

سکستراپی



تشخيص و درمان اختلالات جنسی



دکتر ندا قهرمان نژاد دکتری روانشناسی

@naghsheravan : تلگرام

@naghshe_ravan : اینستاگرام

راه‌های ارتباطی و نحوه نوبت‌گیری

09102116836

09135633500

رابطه جنسی یک رابطه دو طرفه میباشد، لذا ضروری است زوجین از جنبه های فیزیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی با یکدیگر آشنا بوده و با اطمینان از شناخت همسر، اقدام به ازدواج و روابط زناشویی نمایند.

میل جنسی در بین تمامی موجودات عالم مشترک میباشد، با این تفاوت که در بین انسانها چگونگی بروز آن و منتج شدن به رفتارهای جنسی علاوه بر آمادگی قبلی به وضعیت روانی نیز بستگی دارد و بدون آمادگی روانی، برانگیختگی جنسی که اولین و مهمترین مرحله در رفتار جنسی است شکل نخواهد گرفت.

امروزه یکی از عوامل مهم در بروز مشکلات خانوادگی در جامعه ما نارضایتی زوجین از رابطه جنسی شان می باشد و عدم ارضای این میل طبیعی پایه بسیاری از اختلافات زناشویی است. در خانواده هایی که فعالیت جنسی رضایت بخش وجود ندارد با انواع مشکلات روبه رو میشوند.

تمایلات و رفتارهای جنسی بهنجار و نابهنجار

- نگرش ها پیرامون مسایل جنسی و رفتارهای جنسی از فرهنگی به فرهنگ دیگر، به طور برجسته ای متفاوت است. هر جامعه ای برای رفتارهای جنسی اعضای خود قوانین، هنجارها و استانداردهایی قائل است و **قوم گرایی**، مردم را تشویق می کند باور کنند که تفکرات و کردار آنها براساس فرهنگشان ، تنها راه صحیح یا طبیعی زندگی کردن است.
- طرق گوناگون تنظیم و تعدیل جنسی (تابو ها)

به واسطه این هنجارها افراد در هر جامعه ای به دو گروه تقسیم می شوند :

1. گروهی که با این هنجارها هماهنگ هستند و در واقع با جماعت هم‌رنگ هستند که به آنها افراد بهنجار می گویند.

2. گروه دوم که از این هنجارها پیروی نمی کنند را افراد نابهنجار یا منحرف می نامند.

تعریف تمایلات جنسی بهنجار

○ رابطه جنسی بهنجار و عادی به طوری که در اغلب نوشته های مذهبی و اخلاقی آمده، رابطه ای است که هدف آن مقاربت یا نزدیکی احلیلی- مهبل است. بدیهی است که در این رابطه شریک جنسی باید متعلق به جنس مخالف باشد. اگر چه گوناگونی بی شماری در شیوه مقاربت انسان ها وجود دارد، اما این شکل از فعالیت جنسی در همه جوامعی که میل به بقا دارند، بارزتر است.

طبقه بندی اختلالات جنسی در زن و مرد

راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM5) اختلالات جنسی را به ۳ دسته اصلی تقسیم می کند :

۱- اختلالات کارکرد جنسی (sexual dysfunctions)

۲- ملال جنسی (Gender Dysphoria)

۳- ناپهنجاری های جنسی (Paraphilic Disorders)

اختلالات کارکرد جنسی

- ◉ نابهنجاری ها یا نارسایی های کارکرد جنسی با آشفتگی در تمایل جنسی و تغییرات روانی فیزیولوژیکی مشخص می شوند
- ◉ موجب پریشانی و مشکلات بین فردی قابل ملاحظه می شوند (انجمن روان پزشکی آمریکا، نیکخو و همکاران، ۱۳۸۱).
- ◉ کژکاری های جنسی اختلالاتی هستند که مقاربت یا لذت بردن از آن را برای فرد مشکل و غیر ممکن می سازند.
- ◉ کژکاری های جنسی برای کسانی که آن را تجربه می کنند خیلی استرس زا هستند و اغلب، افراد مبتلا را به سوی ناکامی و احساس گناه پیرامون عجز و شکست، فقدان عزت نفس و مشکلات بین فردی با شریک جنسی سوق می دهند.

