در سال های اولیه کودکی داشته که باعث سرزنش شدید از سوی والدین می شده، ممکن است این نگرش را داشته باشد که هر نوع تحریک و تجربه لذت جنسی، اشتباه، غیر قابل پذیرش و گناه آلود است.

۲- 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 مسایل جنسی دچار نوعی نگرش سختگیرانه و منفی شود.

از آنجا که معمولاً جماع همواره با تحرک، سر و صدا، و آه و ناله های زیادی همراه است، از سوی کودک به عنوان صحنه ای پرخاشگرانه ادراک می شود. لذا ادراک اولیه کودک از فعالیت جنسی، ادراکی سانسور شده و احتمالاً همراه با نوعی احساس وحشتزدگی است.^۲ به عبارت دیگر کودک فعالیت جنسی را فعالیتی پرخاشگرانه، پر از تخاصم و خشونت بار تصور و ادراک می کند. حتی ممکن است کودک با مشاهده چنین جماعی خود را برکنار از این رابطه و طردشده از سوی والدینش تصور کند. به عبارت دیگر کودک ممکن است احساس طردشدگی و انزوایی دهشتناک از سوی والدینش کند.^۳

^۱ - این واکنش خشونت آمیز والدین نسبت به کنجکاوای 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 مسایل پیرامون جنسیت در فرهنگ انسانی تابوترین موضوع انسانی است والدین همیشه سعی دارند چنین مسایلی در پنهان ترین نقاط ذهن خودشان و کودکانشان مکتوم و مخفی بماند.

^۲ - وحشتزدگی کودک از یک سو ممکن است ناشی از ادراکش در مورد تخاصم والدینش نسبت به هم و یا ناشی از ادراکش مبنی بر طرد شدن از روابط 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 تلخی از طردشدگی از سوی والدینش بوجود آید که همین می تواند موجب سوگیری و نگرش منفی او نسبت به فعالیت جنسی شود.

^۳ - تاکید 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 می توان برای کودک تخت مجزایی با حفاظ تدارک دید و به تدریج در سن ۲،۳ 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 شناخت ها و نگرشهای او را پیرامون فعالیت و مسایل 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 اضطراب کرده و عملکرد مطلوب و بالطبع

۳- 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 می گیرند به احتمال زیاد در بزرگسالی نسبت به هر گونه لمس و لذت جنسی دچار نوعی بازداری و تنش می شوند. معمولاً تجربه شایع چنین افرادی در حین خیال پردازی های جنسی و یا تماس و لمس تحریک آمیز، اضطراب و احساس گناه و حتی گاهی احساسی از وحشتزدگی^۱ و واقعیت زدایی^۲ 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 ...) توأم باشد، شدت این ضربه در کل زندگی فرد ماندگارتر و مخرب تر است. بزرگسالانی که (بخصوص زنان) دارای تجارب سوء استفاده در دوره کودکی بوده اند علاوه بر اینکه ممکن است دچار اختلالات روانی دیگری شوند، معمولاً نسبت به فعالیت ها و تحریکات جنسی دچار بازداری شدید می شوند. از سوی دیگر اگر چنین افرادی در حین سوء استفاده، لذت جنسی را تجربه کرده باشند، ممکن است 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 احساس نامطبوع (احساس گناه) شوند.

چنین افرادی ممکن است دارای مشکلات ارتباطی بخصوص در خارج از حریم خانواده و افراد آشنا باشند. آنها در زندگی زناشویی شان نیز ممکن است نوعی ناپختگی، دست پاچگی و ناشیگری از خود نشان دهند که تنها به سبب اضطراب و استرس شدیدی است که در موقعیت های ارتباطی تجربه می کنند.

توجه: در اینجا باید تاکید کرد که وجود برخی از تجربه های ناخوشایند جنسی در دوره تحول (کودکی و نوجوانی) الزاماً منجر به مشکلات و اختلالات جنسی و روانی در بزرگسالی به گونه ای که در بالا برشمرده شد نمی شود. به عبارت دیگر افراد و زوجین به هیچ وجه قربانی گذشته و رخداد های ناخوشایند دوره کودکی شان نیستند. لذا زوجینی که در حال حاضر از برخی اختلالات از جمله مشکلات جنسی رنج

رضایت جنسی شان را مختل می کند. لذا زوجینی که دارای فرزند می باشند به ناچار می باید در زمینه فعالیت جنسی شان به نوعی انضباط، وقت شناسی و مکان شناسی (موقعیت سنجی) تن در دهند.

^۱ - Panic Attack

^۲ - Derealization

می برد، نیازی نیست بدنبال اتفاقات و خاطرات ناخوشایندی در گذشته شان بگردند تا مشکلات شان را به آن وقایع ربط دهند، چه که بسیاری از اختلالات بدون ارتباط با پیشینه فرد در موقعیت ها و شرایط جاری بوجود می آیند و به همان سان با تغییر شرایط و تعدیل تبعات آن حل می شوند.

ب: تصورات، آموزه ها و باورهای غیرمنطقی و ناسازگارانه در ارتباط مستقیم با مسائل جنسی که منجر به سوگیری و بازداری نسبت به فعالیت های جنسی می شوند

در بسیاری از افراد باورهای و تصورات قالبی اشتباه و غیرمنطقی در زمینه سکس و فعالیت ها جنسی وجود دارد که به سادگی منجر به تنش ها و نارضایتی های جنسی حداقل در یکی از شرکای جنسی می شود.

در مواردی که یکی از زوجین دارای باورهای اخلاقی سختگیرانه درباره مسائل و فعالیت های 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 بازداری شوند چنین فردی ممکن است با همسر خود که نگرش آزادتری نسبت به روابط جنسی دارد 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 می شود.

تعدادی از این باورهای غیرمنطبق با واقعیت که مستقیماً در ارتباط با عمل جنسی هستند، شامل موارد

زیر هستند:

- ۱- سکس باید طبیعی و خودجوش باشد (نه درخواستی).
- ۲- هر تماس بدنی باید به سکس منجر شود.
- ۳- مردان همیشه برای سکس آماده اند.
- ۴- سکس برای لذت مرد می باشد، وظیفه زن ارضای نیاز مرد است.
- ۵- مسئولیت درخواست، اجراء و هماهنگی سکس بر عهده مرد است.
- ۶- اگر زن نتواند به ارگاسم برسد باید تظاهر (به ارگاسم) کند.
- ۷- زنان انتظار دارند مردان همه چیز را در مورد سکس بدانند.
- ۸- مرد بهتر است بعضی احساسات را نداشته باشد یا ابراز نکند.

- ۹- انجام سکس در وضعیتهای جورواجور ناپسند است.
 - ۱۰- زن باید صبر کند تا مرد شروع کند.
 - ۱۱- آنچه در سکس برای مرد مهم و ارزشمند به حساب می آید، عملکرد جنسی است.
 - ۱۲- زن باید وقار و منزلت خودش را حفظ کند.
 - ۱۳- زن باید طبق خواسته مرد جذاب، مطیع و منفعل باشد.
 - ۱۴- رابطه جنسی مساوی است با نزدیکی (دخول).
 - ۱۵- برای انجام سکس بین زوجین، نعوظ مرد ضروری است.
 - ۱۶- سکس خوب همیشه به ارگاسم منجر می شود.
 - ۱۷- سکس خوب یعنی سکسی که هر دو طرف (ترجیحاً همزمان) به ارگاسم برسند.
 - ۱۸- مردی که میل جنسی اش کمتر از میل جنسی زن باشد مشکل دارد.
 - ۱۹- هرچه آلت مرد بزرگتر باشد زن بیشتر تحریک می شود.
 - ۲۰- دختر خوب از نظر جنسی تحریک نمی شود و حین سکس حرکت نمی کند.
 - ۲۱- به مرد احساسات نشان نده و گرنه سکس می خواهد.
 - ۲۲- زن خوب به سکس علاقه نشان نمی دهد.
 - ۲۳- در عصر حاضر ، هیچیک از باورهای عامیانه تاثیری بر رفتار جنسی ما ندارد.
- اصلاح این باورهای اشتباه و غیرانطباقی نیز از پیش شرط های درمان و بهبود زندگی جنسی زوجین است. اگرچه دستکاری و تغییر چنین باور ها و نگرش هایی به سادگی میسر نیست اما زوجین با مرور این باورهای غیر منطقی می باید شروع به تمرین باورهای مقابل این باورها یا باورهای تعدیل یافته تری نسبت به آنها کنند. این تمرین ذهنی در بلند مدت منجر به تصحیح باورهای ایشان و حذف برخی بازرداری ها جنسی می شود.
- ج: تصورات، آموزه ها و باورها ی غیرمنطقی و ناسازگارانه که مستقیماً مرتبط با مسائل جنسی نیستند اما منجر به سوگیری و بازرداری نسبت به فعالیت های جنسی می شوند.

علاوه بر موارد بالا، بعضی از آموزه ها و باورها - که مستقیماً مرتبط با فعالیت های جنسی و سکس نیست - نیز بدون هیچ پیش درآمد خاص، صرفاً از معبر و دریچه « انتقال اجتماعی » به ذهن افراد راه می یابند و می توانند منجر به سوگیری هایی نسبت به مسائل و آمیزش جنسی شوند.

از جمله این باورهای مهجور، می توان به عقاید و سوگیری های 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 زن ها کمک کند. برای مثال اینکه: « مردان فقط جسم زن را می خواهند » و یا به زبان دیگر « مردها همیشه به زن ها از دریچه جنسی نگاه می کنند »، « مردان به چیزی جز رابطه جنسی (سکس) نمی اندیشند »، « 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 زن ها فکر می کنند، سکس است » و یا حتی بعضی باورهای غیرمنطقی بنیادی و ریشه ای وجود دارند که شاید در ظاهر ارتباطی با مسائل و مشکلات جنسی نداشته باشند اما همیشه به گونه ای غیرمستقیم 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 می شود » و ... چنین باورها و عقایدی نیز ممکن است رسیدن زوجین به یک درک و صمیمیت دوجانبه در تمامی حوزه های زندگی زناشویی و به تبع آن زندگی جنسی شان ایجاد مانع و اختلال کند.

از چشم انداز باورهای سنتی، هاله ای از تقدس و پاکی، ازدواج و رابطه زناشویی را فرا گرفته، که این به همسران اجازه نمی دهد این قداست را به سادگی با شهوت و لذت جویی جنسی آلوده و مکدر کنند. لذا با توجه به بعضی آموزه های فرهنگی خاص، ذهنیت و باور بسیاری از زوجین در رابطه با تماس های جنسی هنوز بسیار ناپخته و غیر منطقی و لذا مشکل ساز (حتی تا حدی بحران ساز) است.

از آنجا که در این فضای باوری، ارتباط جنسی صرفاً می تواند 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 گناه آلود 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 زناشویی شان، دچار نوعی شرم زدگی شوند و اعتراف به وجود چنین مسائل و مشکلاتی را نوعی حرمت شکنی بینگارند.

از جمله مشکلاتی که مولود باورهای سنتی است، **القا و تحمیل نقش " فعل پذیرانه " به " زنان " در فعالیت های 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^۱. 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 اعتقادی ای، حتی حداقل لذت‌خواهی حتی در حریم مشاع ان (روابط زناشویی) همیشه ته رنگی از احساس گناه به همراه دارد و چیزی "قبیح" قلمداد می‌شود و گاه " بران برچسب " لذت جویی " و " شهوت پرستی " زده می‌شود. بنابراین کاملاً قابل انتظار است که در چنین زوجینی، زیاده‌خواهی برای کسب " رضایت جنسی " (و یا لذت جنسی) چیزی بسیار نکوهیده تر و پراکراهت تر تلقی شود.

البته خوشبختانه گشایش‌هایی در ذهن و باورهای سنتی در حال شکل‌گیری است که همین خود باعث شده تا گاه " شاهد مراجعه زوجهایی باشیم که برای بهبود و درمان تنش‌های زناشویی، مشکلات جنسی شان 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 قوام و قوت این باورها و ذهنیت سنتی افزوده است^۲. (به ضمیمه ششم نگاه کنید).

^۱ - به طور حتم یکی از دلایل مسلم مشکل حاد و فراگیر " انزال زودرس " و کوتاه شدن زمان آمیزش، که علت بسیاری از ناراضی‌های جنسی است، همین مساله می‌باشد.

^۲ _ در اینجا برای تعدیل و اصلاح چنین باور هایی، اشاره ای ضمنی به بعضی شواهد و استنباط‌های دینی می‌کنیم:

الف) موضع پذیرفته شده چند همسری: که در شرع نیز هیچ اشکالی بر آن 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 متون 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.

لذا بر این اساس، در جامعه ما، وجود بسیاری از عقاید و باورهای فرهنگی و مذهبی، باعث شده است این مشکلات به شکل حادثتر و بغرنج تری خود را بروز دهند. زوجین بر اساس این باورهای بازدارنده و نكوهش کننده نسبت به خواسته های جنسی از یکسو و تمایلات و کشش های طبیعی جنسی شان از دیگر سو، در یک تعارض و تنش مستاصل کننده دچار درماندگی می شوند. مشکلات جنسی حل نشده منجر به انتقال این نارضایتی پنهان به دیگر حوزه های زندگی شده و انواع تنش ها و ناراحتی ها را بدنبال دارد.

۵- لزوم آموزش و اصلاح رفتارها و پاسخ های جنسی

درمان مشکلات جنسی، و نیز داشتن یک زندگی جنسی رضایت بخش، مستلزم برخی از آموزش ها و آگاهی ها از جمله نسبت به برخی از پاسخ ها و رفتارهای مناسب جنسی است. این آموزش ها و اصلاح ها در حوزه های مختلفی از جمله موارد زیر ضروری است:

۱. زمان مناسب آمیزش
۲. مکان مناسب هم آغوشی
۳. وقوف نسبت به شرایط مناسب جسمی و روانی شریک جنسی
۴. چگونگی آماده ساختن شریک جنسی از نظر جسمانی و روحی
۵. طول مدت مناسب آمیزش
۶. تعداد دفعات مناسب آمیزش
۷. روند و مراحل آمیزش رضایت بخش
۸. آمیزش در زمان بارداری

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

د) محبت 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 دربارہ آن اختلافی نیست و حتی به رغم کراهت ترک ازدواج، می توان به ازدواج تن نداد یا بر فرض ازدواج، از بچه دار شدن به طور مطلق جلوگیری کرد. مضافاً اینکه در بین اهل فن سنت کسی حکم بر وجوب تولد نکرده است.

تمای موارد بالا و موارد بسیار دیگری که می توان از بطن متون دینی استخراج و استنباط کرد (که این خود مجالی دیگر و اهل فنی دیگر را اقتضا می کند) همه مبین عدم وجوب تکثیر نسل در سرزند آمیزش های جنسی بوده، و خود به خود باور «آمیزش جنسی تنها محلی برای تولید و بقا نسل است» قابل انتقاد 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.

۹. آمیزش در شرایط و موقعیت های خاص (همچون دوره پرید، بیماری خاص شریک جنسی، میهمانی و ...)
۱۰. جماع منقطع و کنترل شده
۱۱. بهداشت جنسی
۱۲. روش های مختلف پیشگیری از بارداری
۱۳. جماع بیرونی
۱۴. برخی موارد خاص (از جمله جماع های مقعدی و ...)
۱۵. مکانیسم اندام تناسلی و فعالیت جنسی
۱۶. روش های شل کردن عضلات جهت به تاخیر انداختن انزال (در مرد)
۱۷. چگونگی وقوف و کنترل بر انزال
۱۸. و ...

آگاهی نسبت به مسائل فوق در بسیاری از موارد، درمان مشکلات جنسی را منتفی می سازد چرا که بسیاری از تنش ها و مشکلات جنسی ریشه در عدم آگاهی نسبت به همین حوزه ها و در کل فقدان سواد جنسی دارد. لذا زوجین می باید ابتدا این آموزش ها و آگاهی ها را دریافت کنند و سپس در صورت پایدار ماندن مشکل جنسی شان 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 واقعیت های بنیادی اندام های جنسی و نظام پاسخ های جنسی و یا تصورات نادرست از مسائل جنسی، راه انداز بسیاری از تنش ها در روابط جنسی زوجین (زن و شوهر) می شود. برای مثال بسیاری از دختران و پسران جوان آنچه درباره مسائل جنسی یاد گرفته اند دانسته هایی ناقص و گیج کننده است. اغلب آنها اگر بخواهند از والدین خود سوالی درباره اینگونه مسائل بپرسند عموماً با واکنش های منفی روبه رو می شوند. حال آنکه اگر در جمع دوستان خود صحبت کنند راحت و آزادترند. و از همین روست که نوجوانان به سهولت به همسان سازی با زنان بی بند و بار که در تصاویر مجلات یا تلویزیون تبلیغ می شوند گرایش یافته، علاقمند می شوند.

و یا در یک سطح بالاتر، در مردان جوان، در بعضی مواقع درباره "سرعت رسیدن به اوج لذت جنسی" نگرانی بسیاری وجود دارد. آنها ممکن است معتقد باشند که حد مطلوب یا بهنجار آن در عمل باید بسیار طولانی تر باشد و در نتیجه همین که زمان آمیزش آنها کوتاه تر از حد انتظار می شود دچار تنش و نگرانی زیادی شده که این خود ممکن است موجب 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 جنسی ای 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 می کند و نیز بخصوص زمانی که در ذهن و باور زوجین نزدیکی جنسی تنها برابر با جماع تناسلی (عمل ادخال) تلقی می شود شکل گیری چنین تنش ها و مشکلاتی حتمی و اجتناب ناپذیر است.

و باز در زنان نیز فقدان اطلاعات یا وجود بعضی تصورات نادرست ممکن است موجب ترس از روابط جنسی شود. مثلاً این تصور که «آمیزش جنسی الزاماً دردناک است»^۱ ممکن است باعث شود تا فرد اولاً همیشه با نوعی نارضایی و اگرچه 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 باور ها از جمله این که «از دست دادن زیاد منی بخصوص در نوجوانی علت اصلی مشکلات جنسی و بسیاری از آسیب های روانی می شود» و یا «نزدیکی جنسی زیاد باعث از دست دادن سوی چشم می شود» و یا «از دست دادن منی زیاد باعث ضعف و پوکی کمر یا استخوان می شود» و یا «آمیزش جنسی زیاد مغز را پوک می کند» و بسیاری از چنین باور های نادرست و عامیانه ای به راحتی می تواند باعث بروز مشکلات بسیار دیگری از جمله بازخوردهای منفی و بازدارنده جنسی شود.

از همین روست که برای درمان مشکلات جنسی حتماً می باید آگاهی اطلاعات و باورهای بیمار درباره مکانیسم، کارکرد و واقعیت های 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 وضعیت های جماعی می پردازیم.

I - آناتومی و مکانیسم اندام تناسلی

الف) دستگاه تناسلی زن

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

دستگاه تناسلی داخلی: شامل (۱) واژن یا مهبل^۲ (۲) رحم^۳ (۳) لوله های رحم و (۴) تخمدان ها می شود.

^۱ - البته این باور ها و نگرشهایی که مثلاً فعالیت جنسی را باعث "لوث شدن عشق و پاکی رابطه زناشویی" شان می دانند متفاوت است.

^۲ . vagina
^۳ . uterus

دستگاه تناسلی خارجی: شامل وولو یا فرج^۱ که از قسمتهای (۱) قله ونوس (۲) لب های بزرگ^۲ (۳) لب های کوچک^۳ (۴) کلیتوریس^۴ (۵) دهانه مجرای ادرار (۶) دهانه واژن و (۷) پرده بکارت^۵ تشکیل شده است. اساسا نمای بیرونی آلت تناسلی زنانه شامل دو لب بزرگ با بافت چربی و دو لب کوچک است که منتهی به کلیتوریس می شوند، این ناحیه معادل آلت مردانه هست و نقطه حساسی در روابط جنسی افراد است. در بعضی از فرهنگها کلیتوریس خانمها را ختنه می کنند تا لذت جنسی آنها را کم کنند یا از بین ببرند. هنگام فعالیت جنسی لبهای کوچک پر خون و ملتهب می شوند و از میان لبهای بزرگ بیرون می زنند. حرکتهای رفت و برگشتی لبهای کوچک ایجاد لذت جنسی می کند.

