کارگاه سلامت جنسی

مدرس: دکتر نسیم شاه رحمانی
دکترای بهداشت باروری و جنسی
عضو هیئت علمی
درمانگر

https://t.me/webinar_sexology

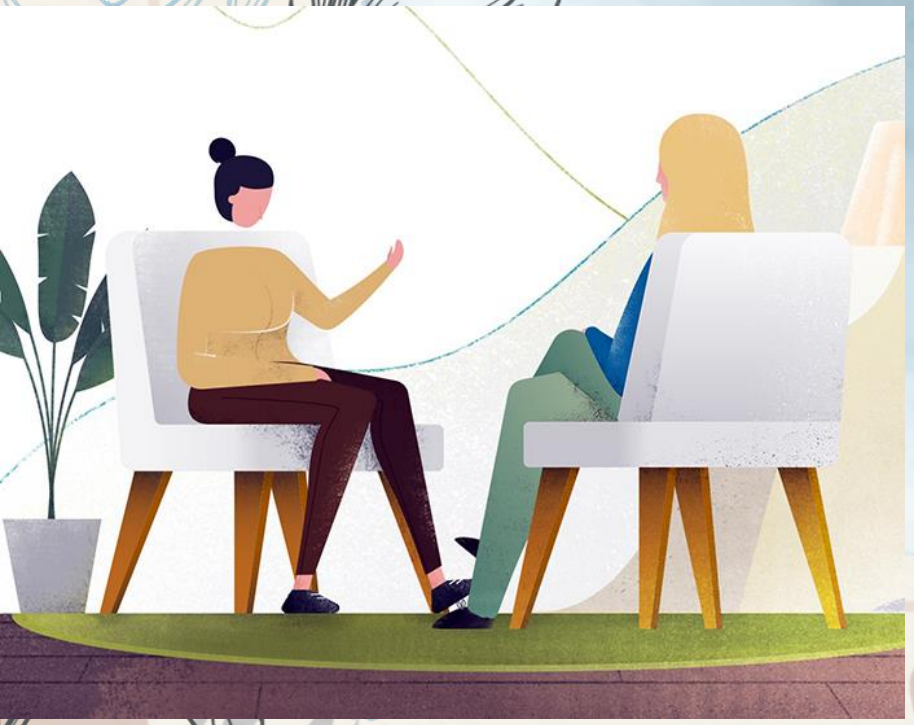
اصول مشاوره جنسی

Dr. Nasim shahrahmani –
Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

سخن های اولیه

۱- مصاحبه بالینی هم هنر است و هم علم

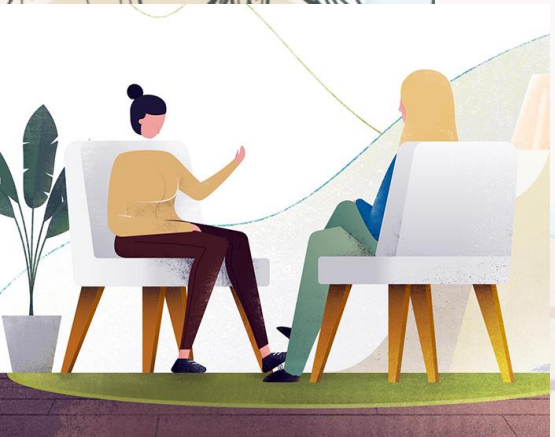
۲- مصاحبه بالینی نباید به بیمار آسیب برساند



دکتر نسیم شاه رحمانی

نکته مهم

- ✓ به مراجع کننده اجازه دهید با آهنگ خودش حرکت کند زیرا مشاهده این فرایند اطلاعات با ارزشی در اختیار مصاحبه گر قرار میدهد
- ✓ این کار باعث نوعی احساس کنترل و امنیت خاطر در بیمار میشود
- ✓ کنترل اتاق درمان و مصاحبه باید غیر علنی و انعطاف پذیر باشد



گام های یادگیری

۱- ارام سازی خویشتن و گوش سپردن به مراجع

۲- ایجاد رابطه صمیمانه و ارتباط درمانی مثبت

۳- یادگیری مهارت های سنجش و تشخیص



دکتر نسیم شاه رحمانی

آرام بخشیدن به خویش و گوش سپردن به بیمار

بر میل طبیعی خود به کمک کردن تسلط داشته باشید باید بتوانید خود را آرام کنید

گوش دادن بدون ارائه رهنمود برای آغاز کار بسیار حیاتی است.