کژکاری های جنسی

SEXUAL DYSFUNCTIONS

(delayed ejaculation)

⊙ تأخیر انزال

(erectile disorder)

⊙ اختلال نعوظی

⊙ اختلالات ارگاسمی در زن

⊙ (female orgasmic disorder)

⊙ اختلال علاقه / برانگیختگی جنسی در زن

(female sexual interest/arousal disorder)

⊙ اختلالات درد / دخول تناسلی - لگنی

(genito-pelvic pain/penetration disorder)

کژکاری های جنسی

SEXUAL DYSFUNCTIONS

⊙ اختلال میل جنسی کم کار در مرد

(male hypoactive sexual desire disorder)

(premature (early) ejaculation)

⊙ انزال زودرس

⊙ کژکاری جنسی ناشی از مواد/دارو

(substance/medication-induced sexual dysfunction)

(other specified)

⊙ کژکاری جنسی مشخص دیگر

۲- ملال جنسی GENDER DYSPHORIA

- ⊙ اختلال ملال جنسی در کودکان
- ⊙ اختلال ملال جنسی در نوجوانان و بزرگسالان
- ⊙ ملال جنسیتی مشخص دیگرش
- ⊙ نکته : این طبقه معادل اختلالات هویت جنسی در راهنمای شماره ۴ می باشد

● تعریف عملیاتی ملال جنسی به‌طور خلاصه عبارت است از: ناهمخوانی مشخص بین جنسیت تجربه شده / بیان شده و جنسیت تعیین شده که به مدت دست کم ۶ ماه ادامه داشته باشد. (DSM 5) برخی از ملاک های تشخیصی آن عبارت‌اند از :

● تمایل شدید برای رهایی از ویژگی های جنسی اولیه و ثانویه به علت ناهمخوانی مشخص بین جنسیت تجربه شده / بیان شده و جنسیت تعیین شده

● تمایل شدید برای کسب ویژگی های جنسی اولیه و ثانویه جنس مخالف ، تمایل شدید برای داشتن جنس دیگر

● واین علائم موجب پریشانی یا اختلال بالینی قابل توجه در عملکرد اجتماعی ، شغلی یا سایر زمینه های مهم زندگی شود

۳- نابهنجاری های جنسی PARAPHILIC DISORDERS

- اختلال تماشاگری جنسی Voyeuristic Disorder
- اختلال عورت نمایی Exhibitionistic Disorder
- اختلال مالش دوستی Frotteuristic Disorder
- اختلال مازوخیسم جنسی Sexual Masochism Disorder
- اختلال سادیسم جنسی Sexual Sadism Disorder
- اختلال بچه بازی Pedophilic Disorder
- اختلال یادگارپرستی Fetishistic Disorder
- اختلال مبدل پوشی Transvestic Disorder

اختلال های جنسی

دسته		مردها	زنها
اختلالات میل جنسی	اختلال میل جنسی پایین یا کم کار اختلال بیزاری جنسی	اختلال میل جنسی پایین یا کم کار اختلال بیزاری جنسی	اختلال میل جنسی پایین یا کم کار اختلال بیزاری جنسی
برانگیختگی جنسی	اختلال برانگیختگی جنسی در زن	اختلال نعوظی در مرد	اختلال برانگیختگی جنسی در زن
اختلالات اوج لذت جنسی (ارگاسم)	اختلال ارگاسمی در زن: دیر ارگاسمی-زود ارگاسمی	اختلال ارگاسمی در مرد (انزال دیررس و انزال زودرس)	اختلال ارگاسمی در زن: دیر ارگاسمی-زود ارگاسمی
اختلالات درد جنسی	مقاربت دردناک واژینیسم هراس جنسی ازدواج به وصال نرسیده	مقاربت دردناک انزال دردناک	مقاربت دردناک واژینیسم هراس جنسی ازدواج به وصال نرسیده

دو بعد مهم در توصیف مسایل جنسی عبارتند از **زمان بروز و شدت مساله**.

برای توصیف مسایلی که از آغاز فعالیت جنسی خود را نشان می دهند و مسایلی که پس از یک دوره کارکرد جنسی رضایت بخش، خود را نشان می دهند، به ترتیب از اصطلاحات **اختلال های اولیه و اختلال های ثانویه** استفاده می شود

.

برای توصیف مسایلی که در همه موقعیت های جنسی خود را نشان می دهند و مسایلی که فقط در برخی موقعیت ها بروز داده می شوند (مثلاً در ارتباط جنسی با شریک جنسی همیشگی) و نه در موقعیت های دیگر (مثلاً در ارتباط جنسی با شریک جنسی اتفاقی یا استمنا) به ترتیب از اصطلاحات **کلی (غیر موقعیتی) و موقعیتی** استفاده می شود.