ب: اندام تناسلی مرد

آلت مردانه^۶ 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^۷ می گویند. دو ستون عقبی یا کناری که به حشفه چسبیده اند در زمانی که قرار است آلت به نعوظ^۸ برسد خون رسانی به آنها زیاد می شود (به علت عروق فراوانی که در این عضو وجود دارد). در این حالت آلت سفت شده و نعوظ رخ می دهد. اما در وضعیت نعوظ، سر آلت خیلی سفت نمی شود تا در حین عمل جنسی درد ایجاد نشود و همچنین مایع انزال بتواند براحتی خارج شود. یکی از دلایل تحلیل نعوظ فعال بودن سیستم سمپاتیک است. وقتی این سیستم که به صورت طبیعی در حالات خطر، دفاع و اضطراب روشن می شود به دلیلی هنگام رفتار جنسی فعال شود باعث فقدان یا از دست رفتن نعوظ می شود. به عبارتی در حالت خاموشی سیستم سمپاتیک یعنی در شرایط آرامش و بدون استرس است که نعوظ رخ می دهد.

^۱ . vulva
^۲ - labia majors
^۳ - labia minora
^۴ . clitoris
^۵ . Hymen
^۶ - Penis
^۷ - Glans penis
^۸ .Erection

بر همین اساس است که زوجین پیش از تصمیم‌گیری برای نزدیکی و رابطه جنسی، می‌باید تنش‌های بین فردی‌شان را حل کنند یا حداقل آنها را موقتا 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 معمولا در چهار مرحله اتفاق می‌افتد:

۱- مرحله میل جنسی^۱

۲- مرحله انگیزش^۲

۳- مرحله ارگاسم یا اوج لذت جنسی^۳

۴- مرحله فرونشینی^۴

۱- مرحله میل جنسی

این مرحله زمانی رخ می‌دهد که فرد با یک محرک جنسی روبه‌رو شود. برای مثال ممکن است فرد با مشاهده برجستگی‌ها یا بخش‌های تحریک‌کننده جنسی بدن همسرش و یا با دیدن شخصیت‌های نیمه‌عریان 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.

۲- مرحله انگیزش

در این مرحله با تحریک روانشناختی (تخیل یا 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

^۱.Sexual desire

^۲.Motivation

^۳.Orgasm

^۴.Resolution

مرحله، تحریک جسمی و روانشناختی باعث احتقان (متورم شدن) آلت تناسلی مردانه^۱ و "نعوظ"^۲ منجر می شود و نیز احتقان آلت زنانه^۳ که و "لیزشدگی" مهبل^۴. همچنین در این مرحله "توک پستان" در هر دو جنس برآمدگی پیدا می کند که این حالت در زن ها بارزتر است.

در ضمن در این مرحله کولیتوریس^۵ (خروسه) زن سفت و متورم می شود و لب های کوچک^۶ در نتیجه پرخونی وریدی کلفت می شود. انگیزش ابتدایی ممکن است "چند دقیقه" تا "چند ساعت" طول بکشد. با ادامه تحریک، بیضه های مرد تا ۵۰ درصد بزرگتر می شود. لوله مهبل^۷ زن در یک سوم خارجی دچار انقباض مشخصی می شود که به سکوی ارگاسمی^۸ معروف است. در این مرحله حجم پستان ها در زن ۲۵ درصد افزایش می یابد. ادامه تورم در آلت مرد و مهبل، تغییر رنگ خاصی ایجاد می کند؛ لب های کوچک در آلت تناسلی زن پهن تر شده و به رنگ بنفش-قرمز سیر در می آید. مرحله انگیزش بین ۳۰ ثانیه تا چند دقیقه طول می کشد.

۳- مرحله ارگاسم

در صورتی که آمیزش یا نزدیکی جنسی همراه با عمل ادخال^۸ صورت بگیرد، به طور طبیعی پدیده ارگاسم اتفاق می افتد. در این مرحله طرفین اوج لذت جنسی و سپس کاهش و رفع تنش جنسی را همراه با انقباض عضلات میان دوره و اعضای تناسلی داخل لگنی تجربه می کنند.

در حالت ارگاسم، مرد احساس می کند که به هیچ وجه قادر به جلوگیری از انزال نیست. ارگاسم در مرد با ۴ یا ۵ اسپاسم موزون پروستات، کیسه های منی، مجرای ترشهی بیضه ها و پیشابراه همراه است. در زن، ارگاسم با سه تا ۱۵ انقباض غیرارادی در ثلث تحتانی مهبل و انقباض های قوی و مستمر رحم از عمق به طرف گردن رحم مشخص می شود.

^۱. Penis

^۲. Erection

^۳. Vulva

^۴. Vagina

^۵. Clitoris

^۶. Labia minor

^۷. Orgasmic platform

^۸. Penetration

در هر دو جنس انقباض اسفنگتر داخلی و خارجی پدید می آید. این انقباض و سایر انقباض های عضلانی در جریان ارگاسم با فواصل ۰/۸ ثانیه پدید می آید.

سایر تظاهرات شامل ؛ حرکات ارادی و غیر ارادی گروهی زیادی از عضلات از جمله عضلات صورت و اسپاسم کارپوپدال، فشار خون بالا می رود، ضربان قلب به حدود ۱۳۰ تا ۱۶۰ در دقیقه می رسد. ارگاسم بین ۳ تا ۴۵ ثانیه طول می کشد و با کم شدن هوشیاری طرفین همراه است.

۴- مرحله فرو نشینی

در این مرحله احتقان آلت تناسلی از بین می رود و بدن به حالتی از سکون و آرامش بدون انگیزش جنسی می رسد. به عبارت دیگر بعد از پایان ارگاسم (یا همان اوج لذت جنسی) ، آلت تناسلی تمام نشانه های مرحله انگیزش را از دست می دهد (مثلاً در مرد، نعوظ از بین می رود). از بین رفتن یا رفع احتقان سریع است و اگر احتقان از دست نرود ممکن است فرونشینی ۲ تا ۶ ساعت طول کشیده و با تحریک پذیری و ناراحتی همراه باشد.

فرونشینی از طریق ارگاسم با احساس خوشی، آرمیدگی کلی و تمدد ماهیچه ای همراه است. پس از ارگاسم، مرد یک دوره ناگذازی^۱ یا دوره مقاوم دارد که ممکن است چند دقیقه تا چند ساعت طول بکشد. در این دوره، مرد نمی تواند دوباره نعوظ را تجربه کند و قدرت ارگاسم دیگری ندارد، مگر اینکه تحریک جدید به وی برسد. اما مدتی بعد می تواند مجدداً تحریک شود. مدت زمان ناگذازی بستگی به سن دارد. اوج فعالیت جنسی یک مرد در ۱۸ سالگی است و بعد از این سن توانایی جنسی رو به کاهش می گذارد. لذا در یک فرد ۱۸ 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 زن ها دوره ناگذازی وجود ندارد و یک زن می تواند ارگاسم های متعدد و متوالی را داشته باشد.

^۱.Refractory period

III - محرک های جنسی و تفاوت های جنسیتی

یکی از پیش شرط های یک آمیزش و رابطه جنسی رضایت بخش «آمادگی جسمانی و روحی» طرفین است. لذا گاهی ممکن است یکی از زوجین نسبت به فعالیت جنسی تحریک شود ولی شریک دیگر آمادگی لازم جسمی یا روحی را برای آمیزش نداشته باشد. از سوی دیگر اغلب زنان نیز - برعکس مرد که قادر به تحریک خودبخودی از نظر جنسی است - قادر به تحریک جنسی بدون مقدمه نیستند لذا در شروع و به صورت فی البداهه ممکن است برای فعالیت جنسی تمایل نشان ندهند. بر این اساس شناخت محرک های جنسی هر یک از دو جنس کمک می کند 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 هر یک از زوجین برای آغاز هم آغوشی بسیار مهم است لذا شناخت محرک های جنسی بسیار کمک کننده است

در هر دو جنس، تخیل و خیال پردازی درباره مسائل جنسی به صورت شایع وجود دارد. اما این تخیلات و نیز محرک هایی که باعث تحریک و ایجاد این تخیلات و کلا" انگیزش جنسی می شود، در دو جنس با هم متفاوت است؛ **مردها معمولاً** با دیدن زن های عریان یا نیمه عریان و کلا" با دیدن نواحی شهوت زای آنها (ساق پا، ران، برجستگی پستان ها یا کفل ها و ...) تحریک می شوند (تحریک بصری). اما **زن ها معمولاً** با **مغازله ها و داستان های عاشقانه** ای که قهرمانان آن مردانی مهربان، احساساتی و عاطفی باشند به هیجان و تحریک جنسی می رسند (تحریک شنیداری و عاطفی). زنان بر عکس مردان، جهت تحریک جنسی بیشتر تمایل به شنیدن واژه های شیرین تعریف های عاشقانه و مغازله دارند تا تصور یا نگاه کردن به شکل و اندام شریک جنسی شان.

بر همین اساس است که برای مثال وقتی یک زن مرد برهنه ای را ببیند بیشتر ممکن است خنده اش بگیرد تا تحریک شود در صورتی که مرد با مشاهده بدن عریان زن تا سرحد تصور تحریک جنسی می شود.

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

نقاط حساس جنسی بدن زن در دو ناحیه متمرکز است: ۱- پستان ها و ۲- دستگاه تناسلی بیرونی. **پستان ها:** پستان ها اگرچه جزو بدلیل داشتن گیرنده های حساس به لمس (و نیز فشار و حرارت) یکی از نواحی تحریک زای جنسی زن می باشد که در زمان تحریک جنسی و سیکل پاسخ جنسی تغییراتی در آن اتفاق می افتد از جمله افزایش حجم (یک چهارم تا یک پنجم)، نعوظ نوک و سفت شدن بافت آن و لذا در مراحل اولیه آمیزش جنسی (پیش نوازی) لمس و نوازش پستان ها می تواند 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 ۱- کلیتوریس، ۲- لب های کوچک، ۳- لب های بزرگ و ۴- واژن می باشد مهمترین نواحی حساس از نظر تحریک جنسی می باشند. 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 لب های بزرگ و کوچک دارند. کلیتوریس بدلیل داشتن گیرنده های عصبی فراوان حساس ترین نقطه بدن زن است که همانند آلت تناسلی مرد در حین مقاربت نعوظ پیدا می کند (که حجم آن ممکن است به دو تا سه برابر افزایش یابد). در بسیاری از زن ها تحریک مستقیم کلیتوریس است که منجر به ارگاسم می شود. یعنی عکس آنچه بسیاری از مردان تصور می کنند، ادخال آلت مردانه و تحریک داخلی واژن نیست که منجر به تجربه اوج لذت جنسی در زن می شود، بلکه نقش اساسی را در تحریک لذت بخش و تجربه ارگاسم، اندام بیرونی کلیتوریس و لبها دارند. شاید بر همین اساس است که برخی (اغلب) از زنان از طریق جماع بیرونی سریع تر و راحت تر به ارگاسم می رسند تا از طریق جماع داخلی (ادخال).

دیگر نواحی حساس نسبت به تحریک در اندام زنان، پوست بطور کلی، گردن، پشت کمر، ناحیه ژنیتال، گوش و نواحی پشت گوش، دهان، لبها، باسن و نواحی اطراف مقعد، نوک انگشتان و ... اما در مورد مردان، به غیر از تحریک آنها با دیدن قسمت های نیمه عریان یا عریان بدن زن، از طریق لمس کردن و لمس شدن نواحی حساس غیرجنسی و جنسی نیز برانگیخته می شوند.

در مورد تحریک مردان از طریق ملامسه، می باید 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، باسن ها، 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 می تواند مرد را از نظر جنسی برانگیخته کند.

شناخت محرک های جنسی مرد (بویژه زمانی که وی دارای «وابستگی به مواد»^۱ (اعتیاد) و یا تحت «درمانهای نگهدارنده»^۲ مانند MMT^۳ و BMT^۴ است) جهت مواجهه با مشکلاتی چون بی میلی جنسی یا اختلال نعوظی بسیار کمک کننده است. همانگونه که در بخش درمان اختلال بی میلی و ناتوانی جنسی اشاره شده است، اساسا مقدمه ی پیشنهاد و شروع عمل جنسی از سوی زن، ارائه محرک های بصری جنسی (مثلا پوشیدن لباس های بازتر و نمایش قسمت های برانگیزاننده بدن به همسر) و سپس ملامسه و نوازش گام به گام نواحی حساس غیرجنسی و جنسی مرد تا مرزهای برانگیختگی و دستیابی به نعوظ در حد کفایت می باشد.

توجه: روش های دیگری از تحریک جنسی مرد وجود دارد که با توجه به برخی باورها و آموزه های فرهنگی و اعتقادی، استفاده از آنها برای مردان جامعه ما تا اندازه ای منتفی است. از جمله دیدن تصاویر یا فیلم های تحریک کننده (سکسی یا پورنو) یا خواندن داستان های تحریک کننده و

IV – مقاربت^۵ و مراحل سه گانه در ارتباط جنسی

زوجین منطبق با ویژگی ها و مکانیزم اندام جنسی زن و مرد، می باید برنامه آمیزش جنسی خود را بگونه ای تنظیم کنند تا نهایت رضایت جنسی را کسب کنند. بنابراین زوجین در یک فعالیت و عمل جنسی باید طبق مراحل سه گانه ای که در زیر آمده است فعالیت جنسی خود را پیش ببرند (فرایند و مراحل مناسب و منطبق بر آناتومی و مکانیزم عمل جنسی که زوجین می باید بر حسب آن عمل کنند):

۱- مرحله پیش نوازی^۶

^۱. Substance dependence

^۲. Maintenance Treatment

^۳. Methadone Maintenance Treatment

^۴. Buprenorphine Maintenance Treatment

^۵. Coitus

^۶. Foreplay or Precoital sex play

۲- مرحله ادخال^۱

۳- مرحله پس نوازی^۲

۱- مرحله پیش نوازی

پیش نوازی اولین و مهمترین و طولانی ترین مرحله آمیزش جنسی است. با توجه به اهمیت فاکتور آمادگی جسمس و روحی زوجین در کسب رضایت جنسی از یک سو، و نیز کندی و تاخیر زنان در تحریک و آمادگی جنسی از سوی دیگر، ورود بی مقدمه به جماع تناسلی داخلی (ادخال) می تواند مکانیزم چرخه پاسخ جنسی را در زوجین بویژه در زنان مختل کند.

پیش نوازی عموماً از در آغوش گرفتن، بوسیدن و ... شروع شده و به ترتیب به سمت ملامسه، نوازش و ماساژ نواحی حساس غیرجنسی و سپس نواحی حساس جنسی و نهایتاً اندام جنسی پیش می رود. و حداقل ممکن است یک سوم تا دو سوم زمان کل آمیزش زوجین را به خود اختصاص دهد. در برخی اوقات رابطه جنسی زوجین می تواند به همین مرحله (پیش نوازی) خلاصه شده و بدون ادامه آن به فاز ادخال خاتمه بیابد. لذا هر رابطه جنسی الزاماً به ادخال، انزال و ارگاسم ختم نمی شود و ممکن است زوجین به پیش نوازی 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 می شوند و این می تواند منتج به یک رابطه جنسی ناکام کننده و نارضایتبخش شود. زوجین می باید قبل از ورود به فاز ادخال، با پیش نوازی یکدیگر را نسبت به کلیت رابطه جنسی و سپس ورود به مرحله ادخال یا جماع تناسلی مهیا و آماده کنند. ضرورت مرحله پیش نوازی به دلایل زیر است:

۱- پیش نوازی بویژه در زنان که همیشه نسبت به مردان دیرتر تحریک شده و دیرتر به ارگاسم می رسند، آنها را تحریک کرده و آماده فعالیت جنسی می کند. 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 می کند.

^۱ . Intercourse

^۲ . Afterplay

۲- مهبل زن در شرایط معمولی و غیر آماده، خشک و غیر لغزنده است، در این شرایط عمل دخول برای طرفین جماع بویژه زن دردناک خواهد بود. ضمن اینکه به راحتی می تواند (بدلیل اصطکاک زیاد) منجر به انزال بسیار زودرس و قطع آمیزش شود. در حالی که تحریک شدن و آماده شدن زن منجر به ترشح دیواره های داخلی واژن و لزج شدن و لغزندگی آن و در نتیجه سهولت ادخال و به تاخیر افتادن انزال می شود.

۳- 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 می شود.

۴- پیش نوازی این باور کلیشه ای را در زن که « مردان فقط به سکس (شکم و زیر شکم) فکر می کنند» کمرنگ می کند.

۵- پیش نوازی کمک می کند تا با افزایش آمادگی، تحریک و برانگیختگی، احتمال تجربه ارگاسم در زن بالا برود. همانگونه که قبلا گفته شد زن با توجه به ویژگی های آناتومیک دستگاه جنسی اش، همواره نسبت به مرد دیرتر به ارگاسم می رسد، بر همین اساس پیش نوازی با طولانی کردن مدت آمیزش شانس تجربه ارگاسم را در او بالا می برد..

۶- پیش نوازی در قالب لمس، نوازش و ماساژ میزان صمیمیت و روابط فیزیکی و عاطفی زوجین را افزایش می دهد. به عبارت دیگر پیش نوازی ارتباط عاطفی را زیاد کرده و باعث رشد آن به طریقی منحصر به فرد خواهد شد: بر اساس بررسی ها، 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 قسمت های مختلف بدن، زوجین را از فشارهای روزانه رها می کند و به آنها

فرصت خوبی جهت استراحت و لذت بردن از با هم بودن می دهد. 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 مقدمه ای برای مواجهه جنسی گردد که بدین طریق زوجین برای ورود به آمیزش جنسی آمادگی بیشتری یافته و برانگیختگی زوجین کامل می شود.

حس لمس بعنوان مادر تمامی احساسات شناخته می شود، و اولین حسی است که در جنین انسان و سایر گونه ها رشد می کند، و همچنین اولین حسی است که بقیه حس ها بر مبنای آن رشد می کنند. لمس، ماساژ و نوازش، نوعی عشق ورزی است که موجب آزاد شدن تنشهای بدن و فشارهای روحی می شود، همچنین ماساژ به فرد اجازه می دهد تا با آزادی بیشتری از رابطه دو طرفه دلخواه لذت ببرد.

۷- پیش نوازی 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 شرایط فیزیکی خاصی وجود دارد که باعث محدودیت و یا ممانعت از رابطه جنسی کامل بین دو طرف می گردد.

۲- مرحله اداخل

همانگونه که در بالا اشاره شد، بسیاری از زوج ها آمیزش جنسی را معادل " نزدیکی تناسلی " (ادخال) تلقی می کنند. در چنین زوجهایی روابط جنسی بدون هیچ مقدمه (پیش نوازی) یا پس ختامی (پس نوازی) به یک جماع تناسلی همراه با دخول خلاصه می شود.

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

توجه: اداخل و جماع تناسلی الزاماً به شکل جماع داخلی نیست. در اینجا لازم است به دو نوع جماع تناسلی اشاره شود: ۱- جماع داخلی (درونی)^۱ - ۲- جماع خارجی (بیرونی)^۲.

۱- جماع داخلی: جماع درونی اساساً اشاره به همان تلقی ای دارد که اکثر زوجین و افراد از جماع

تناسلی دارند. یعنی معادل حالت اداخل که در آن آلت تناسلی مردانه وارد مجرای تناسلی زن می شود.

^۱. Internal intercourse

^۲. External intercourse

۲- **جماع خارجی:** جماع بیرونی، جماعی است که در آن آلت تناسلی مردانه بدون اینکه وارد مجرای مهبل زنی شود، در میان پاهای بسته زن و مماس بر روی اندام جنسی بیرونی زن بصورت رفت و برگشت ککلیتوریس و لب های بزرگ و کوچک را تحریک می کند. این روش جماع در بسیاری از زنان که از طریق جماع داخلی با تاخیر زیاد به ارگاسم می رسند و یا به ارگاسم نمی رسند، به خوبی کمک می کند که به ارگاسم برسند (همانگونه که در بخش ... گفته شد اندام اصلی که در رسیدن زن به ارگاسم نقش دارند ککلیتوریس و لبهای بزرگ و کوچک هستند^۱).