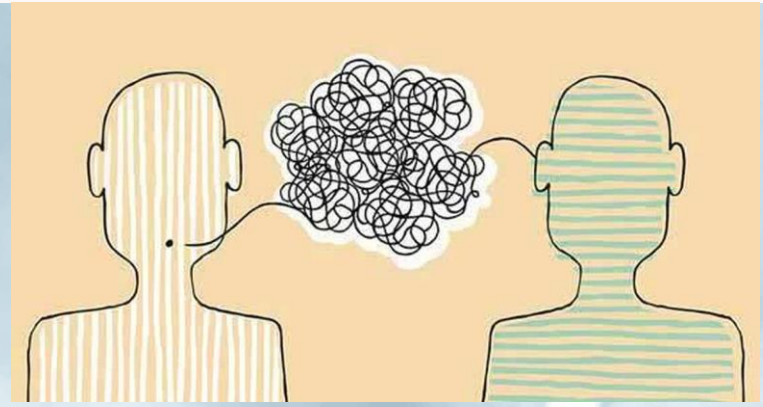
درمانگر باید در برابر این اجبار که کاری باید کرد پایداری به خرج بدهد.



ایجاد رابطه ی صمیمانه و ارتباط درمانی مثبت

شیوه گوش دادن فعال

پاسخ دهی همدلانه

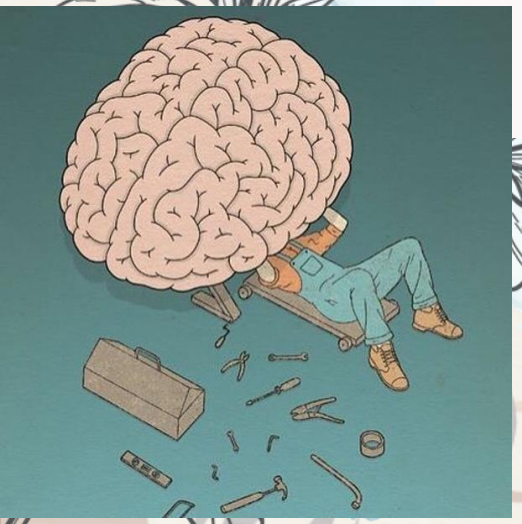


خودآگاهی

خودآگاهی فیزیکی

خودآگاهی روانی – اجتماعی-فرهنگی

خودآگاهی تحولی



دکتر نسیم شاه رحمانی

مراحل مصاحبه

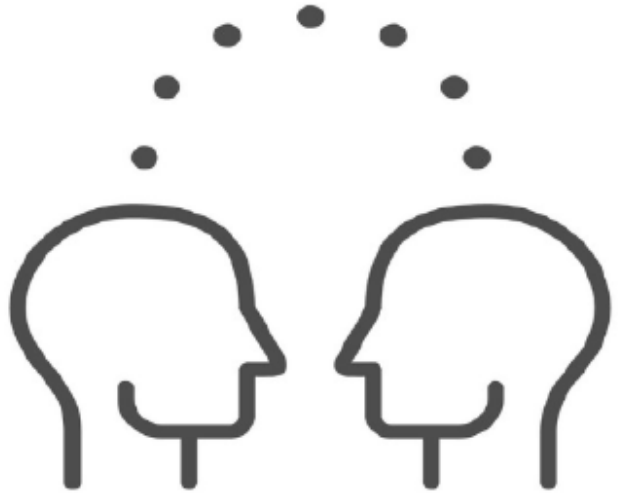
۳. بخش اصلی

۴. مرحله رو به پایان

۲. مرحله‌ی آغاز

۵. مرحله‌ی پایانی

۱. مرحله‌ی آشنایی



ترس های رایج بیماران

- آیا این متخصص صلاحیت و کفایت لازم را دارد؟
- از آن مهمتر آیا این فرد میتواند به من کمک کند؟
- آیا این فرد مرا و مشکلم را درک خواهد کرد؟
- آیا این مصاحبه گر ارزشهای مرا را درک خواهد کرد یا نه؟
- آیا برای بیان مطالبی که دلم نمیخواهد بگویم تحت فشار قرارم خواهد داد یا نه؟
- آیا این مصاحبه گر فکر میکند من آدم بدی هستم؟

در مورد مشابهتهای خود با بیمار گفتگو نکنید

ارزیابی انتظارات

چه چیزی باعث شده که به اینجا بیایید؟

چه کمکی میتوانم به شما بکنم؟

محیط مشاوره

- مشاوره می‌تواند در هر محلی انجام شود اما این محل بایستی حتماً به‌اندازه کافی خلوت و آرام و برای داوطلب راحت و امن باشد تا وی بتواند آزادانه احساسات و عقاید خود را با مشاور در میان بگذارد و حریم خصوصی او رعایت شود.