در بررسی هر یک از اختلالات کنشی، درمانگر باید وجود اختلال فیزیکی را که ممکن است نقشی در پیدایش اختلال کنش جنسی داشته باشد را در نظر بگیرد

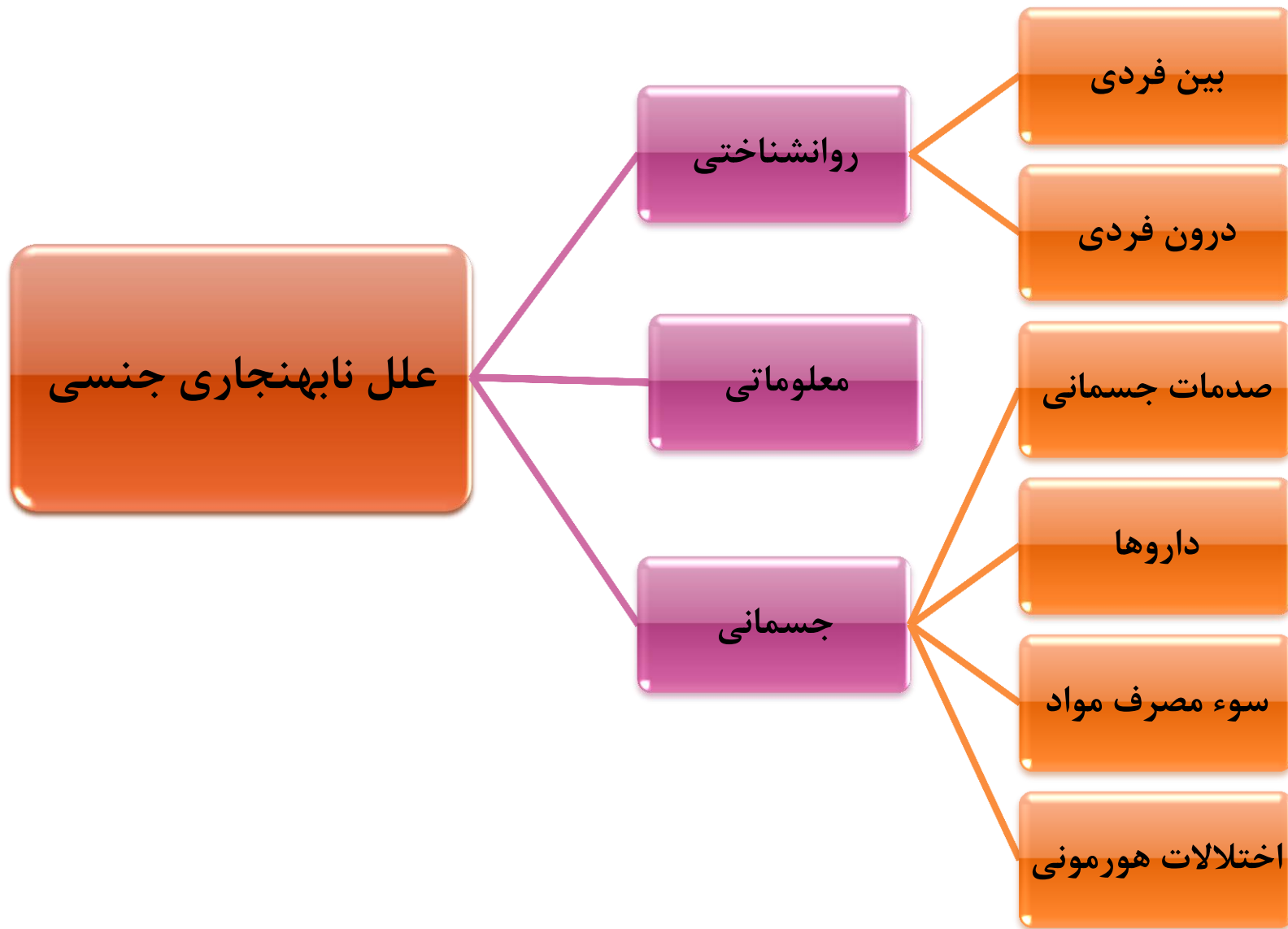
سبب شناسی نابهنجاری های جنسی

⊙ رفتار جنسی انسان با مجموعه ای از تاثیرات زیست شناختی، محیطی و روان شناختی مشخص می شود. در نتیجه ممکن است عوامل متعددی در اضمحلال پاسخ طبیعی جنسی نقش داشته باشند. از این رو همواره در تشخیص و درمان نابهنجاری های جنسی بر شناخت دقیق این تعیین کننده ها تاکید می شود (اسپنس، ترجمه توزنده جانی و همکاران، ۱۳۸۰).

⊙ دو دسته عوامل : عوامل زیستی و روانی که در این بین عوامل روانی بیش از همه، مورد توجه درمانگران و مشاوران جنسی قرار گرفته اند.