اما در هر حال مرحله **ادخال قله و نقطه اوج آمیزش جنسی** است. در این مرحله است که زوجین با تجربه ارگاسم بیشترین لذت جنسی را تجربه می کنند. این مرحله با ارگاسم و انزال مرد و یا تجربه ارگاسم در زن پایان می یابد. این مرحله در شرایط طبیعی بین ۳۰ ثانیه تا ۳-۲ دقیقه به طول می انجامد اما زوجین می توانند با برخی از روش های تاخیری (دارویی و رفتاری) آن را بیشتر به درازا بکشند. مرحله ادخال کمتر از یک چهارم زمان کل رابطه جنسی را به خود اختصاص می دهد.

در مورد این مرحله نیز باید اشاره کرد که **این تلقی که « ادخال الزاما باید به انزال و ارگاسم هر دو یا یکی از طرفین منتهی شود» درست نیست.** ادخال می تواند 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 (پس نوازی) ذکر شده است.

۳- مرحله پس نوازی

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 پس نوازی ادامه دهند.

^۱ . اگرچه برخی نقطه G در مجرای مهبل را در به ارگاسم رسیدن زن دخیل می دانند، اما تا کنون شواهد قطعی برای دخیل بودن آن پیدا نشده است. لذا بسیاری از زنان تنها از طریق یک جماع بیرونی (در موارد زیادی با تحریک دستی شریک جنسی) قادر به تجربه ارگاسم هستند. در این روش جماعی، زوجین می توانند با توجه به عادت های جماعی شان، به ارگاسم برسند اما در صورتی که بر حسب عادت مرد ابتدا (حق تقدم) به ارگاسم می رسد، 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.

- ۱- پس نوازی پیوند و رابطه عاطفی زوجین را تقویت می کند
- ۲- در زنان این طرز تلقی را که مردان یک طرفه به خواسته های جنسی خودشان اهمیت می دهند را کم رنگ می کند
- ۳- در صورت عدم تجربه ارگاسم در یکی از زوجین، پس نوازی فرصت رسیدن به ارگاسم را برای وی فراهم می کند (بویژه زنان ممکن است تنها در این مرحله گرایش به تجربه ارگاسم داشته باشند).
- ۴- در صورت وجود مشکل و اختلال انزال زودرس، پس نوازی کمک می کند تا مرد مجدداً برانگیخته شده و با دستیابی مجدد نعوظ یک ارگاسم دوباره لذت بخش تر و رضایت بخش تر را تجربه کند.
- ۵- پس نوازی پیام ارتباطی خاصی را به عنوان سپاس گذاری به طرفین منتقل کرده و زندگی جنسی ایشان را بارور تر می کند.
- ۶- در صورت بروز مشکل یا تنش جنسی در مراحل قبل بویژه مرحله ادخال، پس نوازی فرصت انحلال این مشکل یا تنش را به هر یک زوجین می دهد.
- ۷- پس نوازی به عنوان فاز پایانی رابطه جنسی کمک می کند تا زوجین از قله برانگیختگی جنسی با یک شیب ملایم فرود آمده و در یک آرمیدگی و آسودگی حمایت شده یله شوند.

۷ - وضعیت های جماعی^۱

برای آمیزش جنسی حالت ها و وضعیت های مختلفی وجود دارد که ۴-۵ روش از اصلی ترین وضعیت ها محسوب می شوند. اکثر زوجین از یکی دو وضعیت بیشتر استفاده نمی کنند و همین ممکن است رضایت جنسی آنها را در برخی موقعیت ها از جمله زمانی که مرد دارای انزال زودرس است، زن در ماههای آخر حاملگی 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 وضعیت های جماعی مختلف می تواند به آنها در چنین موقعیت های خاص و مشکل زایی کمک کند تا در عین داشتن آمیزش، از فعالیت جنسی خود به رضایت برسند.

^۱ . Intercourse position

۱- وضعیت مرد بالا(رخ به رخ مرد بالا)^۱

۲- وضعیت مرد بالا(رخ به پشت مرد بالا)^۲

۳- وضعیت زن بالا(رخ به رخ زن بالا)^۳

۴- وضعیت پهلو به پهلو رخ به رخ^۴

۵- وضعیت پهلو به پهلو رخ به پشت^۵

۶- وضعیتهای نشسته^۶

۷- وضعیتهای ایستاده^۷

۱- وضعیت مرد بالا(رخ به رخ مرد بالا)

این وضعیت معمول ترین روش و وضعیت جماعی است. با توجه به برخی ویژگی های این وضعیت و نیز وجود برخی باورهای فرهنگی(از جمله اینکه فعالیت جنسی (سکس) فعالیتی مردانه است) اکثر زوجین از این وضعیت استفاده می کنند. 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 واژن های کوتاهتر هستند(بویژه اگر مرد دارای آلت نسبتا بلند تری باشد) می تواند 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 ویژگی های این وضعیت جماعی، استفاده از آن در برخی شرایط مناسب نیست: زمانی که زن دارای واژن کوتاهتری است یا دارای عفونت های دهانه رحم است، زمانی که زوجین از اختلال انزال زودرس مرد رنج می برند و همچنین در دوره بارداری زن بویژه در چند ماه آخر بارداری.

^۱ .Male superior position (Man –on-top face to face intercourse position)

^۲ . Male postero-superior position

^۳ . female superior position (Woman –on-top face to face intercourse position)

^۴ . Side-to-side face to face intercourse position

^۵ . Postero-lateral coital (Rear entry)

^۶ . Sitting position

^۷ .Standing position

این وضعیت با اندکی تغییرات می تواند به چندین وضعیت فرعی دیگر تبدیل شود: وضعیت مرد بالای که زن پاهای خود را بدور کمر مرد قلاب می کند (که عمیق ترین دخول را باعث می شود)، وضعیتی که شانه های مرد تکیه گاه پاهای عمودی زن می شود و ...

۲- وضعیت مرد بالا(رخ به پشت مرد بالا)

این وضعیت جماعی با یک تغییر نسبت به وضعیت قبل، برخی ویژگی های همان وضعیت را داراست. در این وضعیت مرد در رو و زن در زیر قرار می گیرد 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 باسن های زن، دخول عمیق صورت نمی گیرد و نیز احتمال بارداری پایین تر است. این وضعیت جماعی برای برخی موقعیت ها که دخول عمیق دردناک و مشکل زاست و یا زمانی که زن نسبتاً احساس خستگی می کند و مایل است روی شکم بخوابد مناسب است.

این وضعیت بویژه یکی از وضعیت های مناسبی است که زوجین می توانند 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 می کند. این وضعیت نیز با تغییراتی می تواند انواع فرعی داشته باشد.

۳- وضعیت زن بالا(رخ به رخ زن بالا)

این روش نیز از روش های شایع مورد استفاده است (چرا که زوجین براحتی می توانند از وضعیت مرد بالا به آن تغییر وضعیت بدهند). در این وضعیت مرد در زیر و زن در رو قرار می گیرد. البته شکل قرار گرفتن زن می تواند نسبت به مرد در وضعیت مماس یا حالت عمود و یا ۱۴۵ درجه ای قرار گیرد. با توجه به وضعیت زن، نقش فعال در حرکات رفت و برگشتی بر عهده اوست و مرد نسبتاً نقش ساکن تری دارد.

این وضعیت جماعی برای زوجینی که مرد دچار انزال زودرس است یا زوجینی که زن دچار بی میلی 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 تاخیر در انزال و طول کشیدن جماع می شود.

در ضمن در این وضعیت با به تاخیر 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 عفونت های رحمی مناسب نیست.

۴- وضعیت پهلو به پهلو رخ به رخ

در این وضعیت مرد و زن روی پهلوها و در کنار هم به حالت هم آغوشی قرار می گیرند. از آنجا که در این وضعیتی دخول عمیق صورت نمی گیرد، برای زوجینی که زن دارای مهبل کوتاه یا مرد دارای بلندی آلت است وضعیت جماعی مناسبی است. از سوی دیگر این وضعیت به دلیل اینکه شرکای جنسی تحرک کمی دارند و نیز نیاز به تحمل وزن یکدیگر ندارند، برای برخی شرایط 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 برگشتی شان، 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 می برند و همچنین برای زوجینی که تمایل به جماع تناسلی طولانی تر دارند توصیه می شود.

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

۵- وضعیت پهلو به پهلو رخ به پشت

در این وضعیت نیز همچون وضعیت چهارم (پهلو به پهلو رخ به رخ) مرد و زن روی پهلوها و در کنار هم قرار می گیرند با این تفاوت که زن پشت به مرد قرار می گیرد و جماع مهبلی از پشت صورت می گیرد. این وضعیت، با توجه به چند ویژگی، مناسب ترین و بهترین وضعیت جماعی برای زن باردار بویژه در ۳ ماهه آخر بارداری است: (۱) در این وضعیت نیاز به تحمل وزن مرد از سوی زن نیست (۲) 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 می کشد ۳) از آنجا که در ماههای پایانی بارداری دخول عمیق می تواند برای جنین و زن ایجاد مشکل (همچون زایمان زودرس و یا عفونت های واژینال و ...) کند، این وضعیت جماعی 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 مناسب تری را برای رسیدن زن به ارگاسم مهیا می کند. 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 می دهند. در ضمن هم مرد و هم زن در صورت نیاز یا تمایل قادر به تحریک دستی کلیتوریس نیز می باشند.

وضعیت های 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 وضعیت ها صرف نظر می کنیم.

بخش سوم

اختلالات جنسی شایع در مردان و روش های درمانی

فصل چهارم

سرد مزاجی یا بی میلی جنسی

سرد مزاجی یا بی میلی جنسی اشاره به بی میلی نسبت به نزدیکی جنسی در عین تقاضا و خواست شریک جنسی دارد. این بی میلی تنها در یک بافت رابطه ای (شکایت شریک جنسی) یا در مقایسه وضعیت فعلی با گذشته (کاهش قابل توجه میزان آمیزش های 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. ۲۰٪ افراد جامعه دارای مشکل بی میلی جنسی هستند که البته شیوع آن در زنان بیش از مردان دیده می شود. به عبارت دیگر بی میلی جنسی (یا سرد مزاجی جنسی) بیشتر مشکل خاص زنان است تا مردان. اما با این حال در مردان نیز بویژه در برخی شرایط شایع است. بر اساس بررسی های لومن (۱۹۹۴)، ۳۳٪ زنان هیچ علاقه ای به سکس نشان ندادند؛ یعنی از هر سه نفر یک نفر کاملاً به سکس بی علاقه بود و ۱۷٪ حین سکس مشکلات برانگیختگی را مطرح کردند. این در حالی است که در مردان ۱۶٪ علاقه به روابط جنسی نداشتند و ۱۰٪ نیز مشکلات مربوط به نعوظ داشتند.

علل بی میلی جنسی

بی میلی جنسی می تواند در نتیجه افسردگی، اضطراب یا استرس مزمن ایجاد شود. گاهی نیز ممکن است فرد از مهار میل جنسی به گونه ای دفاعی برای محافظت خود در برابر ترس های ناخودآگاهش در مورد رابطه جنسی استفاده کنند. در برخی افراد نیز ممکن است بی میلی جنسی تظاهری از خصومت نسبت به شریک جنسی یا علامتی از رابطه ای رو به تباهی باشد.

علاوه بر عوامل فوق، بی میلی جنسی حداقل در کشور ما ایران می تواند حاصل مصرف طولانی مدت مواد مخدر و وابستگی به مواد باشد. بسیاری از زوجین با اولین تجربه مصرف مواد در جریان آمیزش جنسی شان منبع بزرگی از لذت را دریافت می کنند. این تجربه منحصر به فرد ایشان را نسبت به ادامه مصرف مواد مخدر در نوبت های بعدی روابط جنسی شان تشویق می کند. اثرات فیزیولوژیک مواد مخدر - از

جمله افیونی ها و الکل- بر روی سیکل پاسخ جنسی، منجر به تاخیر افتادن انزال و ارگاسم و به تبع آن طولانی شدن عمل جماع می شود.

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 می شود. به عبارت دیگر ماده مخدری که در ابتدا فعالیت جنسی را در حد بالایی رضایت بخش و لذت بخش می کرد، در ادامه منجر به اختلال بی میلی جنسی و ناتوانی جنسی در فرد می شود.

لذا در این افراد بی میلی جنسی اغلب پیامد گریز ناپذیر مصرف و وابستگی به مواد مخدر است.^۱ این بی میلی جنسی که از عوارض طبیعی دارو یا ماده مخدر است در طولانی مدت حیات جنسی زوجین را کاملاً خشک و راکد می کند. به عبارت دیگر مصرف طولانی مدت ماده مخدر میل و کشش جنسی در فرد مصرف کننده را از بین برده و هر گونه فعالیت جنسی را در وی متوقف می کند. بدیهی است که وقفه بلندمدت در فعالیت های جنسی زوجین منجر به برخی پیامدهای ناخوشایند از جمله نارضایتی و تنش های بین فردی می شود.

در برخی موارد، در صورتی که شریک جنسی فرد مصرف کننده ارزش گذاری زیادی روی روابط و زندگی جنسی اش کرده باشد و از سوی دیگر زوجین راه حل های سازگارانہ ای 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 پیش بینی است که که شریک جنسی این فرد مصرف کننده نسبت به خواسته های جنسی کشش و انتظار بالایی داشته باشد.

لذا افراد مصرف کننده ماده مخدر در صورت بروز علائم بی میلی جنسی می باید بدنبال یافتن راه حل ها و درمان های انطباقی باشند تا به تمایلات طبیعی شریک جنسی شان 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 درمان

^۱ . در درمان های نگهدارنده (نگهدارنده با متادون **MMT** یا نگهدارنده با بوپرنورفین **BMT**) نیز یکی از مشکلات و گلایه های درمانجویان، بی میلی جنسی است. این بی میلی از عوارض جانبی مصرف داروی نگهدارنده است.

نگهدارنده بیشتر از ۶ ماه طول می کشد، 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 حادثتری را در پی دارد، زوجین می باید 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 سرد مزاجی یا بی میلی جنسی را می توان هم با رویکردهای دارویی و هم روشهای روان درمانی (شناختی-رفتاری) تا حدی بهبود بخشید. بطور کلی در درمان این اختلال (غیر از درمان های دارویی) دو راهبرد درمانی کلی وجود دارد:

۱- درمان و حذف عوامل اولیه ای که بی میلی جنسی حاصل آن است.

سرد مزاجی 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^۱»، اختلالات خلقی از جمله افسردگی، اختلال اضطراب، مشکلات و تنش های بین فردی می باشد^۲. در چنین شرایطی که عامل بی میلی جنسی، افسردگی، اضطراب، مشکلات و تنش های بین فردی و یا وابستگی به مواد است، خط اول اقدامات درمانی می باید درمان این اختلالات باشد. پرداختن به این اختلالات و درمان آنها خودبخود می تواند سبب بهبود عملکرد جنسی و رفع بی میلی جنسی در زوجین شود.

۲- آموزش های جنسی (با تاکید بر شروع ارتباط جنسی از سوی شریک جنسی)

با توجه به اینکه عموماً وجود اختلال بی میلی جنسی در یکی از زوجین اتفاق می افتد، لذا شریک جنسی می باید نقش اصلی را بر عهده بگیرد. این تاکید بدین دلیل است که در درمان های شناختی-رفتاری بی میلی جنسی عملاً شریک جنسی است که باید عهده دار تکالیف درمانی شود.

^۱ . Substance dependency

^۲ . گاهی نیز ممکن است سرد مزاجی با یک اختلال شخصیت (personality disorder) همراه باشد که عموماً در چنین مواردی درمان و راهکار های درمانی بسیار پیچیده و شاید تا حدی نیز غیر قابل حل باشند.

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

الف: آموزش جنسی زوجین در زمینه های مختلف زیر:

۱- آناتومی اندام جنسی

۲- چرخه پاسخ جنسی

۳- دانش درباره محرک های جنسی و تفاوت های جنسیتی این محرک ها

۴- مراحل سه گانه آمیزش جنسی

۵- وضعیت های جماعی

افزایش دانش جنسی زوجین در زمینه های فوق بخصوص در زمینه محرک های جنسی و مراحل سه گانه آمیزش جنسی، به آنها کمک می کند تا در صورت تصمیم گیری جهت عمل جنسی طبق راهبرد دوم (شروع رابط جنسی از سوی شریک جنسی فاقد بی میلی) روند مناسب، بی تنش و ارضا کننده ای 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 نمی رسد، چرا در صورت گرایش جنسی مرد به وی، اساسا اختلال بی میلی جنسی منتفی است.

بنابراین در آموزش جنسی به زوجین دارای این مشکل، اساسی ترین و مهم ترین تاکید و توصیه بر همین آغازگری است: پیشنهاد دهنده و آغازگر رابطه جنسی می باید شریک جنسی دیگر باشد.

نکته: در ایجا باید یادآور شد که بسیاری از افراد (بویژه مردان) علی رغم داشتن مشکل و اختلال بی میلی جنسی، در صورت تحریک تدریجی مناسب و صحیح جنسی، قادر به برانگیختگی جنسی و کسب نعوظ می باشند. فرد یا شریک جنسی بدون مشکل باید با فراهم کردن محرک های جنسی لازم همراه با لمس و نوازشگری- طبق مرحله پیش نوازی- 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 مقدمه ای آغاز شود که آموزش های جنسی پیشین به تدارک این مقدمه کمک می کند.

۱- زن در ابتدا باید با توجه به محرک های خاص جنسی مرد (تحریک کننده های جنسی بصری) سعی در برانگیختن وی می کند. برای مثال زن می تواند در این گونه شرایط با پوشیدن لباس های آزاد تر و باز تر از تحریک کنندگی بدنش جهت برانگیختن مرد استفاده کند. یا با رفتارهایی که جاذبه های جنسی بصری وی را افزایش می دهد مرد را تحریک کند.

۲- در گام بعد زن می تواند در یک ارتباط عاطفی و فیزیکی به مرد نزدیک تر شود.

۳- در گام سوم زن می باید با ورود آرام و تدریجی به مرحله «پیش نوازی»، شروع به ملامسه قسمت های مختلف بدن مرد (به همان ترتیب ذکر شده در فصل) سطح انگیزتگی وی را بالا ببرد. تداوم این ملامسه، نوازشگری و ماساژ در آخرین مراحل (لمس اندام جنسی) می تواند مرد را به سمت کسب نعوظ نیل دهد.

۴- با دستیابی مرد به نعوظ، شرایط برا ورود به مراحل بعدی آمیزش مهیاست.

توجه: در مراحل اولیه بهتر است زوجین بدون درآوردن لباس های 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 نعوظ در مرد اتفاق نمی افتد و یا در صورت رخ دادن، فرد در حفظ آن ناتوان است، و در بعضی موارد نیز نعوظ بسیار با تاخیر و به صورت نابسندگی ای که برای آمیزش تناسلی و عمل دخول مناسب نیست رخ می دهد

در صورت وجود این اختلال در زوجین ابتدا می باید با انجام آزمایش ها و معاینات پزشکی علل زیستی یا جسمانی آن منتفی شود^۱. در این صورت برای درمان اختلال نعوظ کاملاً می باید از همان راهبردهای درمانی بی میلی جنسی سود برد. یعنی ابتدا زوجین در زمینه های مختلف از جمله ۱- آناتومی اندام جنسی ۲- چرخه پاسخ جنسی ۳- دانش درباره محرک های جنسی و تفاوت های جنسیتی ۴- مراحل سه گانه آمیزش جنسی ۵- وضعیت های جماعی دانش لازم را کسب می کنند. افزایش دانش جنسی زوجین در زمینه های فوق بخصوص در زمینه محرک های جنسی و مراحل سه گانه آمیزش جنسی، به آنها کمک می کند تا در صورت تصمیم گیری جهت عمل جنسی طبق راهبرد دوم (شروع رابط جنسی از سوی شریک جنسی فاقد بی میلی) روند مناسب، بی تنشی و ارضا کننده ای 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 می شود.