- پزشک یا ماما یا مشاوری که مشاوره جنسی با زوج را بر عهده می‌گیرد، پیش از هر چیز دیگر باید جرئت و توانایی طرح مسائل جنسی را با زن (و همسرش) داشته باشد.
- آگاهی کامل از تغییرات بدنی و پاسخ‌های هیجانی در تمام سنین و به خصوص تغییرات بدنی زنان در همه دوران زندگی به ویژه در دوران بارداری و پس از زایمان و یائسگی
- آگاهی از محدودیت‌ها و موانع فرهنگی و مذهبی در جامع
- بسیاری از زوجین برای آغاز فعالیت جنسی در دوران بارداری و پس از زایمان به نظر پزشک یا ماما متکی‌اند. تعدادی از آنان نیز نیازمند دریافت اطلاعاتی در مورد تغییرات فیزیولوژیک این دوران هستند. در غیر این صورت برحسب باورها و اطلاعات غلطی که از اطرافیان دریافت کرده‌اند رفتار می‌کنند

- کسب تاریخچه‌ای دقیق در مورد فعالیت جنسی مهم‌ترین نکته در آغاز هر مشاوره جنسی محسوب می‌شود.
- صحبت با بیمار و کسب تاریخچه از او، میزان آگاهی فرد را از آناتومی و فیزیولوژی و نظر او در مورد روابط جنسی در این دوران روشن می‌سازد.
- مراقبین بهداشتی باید از امکان بروز مسائل روانی-جنسی آگاه بوده و ویزیت‌های بارداری و بعد از زایمان و مراجعات والدین به درمانگاه برای ارزیابی وضعیت بارداری و سلامت نوزاد را غنیمت شمرده و طرح این مسائل را در برنامه خود بگنجاندر بسیاری از موارد آموزشی خاصی موردنیاز نیست و چند دقیقه کوتاه برای طرح تمام مسائل و احساسات زن در این مورد کافی به نظر می‌رسد.
- افسردگی پس از زایمان و اثر آن بر فعالیت جنسی نیز نباید دست‌کم گرفته شود، زیرا افسردگی مزمن می‌تواند منجر به بروز مسائل و اختلالات جنسی طولانی‌مدت گردد.

تمایلات جنسی هر شخص بستگی به چند عامل پیوسته به هم دارد.

- هویت جنسیتی (Gender Identity)
- نقش جنسیتی (Gender Role)
- گرایش جنسی (Sexual Orientation)
- رفتار جنسی (Sexual Behavior)

دکتر نسیم شاه رحمانی

هویت جنسی Gender identity

- هویت جنسیتی به معنای **درک درونی، شخصی و عمیق هر فرد از جنسیت خود** است که ممکن است با جنسیت تعیین شده در بدو تولد (Sex Assigned at Birth) مطابقت داشته باشد یا نداشته باشد. این هویت یک سازه مستقل از گرایش جنسی یا نقش جنسیتی است و شامل احساس فرد از اینکه زن، مرد، یا ترکیبی از هر دو است و یا هیچ‌کدام نیست

- **مدل مغز جنسیتی (Sexual Brain Model): این نظریه می‌گوید که هویت جنسیتی، از نظر فیزیولوژیک در مغز فرد حک شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برخی از نواحی مغز در افراد ترنسجندر، از نظر اندازه و ساختار، به جنسیت مورد نظر آن‌ها شباهت بیشتری دارند تا به جنسیت بیولوژیکی‌شان. به عنوان مثال، مطالعات تصویربرداری مغزی (MRI) بر روی افراد ترنس‌زن (افرادی که در هنگام تولد مرد شناخته شده‌اند اما هویت زنانه دارند) نشان داده که هیپوتالاموس، آمیگدال و برخی نواحی قشر مغز آن‌ها، به طور قابل توجهی به مغز زنان سیس‌جندر (افرادی که هویت جنسیتی‌شان با جنسیت بیولوژیکشان همخوانی دارد) شباهت دارد.**

دکتر یسیم شورحمانی

نقش جنسی: Gender Role

نقش جنسی بیان کننده بخشی از **نگرش ها، رفتار ها، انتظارات و وظایف تعریف شده فرهنگی و اجتماعی برای زنان و مردان** می باشد.