علل اختلالات جنسی

1. **علل روانشناختی:** درون فردی-بین فردی
2. **علل جسمانی:** داروها-بیماری ها و صدمات جسمی-سوء مصرف مواد-اختلالات هورمونی
3. **علل معلوماتی:** فقدان آگاهی از آناتومی جنسی-
فقدان آگاهی از رفتارهای جنسی مناسب



۱- علل روان شناختی

⊙ الف) درون فردی

- ⊙ افسردگی دوره ای
- ⊙ احساس گناه ناشی از لذت
- ⊙ اعتماد به نفس جنسی پایین (نامطلوب دانستن بدن خود)
- ⊙ ترس از بارداری
- ⊙ غم و اندوه و سوگ
- ⊙ کمبود انرژی جنسی

⊙ سطح پایین انگیزه جنسی

⊙ باورها و نگرش های جنسی منفی نسبت به ارتباط جنسی تصویر
بدنیافکار ناکارآمد جنسی

⊙ عقاید پیرامون ترس از دست دادن کنترل و ترس از صمیمیت

⊙ تمرکز بیش از حد بر عملکرد جنسی

⊙ وجود افکار مزاحم و نامرتبط در حین ارتباط

⊙ اضطراب

⊙ فرایندهای توجهی و شناختی نگرانی

⊙ عدم توانایی خیالپردازی جنسی

❶ فقدان جرات ورزی و عزت نفس

❷ تجربیات ذهنی زنان در زمینه مسایل جنسی

❸ عدم رضایت عاطفی و جسمی از همسر

❹ عادت به تصورات ذهنی منفی پیرامون ارتباط جنسی

❺ اضطراب عملکردی

⊙ احساس گناه ناشی از ارزشهای مذهبی و فرهنگی

⊙ اسکیزوفرنی و سایکوز

⊙ افکار اتوماتیک منفی پیرامون ارتباط

⊙ طرحواره های شناختی ناکارآمد

⊙ فقدان تمرکز-توجه

- ⊙ هیجانات منفی
- ⊙ احساس بد نسبت به آلت تناسلی زنانه
- ⊙ تعارض در مورد هویت جنسی
- ⊙ انواع ترس ها مثل ترس از درد ، ترس از دخول و تزریق ، ترس از موفقیت
- ⊙ ترس از دست دادن پرده بکارت
- ⊙ ترس از عفونت در ارتباط جنسی

(ب) بین فردی

- ⊙ ترس از عدم توانایی برآورده ساختن انتظارات جنسی همسر
- ⊙ عدم اطمینان به همسر
- ⊙ ترس از صمیمیت
- ⊙ وجود فشار از طرف همسر برای داشتن ارتباط جنسی بیشتر
- ⊙ خشم های سرکوب شده ناشی از تعارضات غیرجنسی با همسر

- ⊙ مشکلات بین فردی در روابط زوجین
- ⊙ مشکلات عاطفی با
- ⊙ سابقه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی
- ⊙ ارزش های درونی شده توسط والدین و جامعه
- ⊙ تعارضات زناشویی
- ⊙ فقدان صمیمیت بین زوجین

- ⊙ عدم علاقه به همسر
- ⊙ تمرکز بر ویژگی های منفی همسر در حین ارتباط جنسی
- ⊙ استرس های شغلی
- ⊙ عدم رضایت زناشویی
- ⊙ کیفیت پایین ارتباط زناشویی
- ⊙ مورد سوء استفاده جنسی و تجاوز قرار گرفتن در بزرگسالی

- ⊙ فرهنگ مرد سالارانه
- ⊙ عدم وجود خلوت خانگی
- ⊙ عدم توافق زوجین بر سر زمان، مکان و نوع ارتباط جنسی
- ⊙ نبرد بر سر قدرت بین زوجین
- ⊙ نگرش های منفی خانواده پیرامون جنسیت و روابط جنسی

۲_ علل جسمانی

⊙ الف) بیماریها و صدمات جسمی

⊙ صرع لب گیجگاهی

⊙ سکتة میوکاردیال

⊙ نازایی و ناباروری

⊙ حاملگی

⊙ بیماری انسدادی ریوی

- ⊙ سرطان سینه و مسکتومی (برداشتن سینه) اعمال جراحی
ناشی از سرطان
- ⊙ دیابت
- ⊙ نارسایی مزمن کلیه
- ⊙ ضربه به سر
- ⊙ هیپاتیت
- ⊙ بیماری های غده هیپوفیز

- بیماری پارکینسون (آرمان و زهرایی، ۱۳۸۲)
- دردهای لگنی مزمن زنان سیکل قاعدگی
- ویژگی های دوران شیردهی
- ویژگی های دوران بعد از حاملگی
- هیستریکتومی (عمل برداشتن رحم) (وارناک، ۲۰۰۲)
- یاسئگی

- ⊙ رژیم غذایی ضعیف (مسترز و جانسون و کلودنی، ۱۹۹۴، هچر، ۱۹۹۴، برکو، ۱۹۹۲)
- ⊙ خستگی مفرط (کینزی به نقل از رینیش و بیزلی، ۱۹۹۱، مسترز و جانسون و کلودنی، ۱۹۹۴)
- ⊙ افزایش سن و پیری (هارتمن [۱] و همکاران، ۲۰۰۴)

(ب) داروها

⊙ داروهای ضد بارداری (مسترز و جانسون و کلودنی، ۱۹۹۴، هچر، ۱۹۹۴، برکو، ۱۹۹۲).