همان گونه که درباره اختلال بی میلی جنسی تاکید شد، مردان دچار مشکل در نعوظ با پایه های روانی و غیرزیستی، در صورت شناخت و تبعیت از برخی اصول اساسی (که در این نوشتار در فصل ها و ضمیمه ها بدان ها 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 ایده ال نیازهای جنسی فاجعه بار و وحشتناک نیست» بسیاری از زوجین علی رغم داشتن برخی مشکلات و نارضایتی های جنسی، از کلیت

^۱ . در صورت تایید عوامل جسمی و زیستی در طی آزمایشات و معاینات بالینی ، می باید از درمانهایی با رویکرد پزشکی از جمله مصرف دارو، استفاده از پروتز یا دستگاه های مکانیکی ویژه استفاده شود.

زندگی زناشویی خود رضایت دارند. رضایت اینچنین زوجینی، مبین این است که زندگی زناشویی افراد صرفاً منحصر و محدود به روابط و حیات جنسی آنها نمی شود. اگرچه زوجین جهت کاهش تنش ها و مشکلات جنسی شان می باید اقدام و تلاش لازم را به خرج دهند، اما مادامی که مشکلات وجود دارد می توان آن را به عنوان چیزی که «اگر بود بهتر بود» و «اگر نباشد اتفاقی نمی افتد» 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 کالبد شناسی، 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 آمیزشی 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: ۱- سرد مزاجی یا بی میلی جنسی^۱، ۲- اختلال مربوط به نعوظ (ناتوانی جنسی)^۲، ۳- انزال زودرس^۳ و ۴- انزال دیررس^۴ 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 تاکید بر روشهای روان‌شناختی، برخی راهکارهای رفتاری- شناختی برای رفع و بهبود اختلالات و مشکلات جنسی « سرد مزاجی یا بی میلی جنسی»، «اختلال نعوظی در مرد» و «انزال زودرس»، مورد طرح و بررسی قرار خواهد گرفت.

^۱.Anapherodisia

^۲.Impotence

^۳.Premature Ejaculation

^۴.Retarded Ejaculation

انزال زودرسی

عمده ترین و شایع ترین نارضایی و شکایت زوج ها، بخصوص زوجهای جوان ، مشکل انزال زودرسی است. در انزال زودرسی، مرد مکرراً پیش از زمان دلخواه خود و شریک جنسی اش (همسر) به ارگاسم رسیده و انزال می کند. به عبارت دیگر انزال زودرسی، یعنی رسیدن به اوج لذت جنسی زودتر از زمانی که به طور معمول برای فعالیت جنسی رضایت بخش زوج ها لازم است (کینزی و...، ۱۹۹۴). شکایت معمول مردانی که این مشکل را دارند، این است که " بسیار سریع " به اوج لذت جنسی می رسند. این مشکل به راحتی می تواند در فعالیت و رابطه جنسی و لذت بردن زوج ها مداخله ای مخرب داشته باشد. مثلاً انزال همیشگی قبل از دخول یا بلافاصله پس از آن ممکن است به راحتی باعث نارضایی و سرخوردگی زوجین در فعالیت جنسی شان شود.

در انزال زودرسی، مدت کوتاهی پس از شروع تماس جنسی، قبل از اینکه زوجین به اندازه مطلوب از نزدیکی جنسی شان لذت ببرند، انزال بی موقع و بسیار زودهنگام مرد، باعث واخوردگی و ناکامی زوجین می شود. در بعضی موارد شاید مشکل واقعاً انزال زودرسی نباشد، بلکه تنها ممکن است زوجین نسبت به کوتاه بودن زمان آمیزش جنسی شان گلايمند باشند. چرا که معمولاً زوج های جوان همیشه تمایل دارند که مدت آمیزش جنسی شان 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 بخش ترین فعالیت زندگی زناشویی بخصوص در زوج های جوان است، لذا طبیعی است که زوجین سعی دارند از روابط جنسی شان بیشترین رضایت را تجربه کنند. از همین رو، مشکل انزال زودرسی و کوتاه شدن مدت آمیزش باعث نارضایی زوجین و احتمالاً جستجوی آنها برای یافتن راه حل های مشکل می شود. و در پی همین جستجوست که بسیاری از افراد به سمت داروها (دارو های غیر قانونی) و مواد مخدر از جمله " مواد افیونی (بخصوص تریاک) و الکل " می روند. باور های عامیانه ای که درباره اثر بسیار مثبت و فوری " مواد افیونی(تریاک) " در حل مشکل انزال زودرسی و طولانی کردن مدت آمیزش (و در اصطلاح عامیانه تر " سفت کردن کمر ") وجود دارد، باعث به وجو 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 جنسی شان (انزال زودرس یا کوتاه بودن مدت آمیزش)، به تدریج دچار وابستگی به مواد شد اند. ضمن اینکه یکی از عواملی که باعث بالا رفتن ریسک برگشت^۱ () در این افراد می شود، اساسا باقی ماندن این مشکل به قوت خود است. البته همیشه انزال زودرس نیست که باعث نارضایی زوج ها از روابط جنسی شان می شود بلکه انتظار آنها درباره (به درازا کشیدن) مدت و زمان آمیزش نیز سبب می شود که آنها از روند طبیعی آمیزش جنسی شان ابراز نارضایی می کنند.

نکات پایه در درمان انزال زودرس (آموزش رفتاری شیوه های نزدیکی جنسی)

در بسیاری موارد، اختلالات و مشکلات جنسی و نارضایتی های پیامد آن، حاصل عدم آگاهی و دانش زوجین نسبت به نحوه یا شیوه های درست و مطلوب آمیزش جنسی است. برای مثال بسیاری از زوج ها (بخصوص در فرهنگ های سنتی تر) آمیزش یا رابطه جنسی را تنها معادل "نزدیکی تناسلی" (وضعیت ادخال) تلقی می کنند. به عبارت دیگر، روابط جنسی در چنین زوجیهایی تنها به یک جماع تناسلی همراه با دخول خلاصه می شود. و همین نیز باعث بسیاری از نارضایی های جنسی در آنها می شود. چرا که اساسا به دلیل کارکرد و مکانیسم های طبیعی و نرمال عمل جنسی، پدیده ارگاسم یا رسیدن به اوج لذت جنسی (و بالطبع انزال) در مدت زمان کوتاهی (بین ۲ تا ۳ دقیقه) اتفاق می افتد و این چیزی بسیار طبیعی است. در اینجا باید به بررسی ای که بر روی حدود ۶۰۰۰ مرد انجام گرفته است اشاره کرد؛ در این بررسی در حدود ۷۰ درصد مردان بیان کردند که طی ۲ دقیقه پس از دخول به اوج لذت جنسی (و انزال) می رسند (کینزی و همکاران، ۱۹۴۸).

برای درک بهتر این مسئله در اینجا لازم است اشاره مختصری به برخی ویژگی های 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^۲، حشفه^۳ حساس ترین ناحیه آلت تناسلی است. در این ناحیه به دلیل وجود گیرنده هایی

^۱. Relapse
^۲. Penis
^۳. Glans

که نسبت به مالش و اصطکاک حساس هستند هر نوع تماس و لمسی می تواند 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 می شود. در اندام جنسی زن نیز، وجود گیرنده های بسیار حساس نسبت به لمس و مالش در قسمت بیرونی و داخلی واژن^۱ بویژه در قسمت کولیتوریس و نیز در نقطه ای به نام نقطه G منجر به رسیدن زن به اوج لذت جنسی می شود.

بنابراین با توجه حساسیت بسیار بالای سر آلت تناسلی مرد یا حشفه نسبت به لمس و مالش که باعث می شود در کمتر از ۲ دقیقه به حال ارگاسم و انزال برسد، بدیهی است که اگر زوجین مسیر درستی را در آمیزش جنسی طی نکنند و به محض تصمیم گیری جهت نزدیکی وارد وضعیت جماع تناسلی و ادخال شوند، طول زمان فعالیت جنسی شان بسیار کوتاه و نارضایت بخش خواهد بود. با توجه به مطالب فوق، می توان گفت بطور کلی اختلال انزال زودرس (غیر از درمان های دارویی) دارای دو راهبرد درمانی کلی است:

۱- آموزش و افزایش سواد جنسی

آموزش جنسی زوجین همچون اختلال بی میلی و مشکل نعوظ، شامل حوزه های مختلف زیر می

شود:

۱- آناتومی اندام جنسی

۲- چرخه پاسخ جنسی

۳- دانش درباره محرک های جنسی و تفاوت های جنسیتی این محرک ها

۴- مراحل سه گانه آمیزش جنسی

۵- وضعیت های جماعی

۲- آموزش روشهای رفتاری " شروع- توقف " (یا " تحریک- توقف ") و " فشردن "

^۱. Vagina

در درمان اختلال انزال زودرس روش های "توقف-شروع" (یا "تحریک-توقف") "فشردن" از شایع ترین تکنیک های درمان رفتاری هستند. در زیر این دو روش که هم برای درمان انزال زودرس و هم جهت تطویل مدت آمیزش به کار بسته می شوند، تشریح می شوند.

۱- روش تحریک-توقف (stop-start)

این روش نسبتاً ساده ای است و بسیار شبیه روش **جماع منقطع** است که بسیاری از زوجین از آن به عنوان یک روش جلوگیری از بارداری استفاده می کنند. 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 عملی کردن این روش مشارکت هر دو زوج بخصوص زن ضروریست چرا که انجام بخشی از تکالیف یا راهکارهای درمانی بر عهده 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 اولین مرحله آلت تناسلی مرد توسط خود او یا شریک جنسی اش (زن) تحریک می شود (مرحله تحریک، شروع یا start). این تحریک در این مرحله به وسیله «دست خشک» انجام می شود و می باید 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 می شود (مرحله توقف یا stop).. بعد از اینکه احساس انزال دور شد تحریک مجدداً شروع می شود و این تمرین تا ۱۵ دقیقه می تواند ادامه پیدا کند.

در این مرحله تحریک توسط همسر یا شریک جنسی ممکن است سخت باشد اما مرد می تواند با یک اشاره قراردادی در آستانه غیر قابل کنترل بودن انزال، به همسرش علامت دهد تا تحریک را متوقف کند و با گذشت یک تا دو دقیقه دو مرتبه تحریک را شروع کند بعد از ۱۵ دقیقه پرهیز از انزال، زوجین در صورت تمایل می توانند تحریک را تا رخداد انزال ادامه دهند و از انزال لذت ببرند.

اگرچه این تمرین بهتر است ۱۵ دقیقه به طول بینجامد. یعنی تحریک و به تاخیر انداختن انزال تا ۱۵ دقیقه طول بکشد. اما در صورتی که انزال قبل از ۱۵ دقیقه اتفاق افتاد، تمرین می باید از نو شروع شود (بسیاری از

مردان با فاصله کوتاهی بعد انزال می توانند نعوظ دیگری داشته باشند) اگر توانایی نعوظ دوم وجود ندارد تمرین به روز دیگری موکول می شود. این تمرین می تواند برای مدتی (مثلا 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: سینه ها، نوک پستان، عضو جنسی مردانه، بیضه ها، واژن یا کلیتوریس، می شود. اما لمس و ماساژ دیگر نقاط غیر حساس اشکالی ندارد بلکه توصیه می شود.

مرحله II :

در آغاز این تمرین، تحریک بوسیله دست خشک صورت می گیرد. در مرحله بعد برای افزایش حساسیت و ایجاد احساس هایی شبیه به نزدیکی مهبل، از یک ماده چرب کننده استفاده می شود. به عبارت دیگر پس از اینکه با روش مرحله یک فرد توانست ۱۵ دقیقه بدون انزال تمرین را انجام دهد، این بار تمرین را می باید با "دست تر" (کرم یا ژل) تکرار کند. در این مرحله هم طول مدت تمرین بهتر است ۱۵ دقیقه باشد. این تمرین نیز می تواند 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 مهبل (که البته عضو جنسی مردانه می تواند نعوظ کاملی هم نداشته باشد) به صورت «زن بالا» و بدون حرکات رفت و برگشت تمرین می شود. و در پی آن زوجین می توانند، در همان حالت زن بالا، دخول با انجام حرکات همراه باشد. به عبارت دیگر در شروع این مرحله و در ابتدای حالت دخول، برای ۵ دقیقه هیچکدام از زوجین نباید حرکتی بکنند. سپس زن می تواند شروع به حرکات نرم کند که هدف این حرکات نرم بیشتر حفظ نعوظ مرد است. این مرحله ۱۰ دقیقه تداوم می یابد و در آن مرد هیچ حرکتی نمی کند. اگر احساس نیاز به انزال دست داد فرد باید به زن علامت دهد تا حرکتش را برای چند دقیقه متوقف کند. این مقطع مرد می باید خودش را ریلکس کند. این مرحله نیز ۱۵ دقیقه باید به طول انجامد.

در جلسات بعد این تمرین می تواند 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 در همان وضعیت «زن بالا» و سپس در وضعیت «پهلوی به پهلوی» 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.

۲- روش فشردن یا فشار (Squeeze Technique)

این روش نیز تا اندازه زیادی 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:

- ۱- پیش‌نوازی متمرکز بر اندام غیرحساس جنسی زوجین
- ۲- متمرکز بر پیش‌نوازی و لمس اندام حساس جنسی زوجین
- ۳- تحریک آلت جنسی مرد به شکل تحریک-توقف و تکنیک فشردن

مرحله I: پیش‌نوازی اندام غیرحساس جنسی

اولین 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 همان مرحله پیش‌نوازی است که قسمت اعظم یک ارتباط جنسی را به خود اختصاص می‌دهد. زوجین بدون اینکه لباسهای زیر خود را در بیاورند، می‌توانند به نوبت و یا توأمان به لمس، ماساژ و نوازش نقاط مختلف حساس غیر جنسی بدن همدیگر از جمله پشت، گردن، بازوها، باسن و پاها بپردازند^۱.

^۱. شیوه ماساژ و تغییر جا در مرحله لمس و نوازش اعضای غیر جنسی:

زن روی شکم دراز می‌کشد و مرد حدود ۱۰ دقیقه نقاط پشت، گردن، بازوها، باسن و پاها را ماساژ می‌دهد.
مرد روی شکم دراز می‌کشد و زن حدود ۱۰ دقیقه نقاط پشت، گردن، بازوها، باسن و پاها را ماساژ می‌دهد.
زن طاقباز می‌خوابد و مرد حدود ۱۰ دقیقه نقاط گردن، سینه، شکم، شانه‌ها، بازوها و پاها را ماساژ می‌دهد.
مرد طاقباز می‌خوابد و زن حدود ۱۰ دقیقه نقاط گردن، سینه، شکم، شانه‌ها، بازوها و پاها را ماساژ می‌دهد.

مرحله II: پیش نوازی اندام حساس جنسی

بعد از حدود ۱۵ دقیق که زوجین مناطق حساس و غیرجنسی همدیگر را پیش نوازی کردند، در این مرحله می توانند به آرامی سراغ نقاط حساس جنسی همدیگر از جمله سینه ها، نوک پستان، کشاله ران و ... رفته و این قسمت ها را لمس، نوازش و ماساژ دهند^۱. در این مرحله زوجین نمی باید اندام جنسی همدیگر را از جمله آلت جنسی مردانه، واژن یا کلیتوریس را لمس و تحریک کنند. این مرحله نیز می تواند ۱۵ دقیقه به طول بینجامد. باید تاکید کرد اگر چه ارگاسم در این مرحله هدف نیست ولی اگر زوجین به ارگاسم رسیدند اشکالی ندارد. هدف این تمرین لمس و نوازش نواحی حساس جنسی همدیگر توسط زوجین است.

مرحله III: پیش نوازی اندام حساس جنسی

در این مرحله زوجین می توانند توامان یا به نوبت اندام جنسی همدیگر از جمله بیضه ها، آلت جنسی مردانه، واژن یا کلیتوریس را لمس و نوازش کنند^۲. تفاوت این مرحله با مرحله بعد در این است که در این مرحله تنها لمس و نوازش آرام و نرم اندام 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^۳ اما گرایش به تحریک آلت جنسی مرد در این مقطع باید به تاخیر بیفتد.

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

تمرینات فوق می تواند در موقعیتهای متعددی انجام شود. این تمرینات در حالت آرامشی توانند بسیار لذتبخش باشد.

^۱ . شیوه ماساژ و تغییر جا در مرحله لمس و نوازش اعضای غیر جنسی:

مرد به نرمی سینه ها و نوک پستانهای زن را ماساژ می دهد.

زن به نرمی سینه ها و نوک پستانهای مرد را ماساژ می دهد.

^۲ . شیوه ماساژ و تغییر جا در مرحله لمس و نوازش اعضای جنسی:

مرد حدود ۵ دقیقه تنه کلیتوریس زن را به نرمی لمس می کند.

زن حدود ۵ دقیقه به نرمی بیضه های مرد را لمس می نماید.

مرد حدود ۵ دقیقه سر کلیتوریس و مدخل واژن را لمس می نماید.

زن به نرمی تنه و سر(حشفه) آلت جنسی مرد را حدود ۵ دقیقه لمس می نماید.

^۳ . زن هر طور که دلخواه اوست باید تحریک شود که شاید با هدایت دست او این کار صورت می گیرد. ابتدا کلیتوریس و قسمت خارجی واژن توسط مرد به آرامی و نرمی تحریک می شود. و بتدریج می توان سرعت آن را افزایش داد. اگر زن تمایل داشته باشد مرد می تواند با ماساژ کلیتوریس او را به ارگاسم برساند، ولی الزاما این جزء اهداف این مرحله نیست.

در این مرحله که مرحله لمس تناسلی است، ابتدا زن با دست خود آلت تناسلی همسرش را تحریک می کند و زمانی که مرد احساس کرد که به اوج لذت جنسی نزدیک است آن را با علامت از پیش تعیین شده ای به همسر خود خبر می دهد. در این موقع زن عمل تحریک را متوقف می کند و و به مدت ۲ تا ۳ ثانیه آلت تناسلی شوهر را به شدت می فشارد بدین صورت که انگشت شست در جلوی آلت و انگشت دوم و سوم در دو پهلوئی برجستگی حشفه قرار گیرد (درست مانند گرفتن سرنگ در دست).

این فشار باعث می شود که مرد میل به انزال و تا اندازه ای 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 باعث افزایش توانایی مرد در کنترل انزال می شود همانگونه که تاکید شد باید حداقل در ۴-۵ جلسه اول، زوجین نمی باید آمیزش تناسلی داشته باشند. یعنی زن و شوهر باید در چند هفته اول که این درمان و تمرین را شروع کرده اند، با کمی تحمل سعی کنند روابط جنسی شان 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 می توانند، 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 بگیرد و عمل فشردن را انجام دهد. البته در این مقطع برای اینکه نعوظ کاملاً از بین نرود، زن می تواند از روش دیگری برای فشردن استفاده کند بدین نحو که آلت مرد را از پایه خود بگیرد که انگشت شست او در بخش زیرین آلت تناسلی و ۴ انگشت دیگر در رو قرار گیرد.

حال در این حالت، با فشار دادن آلت به سمت عقب می توان 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 می توانند تصمیم بگیرند که انزال واقعاً اتفاق بیفتد. در این مرحله آنها می توانند، 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 سینه ها، نوک پستان، عضو جنسی مردانه، بیضه ها، واژن یا کلیتوریس، می شود). اما لمس و ماساژ دیگر نقاط غیر حساس اشکالی ندارد بلکه توصیه می شود.