نقش جنسی در هنگام تولد ایجاد نمی شود بلکه به تدریج از طریق تجاربی که شخص در برخورد و تعامل اتفاقی و پیش بینی نشده به دست می آورد، از طریق دستورات و تلقینات آشکار شکل می گیرند.

دکتر نسیم شاه رحمانی

نقش های جنسیتی، فرهنگ محور هستند. به عنوان مثال، در مفهوم سنتی نقش جنسیتی انتظار این است که مردان باید به کارهای سخت و سنگین علاقه داشته و زنان خانه دار باشند.

دکتر نسیم شاه رحمانی

گرایش جنسی یا جهت گیری جنسی Sexual orientaion

الگوی پایداری از تمایل جنسی و عاطفی یا عشق و یا هر دو است که شخص نسبت به افرادی از جنس

Heterosexuality(دگرجنس‌گرایی): جذب به جنس مخالف.

Homosexuality(همجنس‌گرایی): جذب به همجنس.

دکتر نسیم شاه رحمانی

Bisexuality(دوجنس‌گرایی): جذب به هر دو جنس.

Asexuality(بی‌جنس‌گرایی): عدم یا کمبود جذابیت جنسی به دیگران.

علت علمی ایجاد انواع مختلف گرایش های جنسی هنوز به طور کامل درک نشده و مجموعه ای از عوامل ژنتیک، هورمون و محیطی در ایجاد آن تاثیر گذار هستند.
فرضیه هایی که بر اهمیت عوامل بیولوژی (مانند عوامل ژنتیکی، هورمونی محیط ابتدائی رحم یا مخلوطی از عوامل ژنتیکی و هورمونی و اجتماعی) تاکید دارند از مقبولیت علمی بیشتری برخوردارند.