⊙ داروهای مسکن

⊙ داروهای خواب آور

⊙ داروهای ضد فشار خون

⊙ داروهای ضد حساسیت

⊙ داروهای ضد انقباض عضلانی (گلداسمیت، ۱۹۸۶)

- ⊙ داروهای ضد روانپریشی (کاپلان، ۱۹۷۴)
- ⊙ داروهای ضد اضطراب و آرام بخشهای قوی
- ⊙ داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای
- ⊙ دوز پایین داروهای SSRI (مهیار کننده های انتخابی بازجذب سروتین)

⊙ داروهای قلبی - عروقی مثل آلدومت، آلداکتون، کاتاپرس و

⊙ داروهای ضد سرطان مثل تاموکسیفن

⊙ داروهای ضد تشنج مثل دیلانتین و لومینال

⊙ داروهای گوارشی مثل تاگامت (آرمان و زهرایی، ۱۳۸۲)

ج) سوء مصرف مواد

○ مصرف مزمن الکل (گلداسمیت، ۱۹۸۶، وستیمر و لوپاتر، ۲۰۰۲، بچتل، ۱۹۸۳)

○ سوء مصرف مواد مخدر (آرمان و زهرایی، ۱۳۸۲، جانسون و همکاران، ۲۰۰۴)

○ مصرف بالای کوکائین

○ سوء مصرف مورفین ها ، کدئین ها
هروئین (وینیک [۱]، ۱۹۹۲، نقل از وستیمر و لوپاتر، ۲۰۰۵)



(د) اختلالات هورمونی

- ◉ کاهش استروژن در زنان
- ◉ سطح پایین هورمون تستسترون
- ◉ کاهش فعالیت آلفاآدرنژیک و کولینرژیک
- ◉ افزایش سروتین
- ◉ افزایش گاما- آ مینوبوتیریک اسید
- ◉ افزایش کورتیزول
- ◉ افزایش پروژسترون (جهانفر و مولایی نژاد، ۱۳۸۰)

۳_ علل معلوماتی (دانشی)

⊙ (الف) فقدان آگاهی از آناتومی جنسی

⊙ عدم شناخت آناتومی و کارکرد جنسی زنان (مسترز و جانسون، ۱۹۷۰، بنکرافت، ۱۹۸۹)

⊙ نادیده انگاشتن نقش مهم کلیتوریس در ایجاد میل جنسی زنان

⊙ انتظارات غیرواقع بینانه جنسی ناشی از اطلاعات غلط (مسترز، جانسون و کلودنی، ۱۹۹۴، هچر و همکاران، ۱۹۹۴، برکو و همکاران، ۱۹۹۲)

⊙ اطلاعات جنسی غلط پیرامون عفونت های دستگاه تناسلی (نوبر و همکاران، ۲۰۰۳)

⊙ عدم آگاهی از روش های مناسب کنترل موالید

⊙ عدم شناخت چرخه پاسخ جنسی و نقاط حساس زن (وستیمر و لوپاتر، ۲۰۰۲)

ب) فقدان آگاهی از رفتارهای جنسی مناسب

⊙ رفتارهای نامطلوب و زمخت مردان به علت عدم آگاهی از رفتارهای مناسب جنسی (هیبرل، ۱۹۸۳)

⊙ نادیده انگاشتن تکنیک های موثر بر برانگیختگی در ارتباط جنسی

⊙ دانش جنسی پایین در مورد روش های مناسب تحریک همسر و فنون جنسی عدم وجود پیش نوازش کافی و عجله در ارتباط جنسی (وستیمر و لوپاتر، ۲۰۰۲)

اسطوره های جنسی مردان



اسطوره های جنسی مردان

- ①- تماس جسمی همیشه باید منجر به ارتباط جنسی شود.
- ②- فعالیت جنسی همیشه باید به آمیزش منتهی شود.
- ③- مردها باید همواره تمایل جنسی داشته و قادر به پاسخ دهی جنسی (نعوظ) باشند .
- ④- نعوظ برای فعالیت جنسی همیشه لازم است.

اسطوره های جنسی مردان

- ⑤- مردهای واقعی نباید برای همسر خود هیجان های معینی را ابراز نمایند.
- ⑥- رابطه جنسی مستلزم یک شیوه ثابت و یکنواخت است که حتما باید به انزال منتهی شود.
- ⑦- مرد باید همیشه در رابطه جنسی پیشقدم شود.
- ⑨- مرد باید مثل سایر جنبه های زندگی خود در سکس نیز موفق باشد.
- ⑩- مردها باید بطور طبیعی رابطه جنسی را بلد باشند و رابطه لذت بخش باید طبیعی و خود به خودی باشد.