برخی نکات کلی:

الف: ملاحظات فرهنگی در کاربرد روش های درمانی انزال زودرس

در مورد استفاده از روش های «تحریک-توقف» و «فشردن»، توجه به این نکته مهم است که بعضی از زوج ها ممکن است به دلیل باورهای خاص فرهنگی و اعتقادی که در زمینه زندگی جنسی دارند به راحتی قادر به انجام چنین تمریناتی نباشند. آنها ممکن است از لمس آلت تناسلی همسر خود شرم داشته باشند (برای مثال همانطور که بالاتر اشاره شد، در تمرین تحریک-توقف برای حل مشکل انزال زودرس لازم است زن آلت تناسلی شوهرش را لمس کرده و تمرین تحریک-توقف و سپس فشردن را انجام دهد). در چنین تمرینی ممکن است، زن به خاطر بازداری های باوری و اعتقادی که نسبت به رابطه جنسی (سکس) در هیات "شرم" و "حیا" دارد، به سختی راضی به همکاری در حل مشکل شود.

به همین جهت باید تاکید کرد از آنجا که نارضایی های مرتبط با روابط جنسی زوجین به آسانی می تواند زمینه ساز بسیاری از تنش ها و اختلافات زوجین شود، لذا آنها باید متوجه این نکته باشند که دستورات دینی و نیز عرف اجتماعی هیچ اشکال و مانعی درباره چنین تمریناتی برای حل مشکلات جنسی نمی بیند. (به پاورقی صفحه ۲۱ نگاه کنید)

ب: آیا انزال زودرس فاجعه بار است؟

بسیاری از زوجین خود و زندگی جنسی شان را قربانی انزال زودرس می دانند، این زوجین به محض اینکه انزال مرد به شکل زودرس اتفاق می افتد فعالیت جنسی شان را ناتمام و خاتمه یافته قلمداد می کنند، با احساسی از سرخوردگی و ناکامی کنار می کشند و شروع به نکوهش و سرزنش خود می کنند.

اما باید گفت، در صورتی که انزال اتفاق افتاد نیاز نیست نگران و وحشتزده شوید و همه چیز را تمام شده تلقی کنید. اگرچه مردها بعد از هر انزال یک دوره ناگذاری دارند که باعث می شود با از دست دادن نعوظ نتوانند تا مدتی (از چند دقیقه تا چند روز با توجه به سن فرد) به ارگاسم مجدد برسند. اما اولاً برخی از مردان پس از انزال ممکن است نعوظ شان را از دست ندهند و قادر به ادامه جماع باشند. دوماً (در صورت استفاده از کاندوم^۱)، زن می تواند پس از تعویض کاندوم به نرمی و تدریجی به لمس و تحریک قسمت های حساس جنسی و آلت تناسلی مرد ادامه دهد، اکثر مردها قادر به دستیابی مجدد نعوظ هستند (حتی اگر چه ممکن است این نعوظ مجدد، بدون توان تجربه ارگاسم توسط آنها باشد).

ج: نقش زن بعد از رخداد نابهنگام انزال

با توجه نکته بالا، هنگام انزال بی موقع و زودرس^۲ ایفای نقش فعال بر عهده شریک جنسی یعنی زن است؛ زن که در اینجا نقش اصلی را بر عهده دارد می باید در صورت انزال به شکل زودرس فعالیت جنسی را ادامه دهد: ابتدا کاندوم را درآورده سپس آلت را با دستمال پاک کرده و سپس به آرامی نواحی مختلف حساس غیرجنسی، سپس جنسی و نهایتاً بیضه ها و آلت لمس و نوازش و تحریک شوند (پس نوازی). این پس نوازی مرد را قادر می سازد تا مجدداً به نعوظ برسد.

اگر این نعوظ دوم ممکن است نعوظ کاملی نباشد (و منجر به تجربه ارگاسم توسط وی نشود) اما قدرت لازم برای تحریک اندام جنسی زن بخصوص به شکل جماع بیرونی را دارد. در این مرحله آلت مردانه بدون دخول در واژن بین پاهای بسته و نسبتاً فشرده زن، تماس بر روی کلیتوریس (خروسه) و لبهای بیرونی قرار گرفته و با حرکات رفت و برگشت که شاید لازم باشد زن در آن نقش فعال تری داشته باشد (به دلیل احتمال تداوم پیامدهای مرحله فرونشینی در مرد).

^۱. Condom

^۲. گاهی انزال بی موقع به عنوان «اختلال انزال زودرس» مطرح است و گاهی نیز ممکن است بدون اینکه پای اختلال انزال زودرس در بین باشد، با توجه به عدم رسیدن زن به ارگاسم قبل از مرد، بی موقع تلقی شود.

ضمایم

(در بخش ضمایم، برخی موضوعات که در فصول بالا از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده اند، صرفاً

جهت تاکید، مجدداً بصورت یک ضمیمه مستقل آورده شده اند)

ضمیمه اول

"وابستگی به مواد" و مشکلات جنسی

یک مهمترین پیامدهای وابستگی به مواد (اعتیاد) تخریب و تحلیل رفتن کشش و میل جنسی است. به عبارت دیگر یکی از عواملی که باعث ناتوانی یا بی میلی جنسی بخصوص در مردان می شود وابستگی به مواد مخدر است.

یک باور عامیانه همیشه به زوج ها- بخصوص زوجهای جوان- توصیه می کند تا برای حل مشکلات جنسی (از جمله زودانزالی) یا طولانی کردن زمان آمیزش جنسی شان از داروهای مخدر (مثلا تریاک) استفاده کنند. البته داروهای مخدر در مراحل اولیه پس از شروع، اثراتی رضایت بخش بر فعالیت جنسی دارند اما به مرور منجر به اختلال در کارکردهای جنسی از جمله کاهش میل جنسی می شوند.

بویژه در کشور ما که مهمترین و شایع ترین ماده مخدر مصرفی (ماده مخدر بومی) تریاک می باشد اساسا مهمترین عامل تقویت کننده و ترغیب کننده مصرف مواد مخدر در اولین تجربه ها، اثر مثبت این مواد بر فعالیت های جنسی است:

مصرف تریاک در مراحل اولیه مصرف با به تاخیر انداختن انزال و طولانی شدن مدت آمیزش جنسی آن را تبدیل به تجربه ای منحصر به فرد می کند. در زوج های جوان که اشتیاق و میل بالایی نسبت به فعالیت جنسی دارند و نیز در زوج هایی که از مشکل انزال زودرس رنج می برند این اثر تاخیری بسیار ترغیب کننده تجربه مجدد و تداوم مصرف است.

از سوی دیگر در برخی فرهنگ های محلی و منطقه ای اساسا در برگزاری مراسم ازدواج و نیز اولین تجربه نزدیکی جنسی زوجین (نوعروس و نوداماد) یعنی شب زفاف مصرف تریاک توسط نوداماد در قالب یک سنت و رسم مقبول و جا افتاده ارج گذاشته می شود. از آنجا که در این فرهنگ ها صحت و سلامت نوعروس می باید در شب زفاف از طریق نشان دادن دستمال اغشته به خون بکارت به شاهدان تایید شود فشار روانی و استرس سنگینی را بر زوجین -بویژه نوداماد- جهت دستیابی به نعوظ و حفظ آن در طول جماع تناسلی جهت برداشتن پرده بکارت وارد می کند. ضمن اینکه مرد در این تجربه اولیه از جماع می باید بسندگی و

شایستگی جنسی خود را نیز به عنوان یک مرد کامل به خود و نوعروس ثابت کند. که این خود فشار روانی مضاعفی را بر وی وارد می کند .

در این شرایط کاملاً طبیعی است که مصرف یک ماده مخدر با کاهش فشار روانی و به تاخیر انداختن انزال و از دست دادن نعوظ بسیار پاداش دهنده و اغوا کننده خواهد بود.

از سوی دیگر همراه شدن تجربه نشئه آور ماده مخدر (تریاک) با فعالیت جنسی، از هر دوی آنها، تجربه ای متفاوت و فراتر می سازد. به عبارت دیگر، نشئگی ماده مخدر وقتی با تجربه جنسی همراه می شود برای فرد بسیار لذت بخش تر از خود نشئگی ماده مخدر به تنهایی است. همچنین یک تجربه جنسی همراه با مصرف مواد مخدر بسیار لذت بخش تر از خود تجربه جنسی به تنهایی است. این لذت فرا تر از حد، ایدآل و منحصر به فرد منجر به تقویت و ترغیب فرد نسبت به ادامه مصرف بویژه جهت انجام فعالیت های جنسی می شود.

بر اساس بررسی ها، در مصرف کنندگان تریاک (و نه مواد دیگر) درصد بالایی از مصرف کنندگان، عامل و مسائل جنسی را به عنوان یک عامل مهم در شروع و ادامه مصرف ماده مخدرشان ارزیابی کرده اند. این یافته مؤید این نکته است که عملاً «باورهایی» که در زمینه ماده مخدر و اثر آن بر کارکردهای جنسی وجود دارد تا حدود زیادی صحت دارد. حتی در بررسی عوامل منجر به عود و برگشت مصرف کنندگان بهبود یافته (و در حال ترک) عوامل و مشکلات جنسی سهم نسبتاً بزرگی دارد(اساساً وجود و پایداری همان باورهاست که علی رغم تمایل فرد نسبت به پرهیز از مصرف پاک ماندن، عطش و تمایل داشتن یک سکس تمام عیار (یا حل مشکل انزال زودرس) منجر به وقفه شناختی^۱ یا دید تونلی^۲(فقط برای همین یک بار) نسبت به مصرف ماده مخدر شده و لغزش اتفاق می افتد.

بر این اساس می باید به مراجعین و افرادی که تصمیم به ترک و درمان وابستگی به مواد از طرق مختلف از جمله سم زدایی(یا درمان نگهدارنده) توسط کلینیک های تخصصی درمان اعتیاد دارند، آموزش و آگاهی لازم داده شود.

^۱.Cognitive blockade

^۲.Tunnel vision

در قسمت زیر به برخی از نکات آموزشی و درمانی در زمینه کارکردهای جنسی در طول دوره ترک و سم زدایی و درمان نگهدارنده اشاره می شود:

الف: باور غلط در زمینه فاجعه بار بودن مشکلات جنسی

بسیاری از افراد یا زوجین در عین داشتن مشکلات جنسی دارای روابط زناشویی رضایت بخشی هستند^۱، لذا وجود مشکلات جنسی الزاما موضوع وحشتناک و فاجعه باری نیست. یعنی وجود مشکلات جنسی و نارضایتی جنسی الزاما چیز کمرشکن، مختل کننده یا غیرقابل تحملی نیست. بسیاری از زوجین بر این باور غلط هستند و اینگونه تصور می کنند که وجود مشکلات و اختلالات جنسی نشانه شکست و ناکامی در زندگی زناشویی است. این درحالی است که بسیاری از زوجین در عین داشتن برخی مشکلات جنسی (مثلا انزال زودرس)، از زندگی زناشویی خود رضایت کامل دارند. زوجین باید واقف باشند که حیات جنسی تنها بخشی از زندگی زناشویی است. و صرف وجود مشکل و نارضایتی جنسی معادل زندگی زناشویی مختل و سترون نیست. یعنی اینکه زوجین و افراد می توانند علی رغم وجود مشکلات و نارضایتی جنسی از زندگی زناشویی شان رضایت داشته و لذت ببرند.

ب: مشکلات جنسی در طول دوره سم زدایی و ترک

با ورود فرد وابسته به مواد به درمان (سم زدایی) که با قطع مصرف مواد مخدر همراه است، کاملاً طبیعی است کارکردهای جنسی فرد کاملاً مختل می شود. در برخی موارد فرد دچار «بی میلی و مشکل در دستیابی به نعوظ و تاخیر در انزال» می شود و گاهی بالعکس منجر به «افزایش موقت و غیرطبیعی تمایلات و کشش های جنسی» می شود و گاهی نیز با «تحریک افراطی و متعدد(حتی با کوچکترین محرک جنسی) همراه با انزال زودرس» می شود. این اختلال در بسیاری از زوج ها ایجاد نگرانی و تشویش می کند.

^۱ . برحسب مطالعات لومن^۱ (۱۹۹۴) شیوع اختلالات و مشکلات جنسی به تفکیک مرد و زن به شرح زیر است:

در مردان: ۱ - ۱۶٪. علاقه به روابط جنسی نداشتند. ۲ - ۱۰٪. مشکلات erection داشتند. ۳ - ۲۹٪. از انزال زودرس شکایت داشتند. ۴ - ۱۷٪. از اضطراب عملکردی رنج می بردند. بنابراین شایع ترین مشکلات در مردان انزال زودرس با ۲۹٪ شیوع است.

در زنان: ۱ - ۳۳٪. هیچ علاقه ای به سکس نشان ندادند؛ یعنی از هر سه نفر یک نفر کاملاً به سکس بی علاقه بود. ۲ - ۱۷٪. حین سکس مشکلات برانگیختگی را مطرح کردند. ۳ - ۲۴٪. عدم ارگاسم را در یکماهه اخیر گزارش کردند. ۴ - ۲۱٪. سکس لذت بخش نداشتند. ۵ - ۱۱٪. در حین انجام سکس درد را گزارش کردند.

بویژه افراد و مراجعینی که نسبت به درمان دارای انتظارات غیرمنطقی از جمله اینکه «به محض قطع مصرف ماده مخدر همه چیز از جمله روابط جنسی باید در مدت کوتاهی روبه راه شود» می باشند، دچار آشفتگی بیشتری می شوند. در صورتی که همسران این مراجعین نیز دارای همان انتظارات افراطی و غیرمنطقی نسبت به درمان باشند، این تشویش و نگرانی می تواند منجر به ادامه چرخه های معیوب تنش و بروز مشکلات زناشویی، بین فردی و به تبع آن کاهش عزت نفس و نیز امید بیمار نسبت به تغییر ایده ال شرایط در صورت ترک ماده مخدر شود. در این شرایط فرد جهت مقابله با این اختلال در کارکرد جنسی، مجدداً ممکن است ترغیب شود بعد از مدتی و پس از تجربه چند فعالیت جنسی مختل و ناامید کننده، حداقل یک بار و تنها برای یک بار (تله دید تونلی) از ماده مخدر تنها به عنوان درمان بدکاری جنسی اش استفاده کند. و کاملاً بدیهی است که این به معنای عود و بازگشت به دوره مصرف است.

بنابراین مراجعین تحت درمان سم زدایی و ترک می باید این نکته ها را مد نظر داشته باشند:

اولا این اختلال در کارکردهای جنسی همانند بسیاری از مشکلات و علائم دیگر به طور قطع در درصد بالایی از افراد تحت درمان سم زدایی و ترک رخ می دهد.^۱

باز تاکید می شود، در برنامه های سم زدایی و ترک، تعداد قابل توجهی از بیماران در هفته های اول و اوایل دوره ترک، بطور موقت دچار اختلالات شایعی چون تحریک پذیری جنسی بالا و تمایل جنسی بسیار شدید (بطوری که با کمترین نشانه های جنسی (سکسی) برانگیخته و دچار نعوظ می شوند) می شوند. این تمایل و خواسته جنسی افراطی ممکن است منجر به تنش های بین زوجین شود. و نیز مشکلات جنسی دیگر از جمله انزال زودرس، که باز زوجین را نسبت به حظ جنسی ناکام می گذارد.

دوما در بسیاری از افراد این اختلالات جنسی کاملاً موقتی بوده و پس از یک دوره چند ماهه (حداکثر شش ماه) مرتفع می شود.

بر این اساس بهترین راهکار در دوره سم زدایی و ماه های اول بهبودی خویشتن داری است. افراد در این دوره (سم زدایی و ترک) می باید سطح انتظارات جنسی خود را پایین بیاورند. همانگونه که در بالا

^۱ . بسیاری از این اختلالات همچون علائم محرومیت و ترک (خماری) پس از مدتی خود به خود مرتفع می شوند. بنابراین مجدداً بر موقتی بودن این مشکلات تاکید می کنیم.

اشاره شد وجود مشکل جنسی و به تبع فقدان یک حیات جنسی تمام عیار و ارضاء کننده اتفاق فاجعه باری نیست که با فقدان آن احساس خلاء، بد اقبالی و درماندگی کرد^۱.

با این حال این بدان معنا نیست که الزام یا نیازی نیست که زوجین اقدامی در جهت حل این مشکلات و فقدان کنند؛ زوجین و مراجعان به کلینیک های ترک اعتیاد، جدا از پیگیری درمان وابستگی جسمی و روانی خود به مواد، می باید جهت حل مشکل بیش تحریکی، حساسیت بالای اندام جنسی مردانه و انزال زودرس که مهمترین مشکل این دوره است، به جستجوی راه حل و درمان (از سوی کادر متخصص کلینیک) برآیند.

در صورتی که مشکل فرد در حال درمان سم زدایی و ترک انزال زودرس است، در صورتی که قبل از دوره مصرف سابقه ای از این مشکل وجود نداشته، بدون نیاز به هیچ اقدام یا استفاده از دارویی خاص، تنها کافی است برای مدتی با خویشتن داری این مشکل را تحمل کنند. پس از یک دوره چند ماهه این حساسیت و انزال زودرس به حالت طبیعی قبل از وابستگی به مواد بازخواهد گشت. اما در صورتی عدم بازگشت کنش جنسی به حالت طبیعی و رضایت بخش، راهنمایی گرفتن از متخصص (کادر درمان) ضروری است.

ج: بی میلی جنسی در درمان نگهدارنده

همانگونه که در فصل مربوط به بی میلی جنسی بیان شد، در « درمانهای نگهدارنده» وابستگی به مواد مانند درمان نگهدارنده با متادون (MMT) یا درمان نگهدارنده با بوپرونورفین (BMT) یکی از عوارض طبیعی مصرف دارو بویژه متادون بی میلی جنسی و اختلال نعوظی است، لذا در درمان نگهدارنده زوجین می باید پیشاپیش نسبت به وقوع این مشکل جنسی آگاه و برای آموزش روش ها و راه حل ها انطباقی اقدام کنند. افراد تحت درمان MMT یا BMT در کنار مشاوره با روانشناس و پزشک کلینیک لازم است با

^۱ . به زبان ساده، اگر چنین تلقی درست باشد پس باید جمعیت انبوهی از افراد که در حال «تجرد» به سر می برند صرفا بدلیل نداشتن حیات جنسی احساس درماندگی و بیچارگی کنند! بدون نیازهای جنسی نیز

مراجعه به فصل های دوم تا هشتم و نیز ضمیمه های مربوط به هر فصل با راهبردهای درمانی بی میلی جنسی و احيانا اختلال نعوظی آشنا شوند^۱.

اگرچه اختلال بی میلی جنسی در افراد تحت درمان نگهدارنده بسیار شایع است، اما باید متذکر شد که ورود به درمان نگهدارنده الزاما در تمام افراد منجر به بی میلی جنسی نمی شود؛ برخی از بیماران علی رغم اینکه بصورت بلند مدت تحت درمان نگهدارنده قرار گرفته اند، با مشکل جنسی قابل توجهی مواجه نمی شوند.

توجه: باز ذکر این نکته لازم است که « داشتن مشکلات جنسی و یا عدم ارضاء کافی یا ایده ال نیازهای جنسی فاجعه بار و وحشتناک نیست» و بدون ارضاء نیازهای جنسی نیز می توان زندگی رضایت بخش و بارآوری داشت. نیازهای جنسی همچون یک بستنی میوه ای، بسیار هوس انگیز، خواستنی و لذت بخش است اما خوردن این بستنی میوه ای الزاما حیاتی و تعیین کننده بهزیستی و بهداشت روان ما نیست. لذا زوجین می توانند فرا بگیرند که « زندگی و روابط جنسی، همه زندگی و حیات زناشویی آنها نیست» و بنابراین وجود مشکلات جنسی مبین پوچی یا بی حاصلی زندگی زناشویی آنها نیست^۲.

^۱ . باز جهت تاکید، مراجعین دچار مشکل بی میلی و ناتوانی جنسی، ضمن مراجعه به روانشناس و پزشک کلینیک، برای آشنایی با راهبردهای درمانی این اختلالات به بخش درمانی فصل چهارم مراجعه کنند.