دکتر نسیم شاه رحمانی

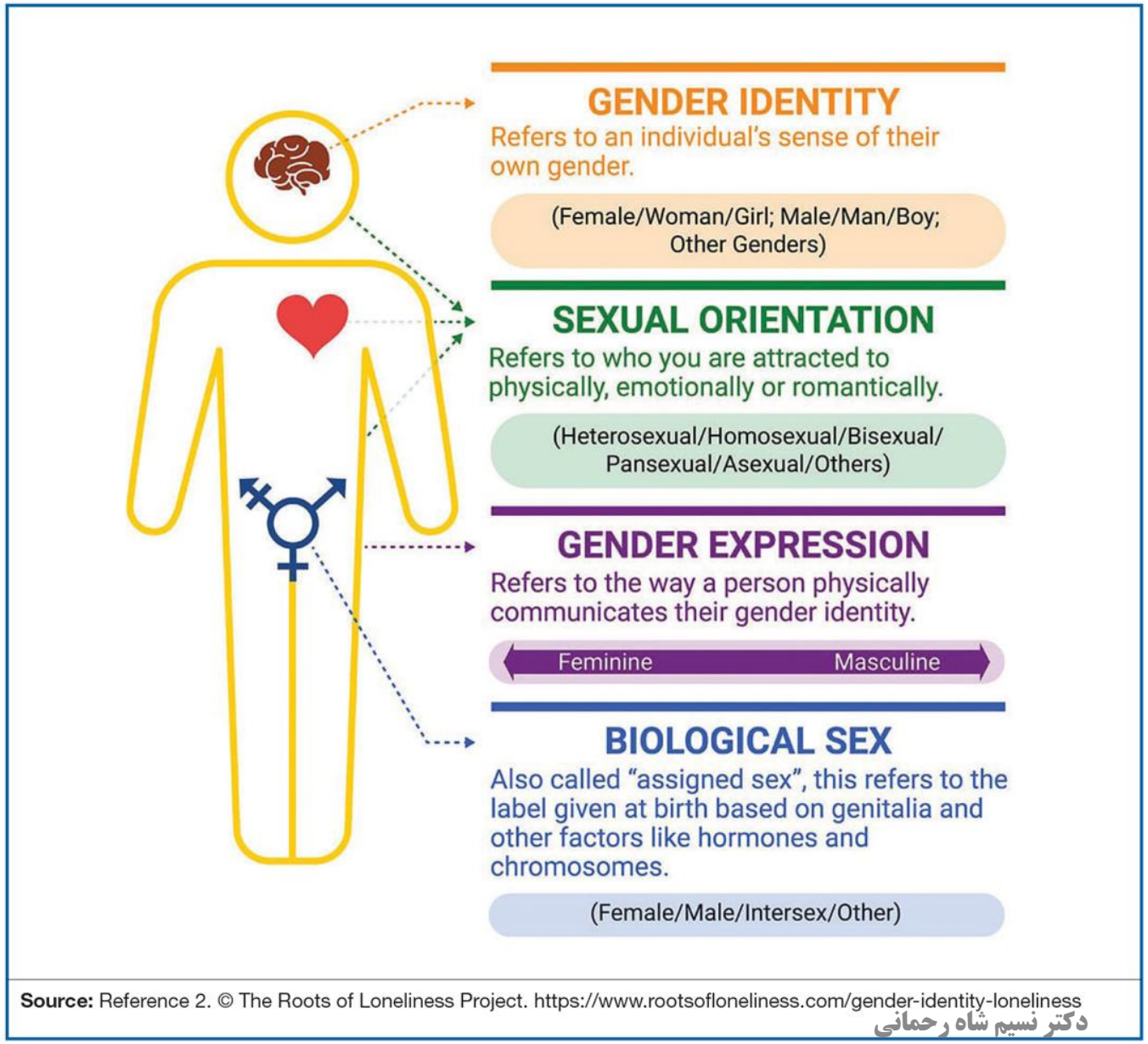
Sexual behavior رفتار جنسی

رفتار جنسی به هر گونه فعالیت یا عملی گفته می‌شود که دارای محتوای جنسی است.

رفتار جنسی یک عمل است و ممکن است با گرایش جنسی فرد همسو باشد یا نباشد. این مفهوم باید به شدت از گرایش جنسی تفکیک شود. عوامل متعددی مانند کنجکاوی، فشار اجتماعی، شرایط محیطی، یا انگیزه‌های غیرجنسی می‌توانند بر رفتار جنسی تأثیر بگذارند.

Figure 1

Gender identity and expression



Source: Reference 2. © The Roots of Loneliness Project. https://www.rootsofloneliness.com/gender-identity-loneliness

دکتر نسیم شاه رحمانی

۱-احساس و درک فرد از جنسیت خودش

۲-گرایش جنسی

۳-ابراز جنسی (روشی که یک فرد جنسیت خود را به صورت فیزیکی ابراز می کند(پوشش، رفتار، ظاهر)

۴-جنسیت بیولوژیک

مفهوم سلامت جنسی

سلامت جنسی (Sexual Health) فقط به معنای «نداشتن بیماری یا اختلال جنسی» نیست؛ بلکه یک وضعیت رفاه جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی در ارتباط با مسائل جنسی است.

در واقع سلامت جنسی به یک رویکرد مثبت و قابل احترام در روابط جنسی گفته می شود که در آن فرد از رابطه خود لذت برده و ایمن باشد.

دکتر نسیم شاه رحمانی

رابطه ای بدون اجبار، تبعیض و خشونت و با حفظ حقوق جنسی طرفین، طوریکه موجب غنی سازی و بالا بردن شخصیت، روابط بین فردی و عشق گردد.

دکتر نسیم شاه رحمانی

سلامت جنسی؛ بخشی از مسیر فرزندآوری سالم

- مشکلاتی مانند کاهش میل جنسی، اختلال نعوظ، اختلال انزال، درد هنگام رابطه، واژینیسموس و نارضایتی جنسی می‌تواند باعث فاصله عاطفی، کاهش رضایت جنسی و حتی اجتناب از رابطه شود؛ به‌گونه‌ای که بعضی زوجین به‌دلیل خستگی روانی و تجربه مکرر شکست، انگیزه ادامه تلاش برای فرزندآوری را از دست می‌دهند یا تصمیم می‌گیرند فرزندآوری را به تعویق بیندازند.
- برای فرزندآوری فقط باروری را درمان نکنیم؛ رابطه‌ای را که قرار است بستر فرزندآوری باشد نیز حفظ کنیم
- بنابراین ارزیابی سلامت جنسی باید بخشی از مراقبت زوج در مسیر فرزندآوری باشد، نه موضوعی جدا از آن