اسطوره های جنسی زنان



اسطوره های جنسی زنان

- ❶ * چنانچه همسر به منظور فعالیت جنسی به وی نزدیک می گردد، زن باید همیشه در آن شرکت کند.
- ❷ * اگر زن به ارگاسم نرسد اهمیت ندارد چرا که در تولید مثل نیازی به آن نبوده یا به هر حال غالبا زنان فاقد ارگاسم می باشند.
- ❸ * یک زن حتی به عنوان پذیرنده ای فعال همیشه باید قادر به آمیزش باشد .
- ❹ * یک زن نباید از شوهرش انتظار داشته باشد که صبر کند تا قبل از نزدیکی او به حد کافی برانگیخته شود .
- ❺ * یک زن بدون نیاز به تحریک دستی کلیتوریس باید قادر به ارگاسم باشد .

اسطوره های جنسی زنان

- ❶ *زنان "آبرومند" نباید به میزان زیادی لذت و برانگیختگی جنسی را نشان دهند .
- ❷ * زنان "آبرومند" نیازهای جنسی و رجحان های خود را به همسرانشان فاش نمی کنند.
- ❸ *زنان "آبرومند" نباید ضمن فعالیت جنسی با همسر خود از تخیلات استفاده کنند.
- ❹ *زنان "آبرومند" نباید هرگز تخیلات جنسی داشته باشند.
- ❺ *هر زنی که در رابطه جنسی پیشقدم شود، غیر اخلاقی است.
- ❻ *زنان "آبرومند" نباید هرگز استمنا داشته باشند.

- * زنان نجیب با محرک های شهوانی برانگیخته نمی شوند.
- * زنان نجیب هیچ نوع فعالیت جنسی را شروع نمیکنند.
- * ارگاسم از طریق واژن از ارگاسم از طریق کلیتوریس زنانه تر و بالغانه تر است.
- * رابطه جنسی فقط برای زنان زیر ۳۰ سال مناسب است.
- * زندگی جنسی زنان به یائسگی پایان می یابد.

اسطوره های جنسی زوجین

- ۱- همه زن و شوهرها در طول هفته چندین بار سکس دارند.
- ۲- فعالیت جنسی خوب مستلزم خودانگیختگی است.
- ۳- فعالیت جنسی خوب مستلزم هوس-شهوت است.
- ۴- فعالیت جنسی خوب نیازمند زمان است.

۵- خودانگیختگی با بالا رفتن تماس و تجربه جنسی افزایش خواهد یافت.

۶- فعالیت جنسی در همه زوج های دیگر نیز به ارگاسم منجر می شود.

۷- تمام زوجین به ارگاسم همزمان می رسند.

۸- اگر فعالیت جنسی خوب نباشد حتما رابطه کلی مشکل دارد.

۹- زوجین باید بطور طبیعی از نوع تحریک مورد نیاز همسر آگاهی داشته باشند.