^۲ . باز جهت تاکید، زوجین در عین باور به اینکه «داشتن مشکلات جنسی و رضایتبخش نبودن حیات جنسی خیلی هم فاجعه بار نیست»، در صورت بروز مشکلات جنسی می باید درباره آن با کادر درمانی کلینیک صحبت و راهنمایی بگیرند(علی رغم اینکه با توجه به باورهای فرهنگی جامعه شاید طرح این موضوع برایشان کمی سخت باشد).

ضمیمه دوم

اضطراب ناشی از مشاهده شدن

منبع دیگر اضطراب زوجین، ترس از مشاهده شدن در حین نزدیکی جنسی است. زوجینی که دارای فرزند هستند یا همراه با والدین خود یا کسان دیگری زندگی می کنند، ممکن است همیشه نگران این باشند که مبادا در حین فعالیت جنسی از سوی دیگران مورد مشاهده قرار گیرند.

لذا فعالیت جنسی در چنین زوجینی، همیشه با نوعی دلهره و حالت ترصد همراه است. تلاش همواره آنها این است که هر چه سریع تر به نزدیکی شان پایان دهند. ضمن اینکه آنها خود را مجبور می دانند که فعالیت جنسی شان را با کمترین سر و صدا و حرکتی انجام دهند. این اضطراب و نگرانی باعث می شود تا آنها ارگاسمی زود هنگام و کوتاه داشته باشند و بجای اینکه بعد از رسیدن به ارگاسم، نوعی آرمیدگی و تسکین را تجربه کنند، همواره دچار نوعی تنیدگی، سرخوردگی و ناکامی می شوند. البته باید یادآور شد که ممکن است وجود بعضی باورها و عقاید، این اضطراب و استرس را چند برابر کند. برای مثال رویکرد سخت گیرانه زوجین نسبت به مسائل جنسی («امیزش جنسی پیش پا افتاده ترین مساله در ازدواج است» یا «مسائل جنسی پاکی و قداست ازدواج را الوده می کند») حتی ممکن است باعث شود که زوجین بطور ناخودآگاه نسبت به فعالیت و نزدیکی جنسی شان در مقابل فرزندان شان که در اتاق مجاور خواب هستند، شدیداً احساس گناه کنند.

لذا در چنین وضعیتی انزال بسیار زودرس احتمالی ترین مشکلی است که به وجود خواهد آمد. ضمن اینکه ممکن است بالعکس فرد (بخصوص مرد) دچار نوعی ناتوانی در ایجاد و حفظ نعوظ و نیز رسیدن به ارگاسم شود. به عبارت دیگر، زوجین به دلیل داشتن استرس نسبت به وضعیت شان، دچار نوعی بازداری جنسی و به دنبال آن ناکارآمدی جنسی در اشکال متنوع آن شوند.

البته نباید منکر شد که تجربه چنین اضطرابی از سوی زوجین (والدین) کاملاً منطقی است چرا که آنچه مسلم است مشاهده عمل جنسی از سوی کودکان و نوجوانان، اثرات مخرب و تکان دهنده ای بر آنها خواهد داشت.

لذا ضروریست که اولاً چنین زوجینی درباره چنین باورهای سختگیرانه ای که مسائل جنسی را به حاشیه می راند نوعی بازنگری به خرج دهند. ضمن اینکه آنها می باید فعالیت جنسی خود را به گونه ای برنامه ریزی کنند که در فضایی بدون اضطراب مشاهده شدن صورت گیرد.

ضمیمه سوم

بارداری و رفتار جنسی

آنچه که مسلم است اینکه حاملگی بر ارتباط جنسی زن و شوهر اثر می گذارد. این اثر حاملگی بر رفتار جنسی، از زنی به زن دیگر متفاوت است. بعضی از زن ها از نظر جنسی ممکن است در دوره حاملگی انگیزه بیشتری برای رابطه و نزدیکی جنسی با شوهرشان احساس کنند، چرا که در دوره حاملگی پرخونی لگن حالت جنسی آماده تری ایجاد می کند. ضمن اینکه بعضی از زن ها نیز ممکن است به علت از بین رفتن ترس شان از حامله شدن، بدون هیچ استرس و اضطرابی نسبت به نزدیکی جنسی راغب تر شوند. البته برعکس، بعضی زن ها نیز ممکن است به علت ناراحتی های جسمی (مثلاً خونریزی های ماههای اول حاملگی) و یا به خاطر ارتباط دادن روانی «مادری» با «فقدان تمایلات جنسی»، دچار بی میلی جنسی شده و یا به کلی علاقه خود را به رابطه جنسی با شوهرشان را (حداقل تا چند مدت پس از زایمان) از دست بدهند. از نظر شناختی، باور چنین زن هایی این است که «برای یک مادر بدترین چیز فکر کردن به آمیزش جنسی و لذت ناشی از شهوت است» یا «نزدیکی جنسی قداست و پاکی مادری را لکه دار می کند».

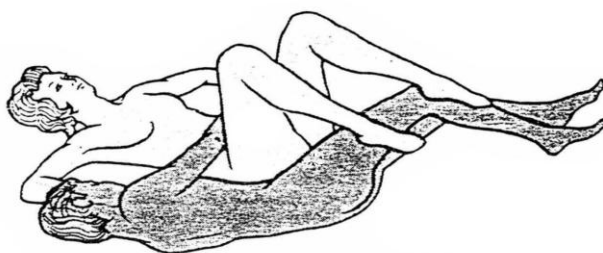
بسیاری از زوجین نیز ممکن است اشتباهها نزدیکی جنسی را برای رشد جنین مضر تصور کنند و به همین خاطر از برقراری رابطه جنسی پرهیز کنند. به عبارت دیگر در چنین افرادی «ترس از آسیب رساندن به جنین» یا «خطرناک بودن برای مادر» باعث بازداری شان از نزدیکی جنسی می شود. مثلاً ممکن است زن و شوهر فکر کنند که «آمیزش جنسی ممکن است باعث نابینا شدن یا کرو لال شدن جنین داخل رحم مادر شود». در بعضی از مردان نیز که «زن حامله» را «زنی مقدس» تلقی می کنند که نباید با اعمال جنسی آلوده شود، در برخی فرهنگ ها نیز ممکن است این باور وجود داشته باشد که رابطه جنسی طی حاملگی مذموم است، و همه این ها ممکن است باعث بازداری از آمیزش جنسی شود. برخی نیز ممکن است زن حامله را دارای جذابیت لازم و مطلوب، بخصوص برای ارتباط و نزدیکی جنسی، ندانند.

تغییر شکل اندام زنان در دوره حاملگی، از جمله برجستگی شکم، افزایش وزن و تغییرات ظاهری، غالباً باعث به هم ریختن «تصویر بدنی» آنها شده و ایشان را نسبت به جذابیت جنسی شان بی اعتماد کند.

پيامد اين تغيير در برخى از زنان كه نسبت به تغييرات شكل اندام حساس هستند، دلسردى و بى ميلى نسبت به روابط جنسى در دوران حاملگى است.

نزديكى جنسى را تا هفته چهارم يا پنجم قبل از زايمان منع نمى كنند. به عبارت ديگر، بر حسب متخصصان، مقاربت هاى جنسى تا ماه هفتم و حتى هشتم حاملگى هيچگونه خطرى براى جنين در پى ندارد. البته همان طور كه ذكر شد در صورت وجود مشكلات جسمى ناشى از حاملگى از جمله خونريزى در اوایل حاملگى، معمولاً متخصصان مامايى امييزش هاى جنسى را به عنوان يك اقدام درمانى موقتاً منع مى كنند.

البته در اينجا بايد به زوج هاى جوانى كه به هر حال در دوران حاملگى نگران عواقب ارتباط جنسى شان بر روى جنين شان مى باشند توصيه كرد كه براى رفع تنش هاى جنسى شان، حداقل مى توانند در ماه هاى پايانى حاملگى از روابط جنسى بدون دخول و امييزش تناسلى يا « امييزش غيرتناسلى » سود ببرند. در سه ماهه آخر باردارى رشد جسمانى و حجمى جنين منجر به بزرگ شدن شكم زن مى شود، انجام امييزش جنسى را در برخى حالت هاى خاص دشوار مى سازد. لذا در اين شرايط مى توان جماع را در وضعيت هاى كه در آن شكم برآمده زن مانعى براى امييزش ايجاد نمى كند انجام داد. براى مثال وضعيت جماعى پهلو به پهلوى رخ به پشت:



در ماه آخر باردارى دليل پايين آمدن سر جنين و نيز باز شدن تدريجى دهانه رحم براى خروج جنين در هنگام زايمان، مى بايد از نزديكى كامل (دخول عميق آلت مرد در واژن) خوددارى كرد. در اين شرايط

زوجین می باید از جماع بیرونی و از وضعیت های جماعی خاصی که مشکلی برای زن و جنین در شکم ایجاد نمی کنند استفاده کرد.

ضمیمه چهارم

اضطراب بارداری ناخواسته

در بسیاری از زوج ها، نگرانی و اضطراب ناشی از احتمال حامله شدن باعث ایجاد تنش و مشکل در روابط جنسی می شود. به عبارت دیگر زن ها (و حتی گاهی همسران شان) ممکن است از ترس اینکه مبدا در اثر نزدیکی جنسی شان دچار حاملگی ناخواسته شوند، معمولاً با اکراه و بی میلی تن به درخواست نزدیکی جنسی همسرشان می دهند. یا در زوجینی که از روش « طبیعی » جهت جلوگیری از بروز بارداری استفاده می کنند، در حین نزدیکی جنسی بدلیل وجود استرس، بسیار محتاطانه و مترصد عمل می کنند. و همین حالت ترصد و احتیاط از بار لذت جنسی آنها کاسته و باعث می شود فعالیت جنسی آنها رنج اور و فاقد لذتی رضایت بخش و مطلوب نظر آنها باشد.

این استرس و فشار، بخصوص زمانی که زوجین نسبت به روشهای جلوگیری از بارداری بی اطلاع باشند، یا با این روش ها خیلی موافق نباشند و یا اینکه با این روشها در حین آمیزش جنسی احساس راحتی نکنند، چند برابر خواهد بود. در چنین شرایطی، زوجین یا روابط جنسی خود را محدود می کنند یا در صورت داشتن فعالیت جنسی، مرد گوش به زنگ نزدیک شدن زمان انزال مراقب است تا مبدا این انزال در حالت دخول مهبل اتفاق بیفتد. زن نیز در حالتی از استرس و اضطراب مراقب است مبدا شوهرش کنترلش را در حین رسیدن به اوج لذت جنسی از دست بدهد و انزال در داخل مهبل رخ دهد. لذا اطلاع از بعضی روش های مناسب جلوگیری از بارداری بسیار ضروری است. (در ضمیمه سه، انواع راه ها و روشهای موجود تنظیم خانواده و جلوگیری از بارداری آمده است).

ضمیمه پنجم

استمنا یا خودارضایی^۱

خودارضائی موضوع و فعالیت جنسی بسیار جهانی و فراگیری است که همیشه در تمام فرهنگ ها و جمعیت ها مورد بحث و نظر بوده است. از نگاه تمام فرهنگ ها هیچ چیزی مذموم تر و نکوهیده تر از استمنا تلقی نشده و همیشه به شدت مورد نهی و تحریم قرار گرفته است. اما این در حالی است که پژوهش ها از جمله دینزی (۱۹۶۰) درباره شیوع استمنا (در امریکا) نشان می دهد که تقریباً تمام مردها و سه چهارم زن ها زمانی در عمر خود استمنا نموده اند.^۲

در مردان این کار در نوجوانی آغاز و با ازدواج کمتر می شود، اما در زنان با افزایش سن این رفتار بیشتر می شود و حتی ممکن است با ازدواج هم متوقف نشود. یافته ها نشان می دهد کسانی که تجربه خودارضایی داشته اند رضایت از زندگی زناشویی شان خیلی بیشتر بوده است. بخصوص در این زنان توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت از رابطه جنسی نیز بیشتر بوده است. در کار کلینیکی تجربه نشان می دهد که اگر مردی در تمام عمرش این تجربه را نداشته باشد احتمال مشکل جنسی برای او بیشتر است.^۳

مطالعات نشان می دهد که خودانگیزی جنسی در اوان کودکی بسیار شایع است. در حدود ۱۵ تا ۱۹ ماهگی هر دو جنس (پسر و دختر) خودانگیزی تناسلی را شروع می کنند. کنجکاوی طبیعی کودک در مورد هر بخشی از بدنش، او را به سمت کشف اندام تناسلی اش و به تدریج آشنایی نسبت به احساس های لذت بخش ناشی از دستکاری آن سوق می دهد. به عبارت دیگر، احساس لذت ناشی از هر گونه لمس ناحیه تناسلی همراه با کنجکاوی های معمول وی، باعث علاقه طبیعی کودک به " لذت استمنائی " در این دوره (و دوره های بعدی) می شود. همچنین در این دوره، کودک نسبت به آلت تناسلی دیگران از جمله والدین، هم

^۱ . Masturbation

^۲ - کینزی نتیجه گرفت اگر یک نوع رفتار جنسی وجود دارد که ۹۰٪ مردان آن را انجام می دهند، پس می توان گفت که این رفتار جنسی طبیعی است. مطالعات بعدی نیز همین یافته را نشان داد. این رفتار تنها در گروه های خاصی دیده نشد، مثل شخصیت های اسکیزوئید یا کسانی که به شکل مطلق با عدم تمایل (Desire) مواجه هستند.

^۳ - مشاوره با افرادی که خودارضایی را با احساس گناه و اضطراب انجام می دهند کمک های مشاوره ای بسیار مهم است و هدف کاهش احساس گناه و اضطراب در این افراد است. شاید مجموعه ای از انواع رویکردها بتواند این احساسات را کم رنگ و یا از بین ببرد. بعضی از داروها می تواند کمک کننده باشند مثل فلوکستین یا SSIR و یا تیوریدازین. توصیه هایی راجع به بهداشت خواب نیز می تواند مؤثر باشد. اگر تشخیص وسواس در خودارضایی داده شد، درمان های رفتاری - وسواسی می تواند کمک کند، ولی در واقع درصد کمی از خودارضایی ها وسواسی می باشند.

شیرها و کودکان دیگر و حتی حیوانات نیز علاقمند و کنجکاو می شود. این علاقمندی و لذت ناشی از لمس و دستکاری الت تناسلی (البته هنوز این استمنائی است که رنگ جنسی و تناسلی ندارد) به طور معمول از سوی والدین مورد نکوهش و عقاب قرار می گیرد و همین واکنش سرزنشگرانه از سوی والدین است که باعث ایجاد ترسی گناه آلود در کودک و بالطبع بازداری او از ادامه چنین استمنائی می شود. البته با ورود کودک به دوره بلوغ ، به دلیل تغییراتی که در سطح هورمون های جنسی و ظاهر شدن نشانه ها و خصوصیات جنسی ثانویه (رشد موهای زهار، رشد پستان ها، رشد اندام تناسلی و ...)، کنجکاوای جنسی نوجوان را بیشتر کرده و باعث استمنا در وی می شود. اوج گیری کشش و تکانه های جنسی در نوجوان باعث بالا رفتن تنش جنسی او می شود. لذا نوجوان اگرچه قادر به نزدیکی جنسی و رسیدن به ارگاسم است، اما از آنجا که چنین چیزی از سوی جامعه بزرگ ترها همار می شود، بنابراین نوجوان برای رهایی و کاهش چنین تنشی، به استمنا همراه با خیال پردازی های مربوط به رابطه جنسی رو آورده و اینگونه، استمنا تبدیل به شایع ترین فعالیت جنسی دوره نوجوانی می شود. البته در اینجا باید اشاره کرد که بین استمنای نوجوان و استمنای دوره کودکی یک تفاوت عمده وجود دارد؛ از آنجا که استمنای دوره کودکی رنگ جنسی ندارد لذا به هیچ وجه با خیال پردازی همراه نیست؛ اما همان طور که اشاره شد، استمنای نوجوان همیشه همراه با خیال پردازی است و لذا همین خیال پردازی های او درباره رابطه جنسی در حین عمل استمنائی ، یکی از مهم ترین عواملی است که باعث رشد و رسش " هویت جنسی " در نوجوان شده و بدین نحو او راه و رسم ایفای نقش جنسی فرد بالغ و بزرگسال را یاد می گیرد.

گمان بسیاری این است که با شروع رابطه و زندگی جنسی مشترک (ازدواج) بین زن و مرد، فعالیت استمنائی به کلی کنار گذاشته می شود. اما پژوهش ها (کاپلان، ۱۹۹۶) نشان می دهد که در مواردی که رابطه جنسی زوجین رضایت بخش نباشد، یا در مواقعی که بنا به دلایل گوناگون یکی از شرکای جنسی در دسترس نباشد(مثلا بیمار شدن، مسافرت و یا زندان بودن یکی از زوجین، زایمان همسر، دو ماهه اخر حاملگی و ...) استمنا یا خودانگیزی برای رفع تنش جنسی و انطباق فرد با چنین شرایطی شروع می شود.

اگر چه استمنا در فضای اخلاقی تمامی فرهنگها و جمعیت ها مورد تحریم قرار گرفته و حتی باعث شکل گیری باورها و عقاید غیرمنطقی بسیاری از جمله؛ «استمنا علت اصلی بیماری های روانی است»، «استمنا توانایی جنسی را کم می کند»، «استمنا سوی چشم را از بین می برد»، «استمنا کمر و مغز را پوک می کند»، «استمنا باعث پیری زودرس می شود» و ... شده است، اما هیچ پژوهش یا داده علمی و مستندی صحت چنین عقایدی را تایید نکرده است (کاپلان، ۱۹۹۶)؛ ضمن اینکه بر اساس نظر برخی، استمنا همیشه دارای نقش انطباقی برای کاهش تنش ها و تکانه های جنسی، در شرایط خاص بوده است^۱.

^۱ . در اینجا لازم است یادآوری شود که در این ضمیمه، خود ارضایی از منظری غیر از آنچه در فضای فرهنگی و باورهای دینی جامعه ما حاکم است نگریسته و مطرح شده است، لذا بدیهی است که در مطالعه و تحلیل و برداشت از مطالب این ضمیمه (و البته تمام محتوای این نوشتار) می باید ملاحظات فرهنگی و دینی جامعه را مد نظر داشت.

ضمیمه ششم

مزایای استفاده از کاندوم

یکی از روش های معمول کنترل و تنظیم خانواده (جلوگیری از بارداری) استفاده از کاندوم (کاپوت) است. این روش با تمام مزایای که دارد اما وجود عوامل یا باورهای نه چندان قابل توجه منجر به مقاومت در مقابل استفاده از کاندوم شده اند. این عوامل و باورهای احتمالی عبارتند از:

۱- هزینه بری آن در مقابل روش هایی چون مقاربت منقطع (انزال در بیرون مجرای تناسلی) و آگاهی از زمان باروری که فاقد هر گونه هزینه است

۲- احتمال ایجاد اختلال در لذت بردن بویژه در مرد که صرفاً ممکن است نبود تماس مستقیم اندام

جنسی در زمان جماع تناسلی مبنای چنین باوری باشد

۳- احتمال مفید بودن مواد موجود در مایع انزال (منی) برای زن

۴- شرم داشتن از درخواست (خرید) و استفاده از کانوم

۵- احساس کراهت از بوی کاندوم

۶- نگرانی درباره در دیدرس قرار گرفتن بسته های کاندوم توسط کودکان

۷- حساسیت پوستی بویژه زن نسبت به برخی از انواع کاندوم ها

۸- وجود میزانی از ریسک در استفاده از آن در جلوگیری از بارداری

در زیر با ذکر مزایای بسیار گسترده کاندوم برای زوجین، به گونه ای ضمنی بر استفاده از آن بویژه برای مراجعین به کلینیک های درمان اعتیاد تاکید می شود.

بسیاری از زوجین استفاده از کاندوم را صرفاً به عنوان روشی جهت جلوگیری از بارداری، یا مراقبت در برابر بیماریهای مقاربتی (آمیزشی) از جمله ایدز و ... تلقی می کنند. اما با توجه به فواید مختلف کاندوم، در صورت رعایت نکاتی در نحوه استفاده از آن، می توان از کاندوم به عنوان وسیله ای جهت کاهش تنش ها و مشکلات جنسی و افزایش رضایت جنسی بویژه در دوره سم زدایی که اساساً فرد از زودانزالی رنج می برد سود جست.