دکتر نسیم شاه رحمانی
ددکتر نسیم شاهرحمانی

مدل های پاسخ جنسی

دکتر نسیم شاه رحمانی

مدل خطی

- مسترز و جانسون در سال ۱۹۶۶ مدل خطی را برای پاسخ جنسی انسان در نظر گرفته اند که در برگیرنده چهار مرحله بود که با فاز تحریک آغاز شده و با فاز کفه ای – ارگاسم و فرونشینی ادامه می یابد.

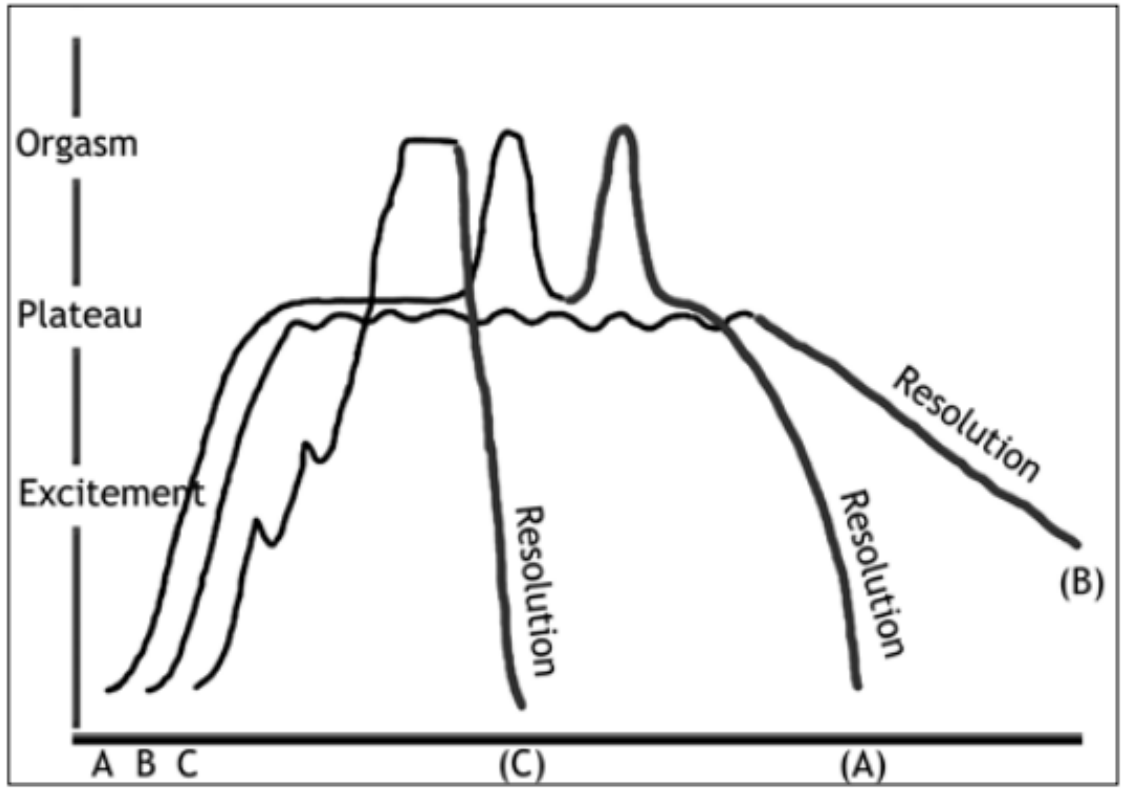
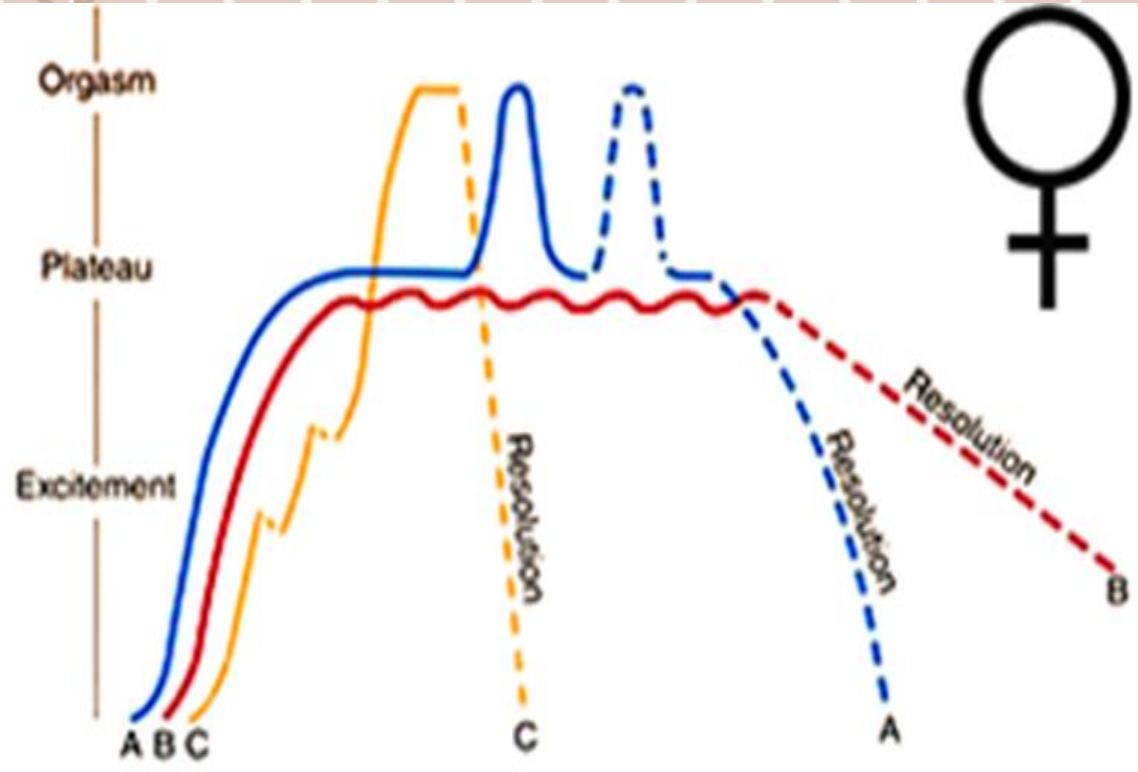