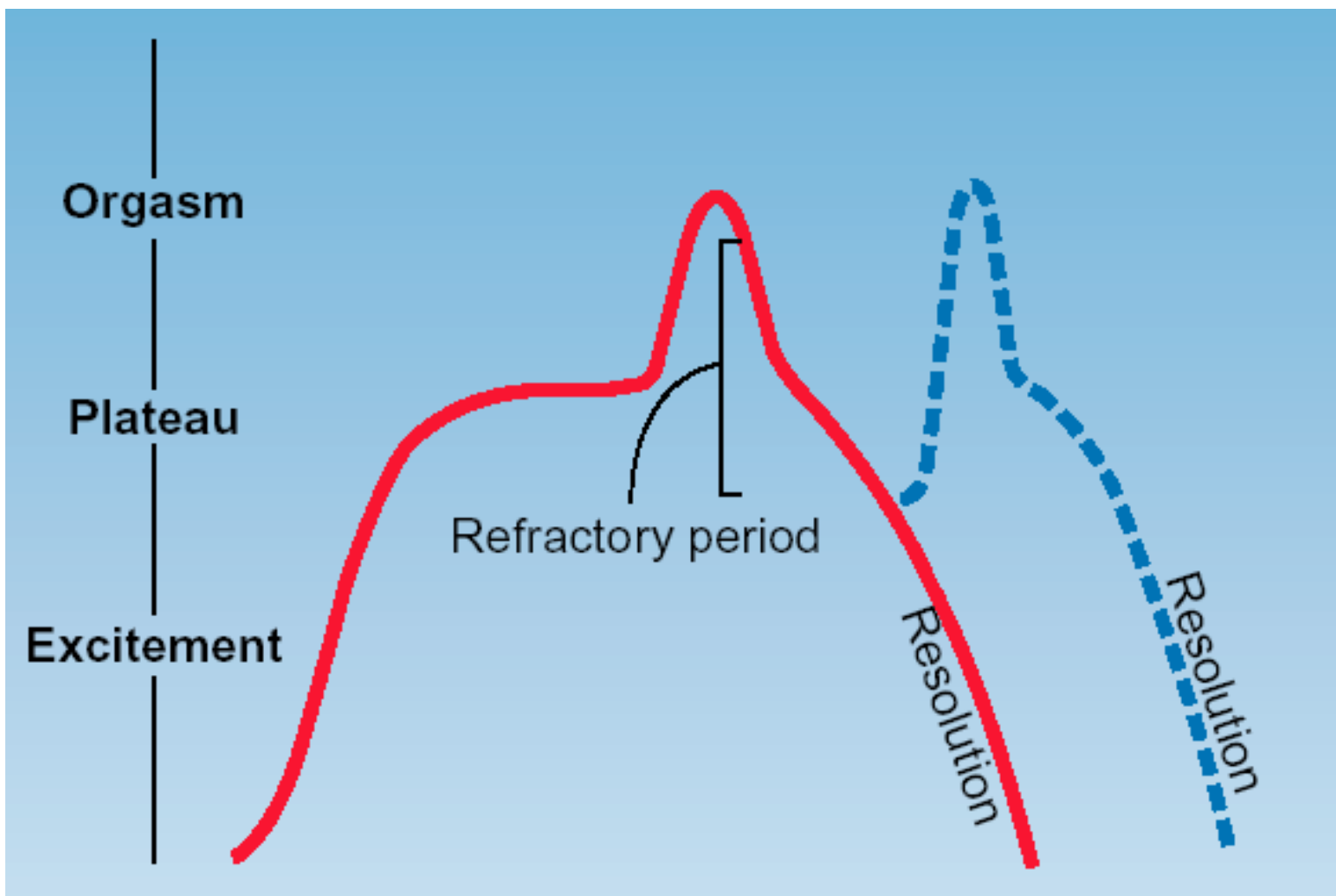
۱۰- اگر همسری نتواند از نظر جنسی پاسخگوی همسر خود باشد پس برای همسرش جذاب نیست.

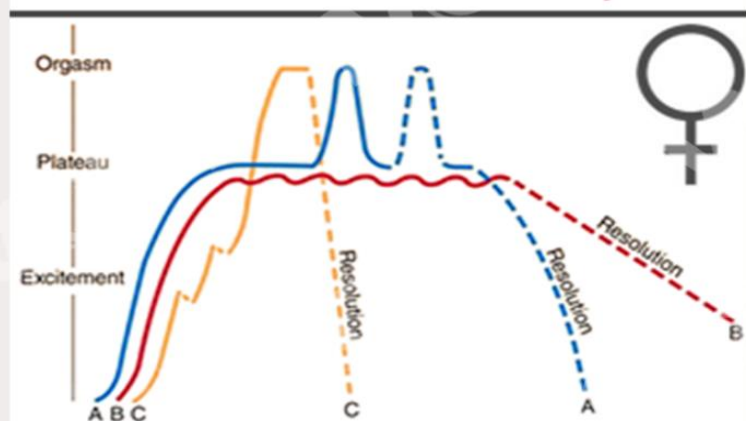
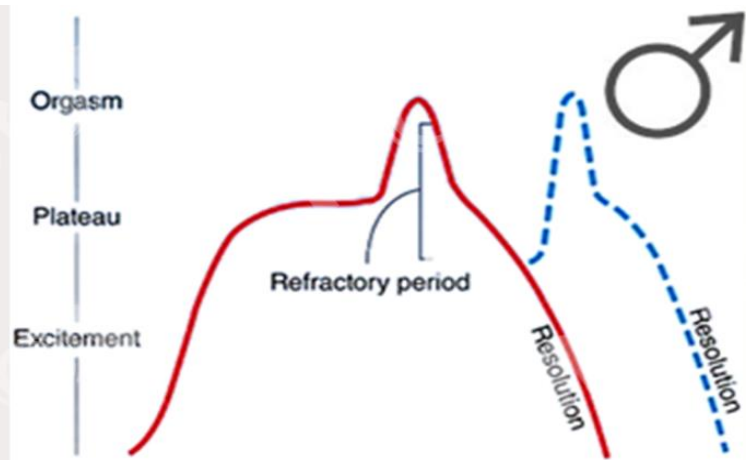
سیکل پاسخ جنسی

□ پاسخ جنسی در زنان به دخالت عوامل متعدد روانی، فرهنگی، محیطی و فیزیولوژیک بستگی دارد.