فواید استفاده از کاندوم:

- ۱- استفاده از کاندوم یکی از روش های نسبتاً کم ریسک جلوگیری از بارداری است.
- ۲- استفاده از کاندوم مهمترین و تنها راه مراقبت از شرکای جنسی در مقابل بیماریهای مقاربتی از جمله ایدز می باشد
- ۳- استفاده از کاندوم می تواند با به تاخیر انداختن ارگاسم و انزال موجب افزایش رضایت زوجین نسبت به طول زمان جماع شود (کاندوم های از نوع تاخیری به دلیل کاهش میزان تماس و اصطکاک پوست آلت جنسی مردانه و سطح واژن در وضعیت ادخال منجر به عقب افتادن انزال و افزایش طول جماع می شود)
- ۴- در صورت استفاده از کاندوم، اساساً مسئولیت پیشگیری از بارداری بر عهده مرد گذاشته می شود. پذیرش این مسئولیت از سوی مرد، (بویژه زمانی که زوجین از روش های جماع منقطع، داروهای جلوگیری و یا روش آگاهی از زمان باروری استفاده می کنند) اولاً نگرانی و استرس های زوجین بویژه زن را در زمینه احتمال بارداری و پیامدهای آن و نیز عوارض جانبی داروهای ضدبارداری (اگرچه عوارض ثابت شده ای ندارند) از بین برده و منجر به آرامش، اطمینان و نهایتاً رغبت و رضایت بیشتر ایشان در آمیزش جنسی می شود. دوم اینکه تقبل مسئولیت اصلی در پیشگیری توسط مرد، از سوی زن به عنوان علامتی از تعهد مرد نسبت به وی در زمینه پیشگیری تلقی شده و احساسی از قدرشناسی را در وی بوجود می آورد. بنابراین ایفای نقش فعال مرد در پیشگیری با استفاده از کاندوم، صمیمیت و نیز احساس تعهد بین زوجین را (که اساسی ترین محورها و مولفه های تحکیم حیات زناشویی هستند) افزایش می دهد.
- ۵- در صورتی که مرد قادر به نعوظ دوباره باشد، استفاده از کاندوم می تواند شرایط را برای ادامه آمیزش جنسی پس از انزال فراهم، تسهیل و تسریع کند. بدین صورت که با رسیدن مرد به ارگاسم مایع انزال در درون کیسه کاندوم می ریزد و زوجین به راحتی می توانند در مدت کمتر از یک دقیقه با تعویض ساده کانوم، مجدداً به فعالیت جنسی شان ادامه دهند. جهت تسهیل این شرایط (تعویض، پاکیزه کردن آلت و ادامه آمیزش) بهتر است همیشه یک بسته کاندوم ذخیره، سطل زباله همراه با جعبه دستمال کاغذی در

کنار بستر یا تخت زوجین باشد تا آنها بتوانند بدون برخاستن کامل از بستر کاندوم را درآورده و پس از خشک کردن آلت کاندوم بعدی را روی آلت بکشند.

۶- در روشهای پیشگیری به غیر از کاندوم، به محض رخداد انزال (چه درون واژن چه بیرون) زوجین به دلیل احساس آلودگی یا آلوده شدن (یا برخی باورهای خاص)، نیاز مبرمی به برخاستن از بستر و شستشو و استحمام احساس می کنند. لذا این احساس آلوده شدن منجر به قطع جماع می شود. بویژه اگر مرد دچار انزال زودرس باشد این قطع ناخواسته منجر به عدم ارضای مناسب و ناخرسندی زوجین از فعالیت جنسی شان می شود. اما در صورت استفاده از کاندوم، با ریختن مایع انزال یا منی در کیسه کاندوم، زوجین با تعویض ساده و سریع آن و بدون وجود آلودگی و احساس آلودگی می توانند جماع را (به صورت تجربه مجدد ارگاسم یا پس نوازی) ادامه دهند.

۷- به دلیل اهمیت ارضاکنندگی و لذت بخش بودن مرحله پس نوازی و نیز آرمیدگی بعد از جماع، وجود کاندوم می تواند کمک کند تا زوجین بدون نیاز به برخاستن از بستر (جهت رفع آلودگی مایع انزال بوسیله شستشو و استحمام) برای مدتی (ساعتی) قادر به پس نوازی و سپس در حالت آرمیدگی باقی بمانند. این ۸- در صورتی که مرد قبل از به ارگاسم رسیدن زن، به ارگاسم برسد، عدم وجود کاندوم در موارد بسیاری منجر به توقف کامل جماع بدون ارضاء و تجربه ارگاسم توسط زن شود. اما وجود کاندوم می تواند کمک کند تا زوجین بدون توقف طولانی یا همیشگی جماع، به جماع دوباره تا زمان دلخواه یا رسیدن زن به ارگاسم ادامه دهند.

۹- جماع در برخی موقعیت ها ممکن است زوجین را به زحمت انداخته موجب تویش آنها شود. برای مثال ممکن است برای شستشو و استحمام امکانات لازم وجود نداشته باشد. در چنین موقعیت هایی استفاده از کاندوم فعالیت جنسی را بدون تشویش می کند.

۱۰- در صورت جماع بیرونی، نیز که برخی از زوجین جهت رسیدن زن به ارگاسم از آن استفاده می کنند^۱ استفاده از کاندوم این فرصت را به زوجین می دهد تا در صورت رخداد انزال مجددا بدون توقف جماع، تا تجربه ارگاسم از سوی زن فعالیت شان را ادامه دهند.

^۱ . با توجه به ساختار درونی واژن که در بخش آناتومی به آن اشاره شد، برخی از زنان از طریق آمیزش درونی یعنی ادخال ، ارگاسم را تجربه نمی کنند، لذا در چنین شرایطی، زوجین می باید از طریق جماع بیرونی اقدام به آمیزش جنسی کنند تا زن به ارگاسم برسد. نحوه این جماع به اینگونه است که الت مرد بدون اینکه در درون واژن قرار بگیرد(ادخال)، مابین پاهای بسته زن و مماس بر اندام بیرونی زن، بصورت رفت و برگشتی، اندام خارجی جنسی و کولیتوریس و زن را تحریک می کند و باعث ارگاسم می شود.

ضمیمه هفتم

تعدیل و اصلاح برخی باورها بر اساس شواهد و استنباط های دینی

برای تعدیل و اصلاح برخی باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی، به نظر می رسد اشاره ای ضمنی به بعضی شواهد و استنباط های دینی لازم است:

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

ب) تشویق و تاکید بر جماع : در متون دینی به گونه ای تلویحی نزدیکی و آمیزش جنسی (جماع) مورد تشویق قرار گرفته است. چه که شاید چنین فعالیتی بر قوام و روح زندگی زناشویی غنایی بیشتر می بخشد.

ج) موضع پذیرفته شده ازدواج موقت: که صرفاً به عنوان راه حلی برای اطفاء و کنترل میل جنسی در افراد فاقد شرایط ازدواج دائم 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 ، می توان به ازدواج تن نداد یا بر فرض ازدواج ، از بچه دار شدن به طور مطلق جلوگیری کرد. مضافاً اینکه در بین اهل فن سنت کسی حکم بر وجوب تولد نکرده است.

تمامی موارد بالا و موارد بسیار دیگری که می توان از بطن متون دینی استخراج و استنباط کرد(که این خود مجال دیگری و اهل فنی دیگر را اقتضا می کند) همه مبین عدم وجوب تکثیر نسل در سربند آمیزش های جنسی بوده، و خود به خود باور « آمیزش جنسی تنها محلی برای تولید و بقاء نسل است» قابل انتفاء 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.

ضمیمه هشتم

آموزه ها و باورهای غیرمنطقی و ناسازگارانه مرتبط با مسائل جنسی که منجر به سوگیری و بازداری نسبت به فعالیت های جنسی می شوند

در بسیاری از افراد باورهای و تصورات قالبی اشتباه و غیرمنطقی در زمینه سکس و فعالیت ها جنسی وجود دارد که به سادگی منجر به تنش ها و نارضایتی های جنسی حداقل در یکی از شرکای جنسی می شود. در مواردی که یکی از زوجین دارای باورهای اخلاقی سختگیرانه درباره مسائل و فعالیت های 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 بازداری شوند چنین فردی ممکن است با همسر خود که نگرش آزادتری نسبت به روابط جنسی دارد 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 می شود.

تعدادی از این باورهای غیرمنطبق با واقعیت که مستقیماً در ارتباط با عمل جنسی هستند، شامل موارد زیر هستند:

- ۱- سکس باید طبیعی و خودجوش باشد (نه درخواستی).
- ۲- هر تماس بدنی باید به سکس منجر شود.
- ۳- مردان همیشه برای سکس آماده اند.
- ۴- سکس برای لذت مرد می باشد، وظیفه زن ارضای نیاز مرد است.
- ۵- مسئولیت درخواست، اجراء و هماهنگی سکس بر عهده مرد است.
- ۶- اگر زن نتواند به ارگاسم برسد باید تظاهر (به ارگاسم) کند.
- ۷- زنان انتظار دارند مردان همه چیز را در مورد سکس بدانند.
- ۸- مرد بهتر است بعضی احساسات را نداشته باشد یا ابراز نکند.
- ۹- انجام سکس در وضعیتهای جورواجور ناپسند است.
- ۱۰- زن باید صبر کند تا مرد شروع کند.

- ۱۱- آنچه در سکس برای مرد مهم و ارزشمند به حساب می آید، عملکرد جنسی است.
- ۱۲- زن باید وقار و منزلت خودش را حفظ کند.
- ۱۳- زن باید طبق خواسته مرد جذاب، مطیع و منفعل باشد.
- ۱۴- رابطه جنسی مساوی است با نزدیکی (دخول).
- ۱۵- برای انجام سکس بین زوجین، نعوظ مرد ضروری است.
- ۱۶- سکس خوب همیشه به ارگاسم منجر می شود.
- ۱۷- سکس خوب یعنی سکسی که هر دو طرف (ترجیحاً همزمان) به ارگاسم برسند.
- ۱۸- مردی که میل جنسی اش کمتر از میل جنسی زن باشد مشکل دارد.
- ۱۹- هرچه آلت مرد بزرگتر باشد زن بیشتر تحریک می شود.
- ۲۰- دختر خوب از نظر جنسی تحریک نمی شود و حین سکس حرکت نمی کند.
- ۲۱- به مرد احساسات نشان نده و گرنه سکس می خواهد.
- ۲۲- زن خوب به سکس علاقه نشان نمی دهد.
- ۲۳- در عصر حاضر ، هیچیک از باورهای عامیانه تاثیری بر رفتار جنسی ما ندارد.

اصلاح این باورهای اشتباه و غیرانطباقی نیز از پیش شرط های درمان و بهبود زندگی جنسی زوجین است. اگرچه دستکاری و تغییر چنین باور ها و نگرش هایی به سادگی میسر نیست اما زوجین با مرور این باورهای غیر منطقی می باید شروع به تمرین باورهای مقابل این باورها یا باورهای تعدیل یافته تری نسبت به آنها کنند. این تمرین ذهنی در بلند مدت منجر به تصحیح باورهای ایشان و حذف برخی بازرداری ها جنسی می شود.

ضمیمه نهم

محرک های جنسی و تفاوت های جنسیتی

یکی از پیش شرط های یک آمیزش و رابطه جنسی رضایت بخش «آمادگی جسمانی و روحی» طرفین است. لذا گاهی ممکن است یکی از زوجین نسبت به فعالیت جنسی تحریک شود ولی شریک دیگر آمادگی لازم جسمی یا روحی را برای آمیزش نداشته باشد. از سوی دیگر اغلب زنان نیز - برعکس مرد که قادر به تحریک خودبخودی از نظر جنسی است - قادر به تحریک جنسی بدون مقدمه نیستند لذا در شروع و به صورت فی البداهه ممکن است برای فعالیت جنسی تمایل نشان ندهند. بر این اساس شناخت محرک های جنسی هر یک از دو جنس کمک می کند 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 هر یک از زوجین برای آغاز هم آغوشی بسیار مهم است لذا شناخت محرک های جنسی بسیار کمک کننده است

در هر دو جنس، تخیل و خیال پردازی درباره مسائل جنسی به صورت شایع وجود دارد. اما این تخیلات و نیز محرک هایی که باعث تحریک و ایجاد این تخیلات و کلا "انگیزش جنسی می شود، در دو جنس با هم متفاوت است؛ **مردها معمولاً** با دیدن زن های عریان یا نیمه عریان و کلا" با دیدن نواحی شهوت زای آنها (ساق پا، ران، برجستگی پستان ها یا کفل ها و ...) تحریک می شوند (تحریک بصری). اما **زن ها معمولاً** با **مغازله ها و داستان های عاشقانه** ای که قهرمانان آن مردانی مهربان، احساساتی و عاطفی باشند به هیجان و تحریک جنسی می رسند (تحریک شنیداری و عاطفی). زنان بر عکس مردان، جهت تحریک جنسی بیشتر تمایل به شنیدن واژه های شیرین تعریف های عاشقانه و مغازله دارند تا تصور یا نگاه کردن به شکل و اندام شریک جنسی شان.

بر همین اساس است که برای مثال وقتی یک زن مرد برهنه ای را ببیند بیشتر ممکن است خنده اش بگیرد تا تحریک شود در صورتی که مرد با مشاهده بدن عریان زن تا سرحد تصور تحریک جنسی می شود.

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

نقاط حساس جنسی بدن زن در دو ناحیه متمرکز است: ۱- پستان ها و ۲- دستگاه تناسلی بیرونی. پستان ها: پستان ها اگرچه جزو بدلیل داشتن گیرنده های حساس به لمس (و نیز فشار و حرارت) یکی از نواحی تحریک زای جنسی زن می باشد که در زمان تحریک جنسی و سیکل پاسخ جنسی تغییراتی در آن اتفاق می افتد از جمله افزایش حجم (یک چهارم تا یک پنجم)، نعوظ نوک و سفت شدن بافت آن و لذا در مراحل اولیه آمیزش جنسی (پیش نوازی) لمس و نوازش پستان ها می تواند 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 ۱- کلیتوریس، ۲- لب های کوچک، ۳- لب های بزرگ و ۴- واژن می باشد مهمترین نواحی حساس از نظر تحریک جنسی می باشند. 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 لب های بزرگ و کوچک دارند. کلیتوریس بدلیل داشتن گیرنده های عصبی فراوان حساس ترین نقطه بدن زن است که همانند آلت تناسلی مرد در حین مقاربت نعوظ پیدا می کند (که حجم آن ممکن است به دو تا سه برابر افزایش یابد). در بسیاری از زن ها تحریک مستقیم کلیتوریس است که منجر به ارگاسم می شود. یعنی عکس آنچه بسیاری از مردان تصور می کنند، ادخال آلت مردانه و تحریک داخلی واژن نیست که منجر به تجربه اوج لذت جنسی در زن می شود، بلکه نقش اساسی را در تحریک لذت بخش و تجربه ارگاسم، اندام بیرونی کلیتوریس و لبها دارند. شاید بر همین اساس است که برخی (اغلب) از زنان از طریق جماع بیرونی سریع تر و راحت تر به ارگاسم می رسند تا از طریق جماع داخلی (ادخال).

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

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

در مورد تحریک مردان از طریق ملامسه، می باید 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، باسن ها، 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 می تواند مرد را از نظر جنسی برانگیخته کند.

شناخت محرک های جنسی مرد (بویژه زمانی که وی دارای وابستگی به مواد مخدر و یا تحت درمانهای نگهدارنده مانند MMT و BMT است) جهت مواجهه با مشکلاتی چون بی میلی جنسی یا اختلال نعوظی بسیار کمک کننده است. همانگونه که در بخش درمان اختلال بی میلی و ناتوانی جنسی اشاره شده است، اساساً مقدمه ی پیشنهاد و شروع عمل جنسی از سوی زن، ارائه محرک های بصری جنسی (مثلاً پوشیدن لباس های بازتر و نمایش قسمتهای برانگیزاننده بدن) و سپس ملامسه و نوازش نواحی حساس غیرجنسی و جنسی مرد می باشد.

توجه: روش های دیگری از تحریک جنسی مرد وجود دارد که با توجه به برخی باورها و آموزه های فرهنگی و اعتقادی، استفاده از آنها برای مردان جامعه ما تا اندازه ای منتفی است. از جمله دیدن تصاویر یا فیلم های تحریک کننده (سکسی یا پورنو) یا خواندن داستان های تحریک کننده و

ضمیمه نهم

وضعیت های جماعی^۱

برای آمیزش جنسی حالت ها و وضعیت های مختلفی وجود دارد که ۴-۵ روش از اصلی ترین وضعیت ها محسوب می شوند. اکثر زوجین از یکی دو وضعیت بیشتر استفاده نمی کنند و همین ممکن است رضایت جنسی آنها را در برخی موقعیت ها از جمله زمانی که مرد دارای انزال زودرس است، زن در ماههای آخر حاملگی 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 وضعیت های جماعی مختلف می تواند به آنها در چنین موقعیت های خاص و مشکل زایی کمک کند تا در عین داشتن آمیزش، از فعالیت جنسی خود به رضایت برسند.

۱- وضعیت مرد بالا(رخ به رخ مرد بالا)^۲

۲- وضعیت مرد بالا(رخ به پشت مرد بالا)^۳

۳- وضعیت زن بالا(رخ به رخ زن بالا)^۴

۴- وضعیت پهلو به پهلو به پهلو رخ به رخ^۵

۵- وضعیت پهلو به پهلو رخ به پشت^۶

۶- وضعیتهای نشسته^۷

۷- وضعیتهای ایستاده^۸

۱- وضعیت مرد بالا(رخ به رخ مرد بالا)

^۱ . Intercourse position

^۲ .Male superior position(Man –on-top face to face intercourse position)

^۳ . Male postero-superior position

^۴ . female superior position(Woman –on-top face to face intercourse position)

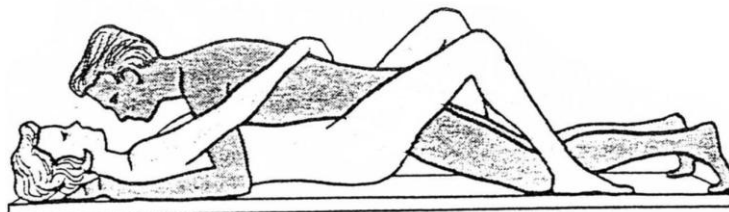
^۵ . Side-to-side face to face intercourse position

^۶ . Postero-lateral coital(Rear entry)

^۷ . Sitting position

^۸ .Standing position

این وضعیت معمول ترین روش و وضعیت جماعی است. با توجه به برخی ویژگی های این وضعیت و نیز وجود برخی باورهای فرهنگی (از جمله اینکه فعالیت جنسی (سکس) فعالیتی مردانه است) اکثر زوجین از این وضعیت استفاده می کنند.



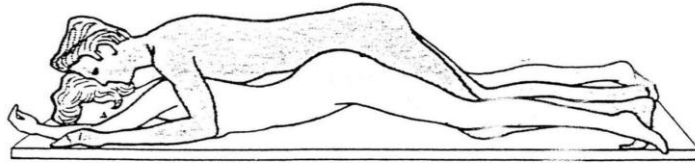
در این وضعیت فعالیت اصلی بر عهده مرد است. در این وضعیت به دلیل دخول عمیق، فعالیت غالب مرد و وضعیت قرار گرفتن زن، احتمال انزال بی موقع و سریع بالاست (بویژه در صورت وجود اختلال انزال زودرس)؛ همچنین در این وضعیت در زنانی که دارای واژن های کوتاهتر هستند (بویژه اگر مرد دارای آلت نسبتا بلند تری باشد) می تواند 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 ویژگی های این وضعیت جماعی، استفاده از آن در برخی شرایط مناسب نیست: زمانی که زن دارای واژن کوتاهتری است یا دارای عفونت های دهانه رحم است، زمانی که زوجین از اختلال انزال زودرس مرد رنج می برند و همچنین در دوره بارداری زن بویژه در چند ماه آخر بارداری.