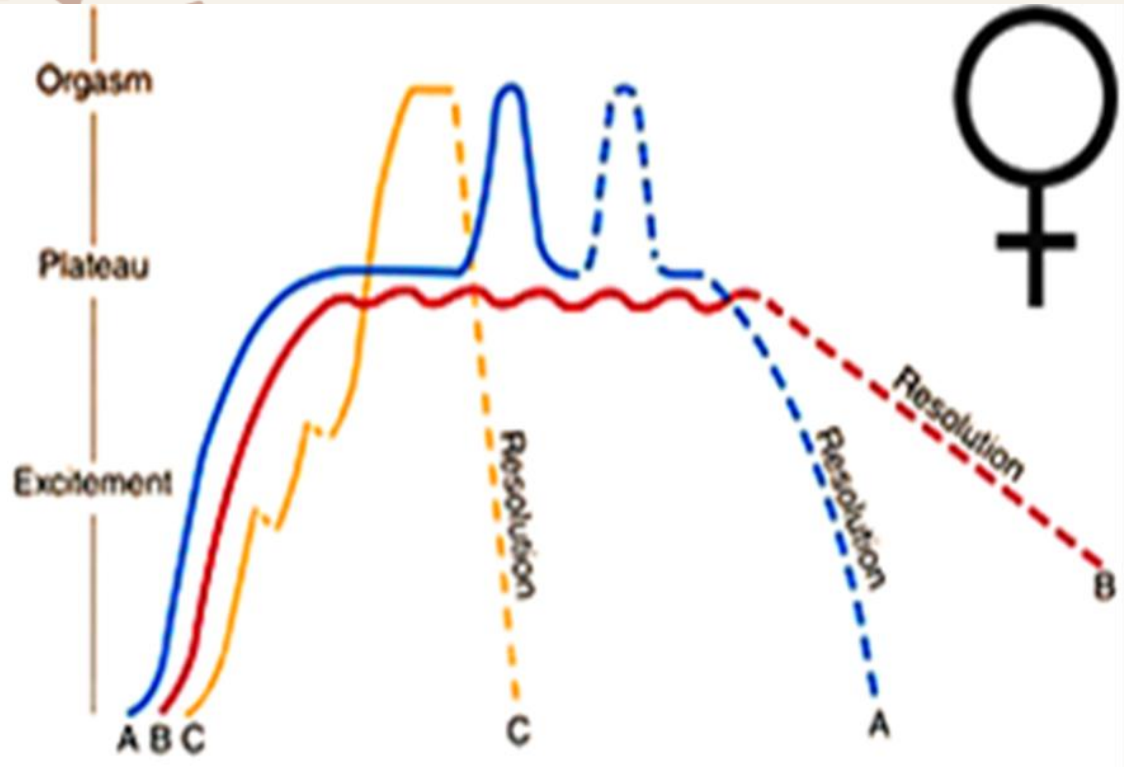
Figure 1. Female sexual response model developed by Masters and