اولین مرحله پاسخ جنسی عبارت است از تمایل
که به دنبال آن چهار مرحله مهم به وسیله مسترز و جانسون شرح
داده شده

اند که عبارتند از: تهییج جنسی، ثبات، ارگاسم و فرونشینی می باشد





فاز تمایل

□ انگیزه و تمنا برای شهوانی بودن را تمایل جنسی می نامند. نوعی احساس ارادی است که

می تواند به وسیله محرک های داخلی (نظیر تصورات جنسی) یا محرک های خارجی (حضور همسر) ایجاد شود و مستقل از عملکرد هورمونی_عصبی می باشد.

□ تمایل جنسی تحت تاثیر عواملی نظیر ظاهر جنسی افراد، ترجیحات جنسی، تصورات ذهنی، عوامل روانی و محیطی می باشد.

فاز تهیج

□ این مرحله باعث بروز احساسات شهوانی (اروتیک) و مرطوب شدن واژن می شود. تهیج جنسی باعث افزایش جریان خون واژن و افزایش احتقان عروق می شود. مایع خارج شده از مویرگ ها در فضای بین سلولی اپی تلیوم واژن جمع آوری شده و باعث بیرون ریختن قطراتی از دیواره واژن می گردد.

□ علاوه بر احساس تنش جنسی، افزایش ضربان قلب، تنفس سریع، افزایش فشار خون،

احساس گرمای عمومی، پرخونی پستان ها، انقباض عمومی عضلات بدن (میوتونی)، برجسته شدن نوک پستان، پر عروق شدن پوست و ایجاد دانه های ماکولوپاپولار قرمز رنگ روی سینه و پستان از تظاهرات این فاز است. در این مرحله کلیتوریس و لب های کوچک و بزرگ متورم شده ، طول واژن بیشتر و دیلاته می شود و رحم خود را به سمت بخش خارجی و بالای لگن می کشد.

فاز ثبات یا کفه ایی

□ در این مرحله تنش جنسی و احساس شهوانی شدت گرفته و احتقان عروقی به بیشترین حد خود می رسد. پوست پر خون تر شده، پستان ها بزرگتر و نوک پستان ها دچار نعوظ بیشتری می شود. تورم لب ها بیشتر شده و به رنگ قرمز تیره در می آیند.

یک سوم تحتانی واژن متورم و کلفت شده و اصطلاحاً پلکان ارگاسم را به وجود می آورد

□ کلیتوریس بزرگتر شده و بالا می رود تا نزدیک سمفیز پوبیس قرار گیرد. در این مرحله رحم خود را کاملاً به داخل لگن بالا کشیده با ایجاد تحریک جنسی کافی زن می تواند در این مرحله به ارگاسم برسد.

فاز ارگاسم

□ ارگاسم یک انقباض عضلانی است که به وسیله سیستم عصبی سمپاتیک ایجاد می شود.

در این مرحله فرد احساس رهایی ناگهانی از انقباضی را که طی مراحل قبلی ایجاد شده بود، می نماید. ارگاسم لذت بخش ترین بخش احساس جنسی است. در این هنگام ۳ تا ۱۵ انقباض منظم در عضلات واژن، پرینه، مقعد و پلکان ارگاسم ایجاد می شود که هر کدام ۸/۰ ثانیه طول می کشد و به رحم می رسد

□ بسیاری از زنان ترجیح می دهند که قبل از انجام مقاربت و در حین تحریک کلیتوریس به ارگاسم برسند. بر خلاف مردان که پس از رسیدن به ارگاسم تحریک نمی شوند، زنان قادرند که قبل و بعد از نزدیکی چند بار به ارگاسم برسند و این در صورتی است که کلیتوریس آنها به اندازه کافی تحریک شود.

فاز تحلیل

□ پس از ارگاسم زن احساس آرامش و خوشی می کند که همراه با از بین رفتن انقباض عضلاتش می باشد. تغییرات فیزیولوژیک دوران تهییج بر عکس شده و بدن به وضعیت استراحت بر می گردد. رحم کاملاً پایین آمده ، کلیتوریس و پلکان ارگاسم به حالت عادی بر میگردند. پرخونی واژن و لب ها از بین میرود. تمام این رخدادها حدود ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می کشد.

در درمان هیچ کدام از زوجین مقصر قلمداد نمی شدند بلکه بر همکاری زوجین در دادن آرامش و عشق و لذت به هم تمرکز می شد .

به زوجین آموزش داده می شد تا مشکل جنسی را به عنوان جزئی غیر قابل چشم پوشی در کل از روابطشان ببینند نه کل ارتباطاتشان (مسترز و جانسون ، ۱۹۷۰).

از دقت و توجهت‌تان سپاس گذاریم