این وضعیت با اندکی تغییرات می تواند به چندین وضعیت فرعی دیگر تبدیل شود: وضعیت مرد بالای که زن پاهای خود را بدور کمر مرد قلاب می کند (که عمیق ترین دخول را باعث می شود)، وضعیتی که شانه های مرد تکیه گاه پاهای عمودی زن می شود و ...

۲- وضعیت مرد بالا (رخ به پشت مرد بالا)

این وضعیت جماعی با یک تغییر نسبت به وضعیت قبل، برخی ویژگی های همان وضعیت را داراست. در این وضعیت مرد در رو و زن در زیر قرار می گیرد با این تفاوت که زن بر روی شکم خوابیده است.

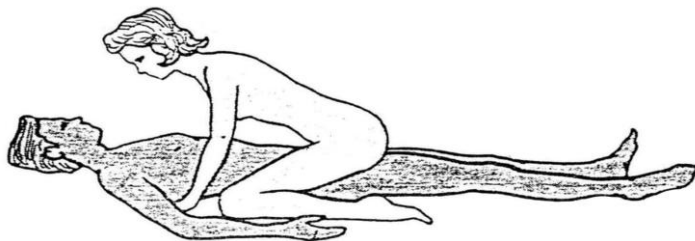


در این وضعیت فعالیت غالب بر عهده مرد است و زن نسبتاً نقش منفعل و ساکنی دارد. در این وضعیت بدلیل ممانعت باسن های زن، دخول عمیق صورت نمی گیرد و نیز احتمال بارداری پایین تر است. این وضعیت جماعی برای برخی موقعیت ها که دخول عمیق دردناک و مشکل زاست و یا زمانی که زن نسبتاً احساس خستگی می کند و مایل است روی شکم بخوابد مناسب است.

این وضعیت بویژه یکی از وضعیت های مناسبی است که زوجین می توانند 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 می کند. این وضعیت نیز با تغییراتی می تواند انواع فرعی داشته باشد.

۳- وضعیت زن بالا(رخ به رخ زن بالا)

این روش نیز از روش های شایع مورد استفاده است(چرا که زوجین براحتی می توانند از وضعیت مرد بالا به آن تغییر وضعیت بدهند). در این وضعیت مرد در زیر و زن در رو قرار می گیرد. البته شکل قرار گرفتن زن می تواند نسبت به مرد در وضعیت مماس یا حالت عمود و یا ۱۴۵ درجه ای قرار گیرد.



با توجه به وضعیت زن ، نقش فعال در حرکات رفت و برگشتی بر عهده اوست و مرد نسبتاً نقش ساکن تری دارد.

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

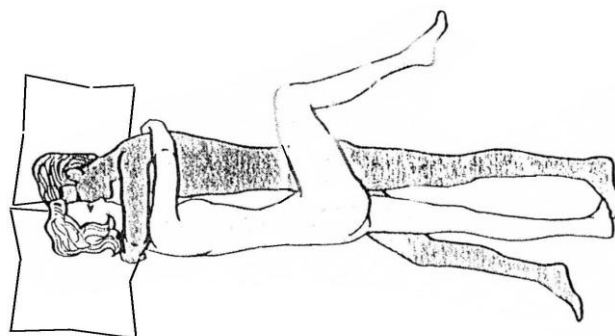
در زوجینی که مرد دچار انزال زودرس است، این وضعیت جماعی به دلیل انفعال یا تحرک و فعالیت کمتر مرد، باعث تاخیر در انزال و طول کشیدن جماع می شود.

در ضمن در این وضعیت با به تاخیر 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 عفونت های رحمی مناسب نیست.

۴- وضعیت پهلو به پهلو رخ به رخ

در این وضعیت مرد و زن روی پهلوها و در کنار هم به حالت هم آغوشی قرار می گیرند. از آنجا که در این وضعیتی دخول عمیق صورت نمی گیرد، برای زوجینی که زن دارای مهبل کوتاه یا مرد دارای بلندی آلت است وضعیت جماعی مناسبی است.



از سوی دیگر این وضعیت به دلیل اینکه شرکای جنسی تحرک کمی دارند و نیز نیاز به تحمل وزن یکدیگر ندارند، برای برخی شرایط از جمله خستگی، بیماری، سالمندی، سنگین وزنی یکی از زوجین و ... وضعیت جماعی مناسبی است.

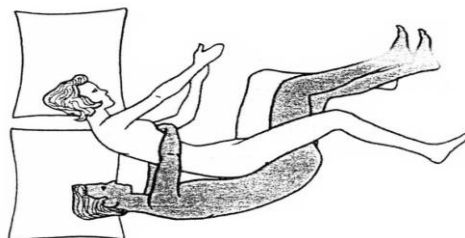
این وضعیت همچنین بدلیل تحرک کمتر و نیز قدرت کنترل بیشتر زوجین بر فعالیت و حرکات رفت و برگشتی شان، در مواقعی که مرد دارای اختلال انزال زودرس است وضعیت جماعی مناسبی است. بنابراین

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 طولانی‌تر دارند توصیه می‌شود.

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

۵- وضعیت پهلو به پهلو رخ به پشت

در این وضعیت نیز همچون وضعیت چهارم (پهلو به پهلو 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 ۳ ماهه آخر بارداری است: (۱) در این وضعیت نیاز به تحمل وزن مرد از سوی زن نیست (۲) 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 (۳) 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 جماعی بدلیل عدم دخول عمیق بی‌اشکال 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 جفت‌شده و فشرده به هم، همراه 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 و هم زن در صورت نیاز یا تمایل قادر به تحریک دستی کلیتوریس نیز می‌باشند.

وضعیت های 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 وضعیت ها صرف نظر می کنیم.

ضمیمه یازدهم

مقاربت^۱ و مراحل سه گانه در ارتباط جنسی

زوجین منطبق با ویژگی ها و مکانیزم اندام جنسی زن و مرد، می باید برنامه آمیزش جنسی خود را بگونه ای تنظیم کنند تا نهایت رضایت جنسی را کسب کنند. بنابراین زوجین در یک فعالیت و عمل جنسی باید طبق مراحل سه گانه ای که در زیر آمده است فعالیت جنسی خود را پیش ببرند (فرایند و مراحل مناسب و منطبق بر آناتومی و مکانیزم عمل جنسی که زوجین می باید بر حسب آن عمل کنند):

۱- مرحله پیش نوازی^۲

۲- مرحله ادخال^۳

۳- مرحله پس نوازی^۴

۱- مرحله پیش نوازی

پیش نوازی اولین و مهمترین و طولانی ترین مرحله آمیزش جنسی است. با توجه به اهمیت فاکتور آمادگی جسمس و روحی زوجین در کسب رضایت جنسی از یک سو، و نیز کندی و تاخیر زنان در تحریک و آمادگی جنسی از سوی دیگر، ورود بی مقدمه به جماع تناسلی داخلی (ادخال) می تواند مکانیزم چرخه پاسخ جنسی را در زوجین بویژه در زنان مختل کند.

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

^۱. Coitus

^۲. Foreplay or Precoital sex play

^۳. Intercourse

^۴. Afterplay

بسیاری از زوجین با دست کم گرفتن این مرحله، به محض تمایل به مقاربت، وارد فاز ادخال و جماع تناسلی می شوند و این می تواند منتج به یک رابطه جنسی ناکام کننده و نارضایتبخش شود. زوجین می باید قبل از ورود به فاز ادخال، با پیش نوازی یکدیگر را نسبت به کلیت رابطه جنسی و سپس ورود به مرحله ادخال یا جماع تناسلی مهیا و آماده کنند. ضرورت مرحله پیش نوازی به دلایل زیر است:

۱- پیش نوازی بویژه در زنان که همیشه نسبت به مردان دیرتر تحریک شده و دیرتر به ارگاسم می رسند، آنها را تحریک کرده و آماده فعالیت جنسی می کند. 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 می کند.

۲- 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 می تواند(بدلیل اصطکاک زیاد) منجر به انزال بسیار زودرس و قطع آمیزش شود. در حالی که تحریک شدن و آماده شدن زن منجر به ترشح دیواره های داخلی واژن و لزج شدن و لغزندگی آن و در نتیجه سهولت ادخال و به تاخیر افتادن انزال می شود.

۳- 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 می شود.

۴- پیش نوازی این باور کلیشه ای را در زن که « مردان فقط به سکس(شکم و زیر شکم) فکر می کنند» کمرنگ می کند.

۵- پیش نوازی کمک می کند تا با افزایش آمادگی، تحریک و برانگیختگی، احتمال تجربه ارگاسم در زن بالا برود. همانگونه که قبلا گفته شد زن با توجه به ویژگی های آناتومیک دستگاه جنسی اش، 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.

۶- 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 طریقی 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 رها 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 عشق ورزی است که موجب آزاد شدن تنشهای بدن و فشارهای روحی می‌شود، همچنین ماساژ به فرد اجازه می‌دهد تا با آزادی بیشتری از رابطه دو طرفه دلخواه لذت ببرد.

۷- 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.

۲- مرحله ادخال

همانگونه که در بالا اشاره شد، بسیاری از زوج ها آمیزش جنسی را معادل " نزدیکی تناسلی " (ادخال) تلقی می کنند. در چنین زوجهایی روابط جنسی بدون هیچ مقدمه (پیش نوازی) یا پس ختامی (پس نوازی) به یک جماع تناسلی همراه با دخول خلاصه می شود.

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

توجه: ادخال و جماع تناسلی الزاماً به شکل جماع داخلی نیست. در اینجا لازم است به دو نوع جماع تناسلی اشاره شود: ۱- جماع داخلی (درونی)^۱ - ۲- جماع خارجی (بیرونی)^۲.

۱- **جماع داخلی:** جماع درونی اساساً اشاره به همان تلقی ای دارد که اکثر زوجین و افراد از جماع تناسلی دارند. یعنی معادل حالت ادخال که در آن آلت تناسلی مردانه وارد مجرای تناسلی زن می شود.

۲- **جماع خارجی:** جماع بیرونی، جماعی است که در آن آلت تناسلی مردانه بدون اینکه وارد مجرای مهبل زن شود، در میان پاهای بسته زن و مماس بر روی اندام جنسی بیرونی زن بصورت رفت و برگشت ککلیتوریس و لب های بزرگ و کوچک را تحریک می کند. این روش جماع در بسیاری از زنان که از طریق جماع داخلی با تاخیر زیاد به ارگاسم می رسند و یا به ارگاسم نمی رسند، به خوبی کمک می کند که به ارگاسم برسند (همانگونه که در بخش ... گفته شد اندام اصلی که در رسیدن زن به ارگاسم نقش دارند ککلیتوریس و لبهای بزرگ و کوچک هستند^۳).

اما در هر حال مرحله ادخال قله و نقطه اوج آمیزش جنسی است. در این مرحله است که زوجین با تجربه ارگاسم بیشترین لذت جنسی را تجربه می کنند. این مرحله با ارگاسم و انزال مرد و یا تجربه ارگاسم در زن پایان می یابد. این مرحله در شرایط طبیعی بین ۳۰ ثانیه تا ۳-۲ دقیقه به طول می انجامد اما

^۱. Internal intercourse

^۲. External intercourse

^۳. اگرچه برخی نقطه G در مجرای مهبل را در به ارگاسم رسیدن زن دخیل می دانند، اما تا کنون شواهد قطعی برای دخیل بودن آن پیدا نشده است. لذا بسیاری از زنان تنها از طریق یک جماع بیرونی (در موارد زیادی با تحریک دستی شریک جنسی) قادر به تجربه ارگاسم هستند. در این روش جماعی، زوجین می توانند با توجه به عادت های جماعی شان، به ارگاسم برسند اما در صورتی که بر حسب عادت مرد ابتدا (حق تقدم) به ارگاسم می رسد، 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.

زوجین می توانند با برخی از روش های تاخیری (دارویی و رفتاری) آن را بیشتر به درازا بکشند. مرحله ادخال کمتر از یک چهارم زمان کل رابطه جنسی را به خود اختصاص می دهد.

در مورد این مرحله نیز باید اشاره کرد که این تلقی که « ادخال الزاما باید به انزال و ارگاسم هر دو یا یکی از طرفین منتهی شود» درست نیست. ادخال می تواند 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 (پس نوازی) ذکر شده است.

۳- مرحله پس نوازی

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 پس نوازی ادامه دهند.

۱- پس نوازی پیوند و رابطه عاطفی زوجین را تقویت می کند

۲- در زنان این طرز تلقی را که مردان یک طرفه به خواسته های جنسی خودشان اهمیت می دهند را کم رنگ می کند

۳- در صورت عدم تجربه ارگاسم در یکی از زوجین، پس نوازی فرصت رسیدن به ارگاسم را برای وی فراهم می کند (بویژه زنان ممکن است تنها در این مرحله گرایش به تجربه ارگاسم داشته باشند).

۴- در صورت وجود مشکل و اختلال انزال زودرس، پس نوازی کمک می کند تا مرد مجدداً برانگیخته شده و با دستیابی مجدد نعوظ یک ارگاسم دوباره لذت بخش تر و رضایت بخش تر را تجربه کند.

۵- پس نوازی پیام ارتباطی خاصی را به عنوان سپاس گذاری به طرفین منتقل کرده و زندگی جنسی ایشان را بارور تر می کند.

۶- در صورت بروز مشکل یا تنش جنسی در مراحل قبل بویژه مرحله ادخال، پس نوازی فرصت انحلال این مشکل یا تنش را به هر یک زوجین می دهد.

۷- پس نوازی به عنوان فاز پایانی رابطه جنسی کمک می کند تا زوجین از قله برانگیختگی جنسی

با یک شیب ملایم فرود آمده و در یک آرمیدگی و آسودگی حمایت شده یله شوند.

ضمیمه دوازدهم

روش های پیشگیری از بارداری

نام روش	روش عملی	میزان تاثیر	مزایا	معایب	عوارض احتمالی
اکامی از باروری	زوج ۷ روز قبل و بعد از تخمک گذاری از نزدیکی جنسی پرهیز می کنند	پایین	هزینه ای ندارد. همیشه امکان پذیر است. نیازی به کمک حرفه ای نیست	زمانبندی تحمیلی برای نزدیکی، چرخه قاعدگی باید توسط زوجین به طور مداوم ثبت شود. باید واریسی مخاط گردن رحم را یاد بگیرند	هیچ
جماع مقطع	جلوگیری از دخول اسپرم	پایین	هزینه ای ندارد. همیشه ممکن است. کمک حرفه ای لازم نیست.	مستلزم حفظ نظم در رابطه جنسی است. یعنی نزدیکی تنها در روزهای خاص و مشخصی امکان پذیر است. ممکن است در لذت بردن زوجین از آمیزش جنسی شان اختلال ایجاد کند.	هیچ
دیافراگم	دیافراگم که یک کلاهک لاستیکی است، داخل مهبل قرار داده می شود تا سد راه اسپرم به سمت رحم شود. دیافراگم معمولاً همراه با ژله اسپرم کش استفاده می شود. دیافراگم باید تا ۶ ساعت پس از نزدیکی جنسی در محل باقی بماند.	متوسط به بالا	ارزان	مستلزم حفظ نظم در رابطه جنسی است. تداخل احتمالی در لذت بردن. مستلزم کمک حرفه ای برای جاگذاری. از نظر تشریحی قابل استفاده برای همه نیست. در مقاربت مکرر استفاده از اسپرم کش تازه ضروری است.	هیچ. احتمال جابجایی دیافراگم در جریان مقاربت وجود دارد. ممکن است در لذت بردن زوجین از آمیزش جنسی شان اختلال ایجاد کند
کلاهک گردن رحم	کلاهک لاستیکی که فقط سوراخ گردن رحم را می پوشاند، به عنوان مانع عبور اسپرم عمل می کند. با ژله اسپرم کش موثرتر است.	متوسط تا بالا	ارزان. دیواره قدامی مهبل را نمی پوشاند و ممکن است برای طرفین لذت بخش تر باشد. امکان نزدیکی مکرر بدون استفاده مجدد از اسپرم کش وجود دارد.	جاگذاری آن مشکل تر از دیافراگم است. در صورت وجود ضایعات گردن رحمی قابل استفاده نیست.	اساساً هیچ. اما ممکن است در جریان نزدیکی جابجا شود.
اسفنج جلوگیری از بارداری	اسفنج پلی اورتان با اسپرم کش که قبل از نزدیکی داخل مهبل قرار داده می شود، تا ۶ ساعت پس از نزدیکی باید در محل باقی بماند.	متوسط	وارد کردن آن در مهبل آسان است. دیواره های مهبل پوشانده نمی شود. باید تا ۶ ساعت پس از نزدیکی در محل باقی بماند. در نزدیکی مکرر تا ۲۴ ساعت قابل استفاده است.	پس از ۲۴ ساعت باید برداشته شود والا خطر عفونت وجود دارد.	حساسیت شیمیایی نسبت به اسپرم کش. همچنین ممکن است اسفنج پاره شود.
استفاده از کف، کرم، ژله، شیاف های داخل مهبل اسپرم کش	اسپرم کشی	پایین	ارزان. قابل وصول. کمک حرفه ای ضروری نیست.	مستلزم حفظ نظم در رابطه جنسی است. کثیف شدن احتمالی. تداخل احتمالی در لذت بردن	اساساً هیچ. یا حساسیت های احتمالی.
کاندوم	سد راه اسپرم	متوسط	ارزان. کاندوم لاتکس در مقابل ایذز محافظت کننده است. کاهش انتقال امراض مقاربتی	مستلزم حفظ نظم در رابطه جنسی. تداخل احتمالی در لذت بردن.	اساساً هیچ. ۱۲/۵ درصد زوج ها از آن استفاده می کنند.
آبودی	نامعلوم (احتمالاً مانع امپلاتاسیون زیگوت می شود)	متوسط	ارزان. یک بار تصمیم گیری کافی است. با زمان نزدیکی جنس ربطی ندارد. تداخل در لذت ندارد.	افزایش احتمالی در خونریزی و کرامپ. مستلزم کمک حرفه ای برای کارگذاری	سوراخ شدن رحم. عفونت لگنی، خروج خودبه خودی آبودی، ۱۰/۲۰ درصد زن ها از این روش استفاده می کنند.
خوراکی (هورمونی)	پیشگیری از تخمک گذاری (تداخل احتمالی در حرکت اسپرم) دو نوع: ۱- استروژن پرژسترون ۲- فقط پرژسترون (قرص کوچک)	بالا رایج ترین روش معمولی	ارزان. احتمال تاثیر قطعی با زمان نزدیکی ربطی ندارد.	عوارض جانبی احتمالی. مصرف روزانه نیازمند نسخه پزشک است	اختلالات عصبی چشمی بالا رفتن فشار خون افسردگی ۳۶/۶ درصد زن ها از آن استفاده می کنند.
واژکتومی (سترون سازی مرد)	قطع راه عبور اسپرم به الت با بستن مجاری برنده	بالا	عدم موفقیت نادر. یک عمل جراحی ساده ۲۰ دقیقه ای	۱-۲ درصد احتمال عفونت لخته های خونی	در ۵۰ درصد موارد برگشتپذیر است. ندرتاً ناتوانی جنسی نوروپیک ایجاد می کند. ۱۰ درصد مردها از آن استفاده می کنند
سترون سازی زن	بستن لوله مانع انتقال تخمک به سمت رحم می شود	بالا	محافظت حدوداً صد در صد. اختلال یا تداخل در لذت ایجاد نمی کند.	عملی پیچیده تر از واژکتومی. برگشت پذیری دشوار و پیچیده.	بیمار شدن در اثر جراحی. ۱۳/۶ درصد زن ها از آن استفاده میکنند

منبع: کاپلان، سادوک و گرب (۱۳۷۵). خلاصه روان پزشکی (ترجمه نصرت ا... پورافکاری)