زن ابتدا برانگیخته می‌شود، وارد فلات می‌شود و به ارگاسم می‌رسد. سپس برخلاف الگوی معمول مردانه، می‌تواند بدون عبور از یک دوره مقاومتی (Refractory period) طولانی، دوباره برانگیخته شده و ارگاسم دیگری را تجربه کند.

در تصویر، قله‌های متوالی روی منحنی آبی همین موضوع را نشان می‌دهند.

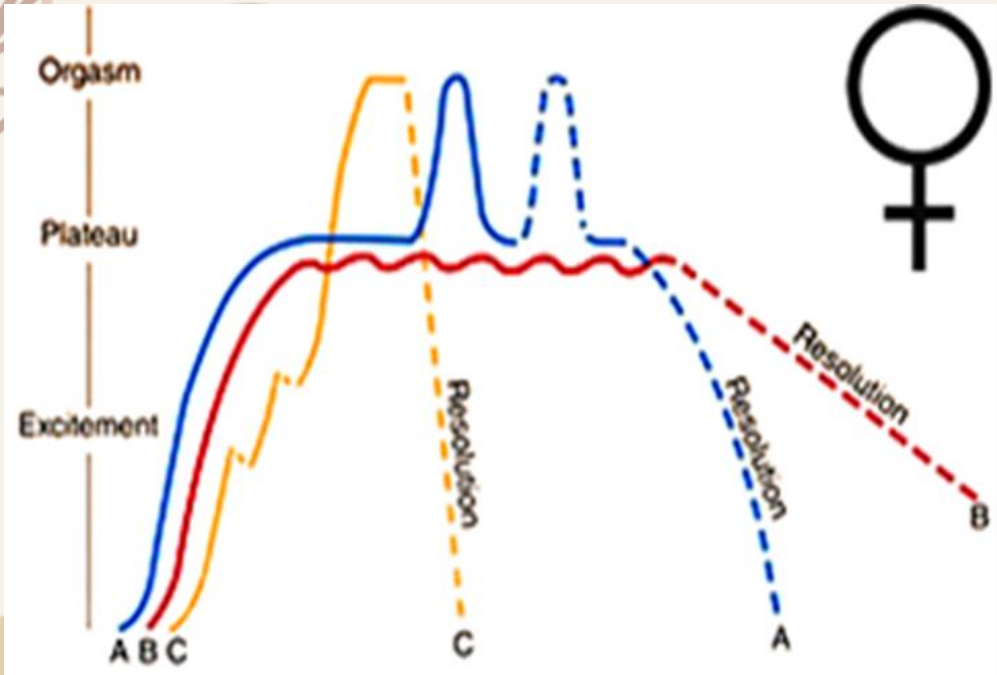
در زنان، پس از ارگاسم الزاماً یک دوره مقاومتی وجود ندارد و بنابراین امکان ارگاسم‌های متعدد وجود دارد.البته «امکان» به معنی این نیست که همه زنان یا در هر رابطه‌ای ارگاسم متعدد دارند.



الگوی A (Multiple Orgasms) ارگاسم‌های متعدد

* این الگو یکی از یافته‌های اصلی و مهم مسترز و جانسون بود. آن‌ها مشاهده کردند که زنان پس از ارگاسم، لزوماً وارد دوره مقاومت (Refractory Period) نمی‌شوند و می‌توانند با ادامه تحریک، بلافاصله ارگاسم‌های بعدی را تجربه کنند.

ارگاسم تنها یک تجربه نیست، بلکه می‌تواند زنجیره‌ای از لذت‌های متوالی باشد.

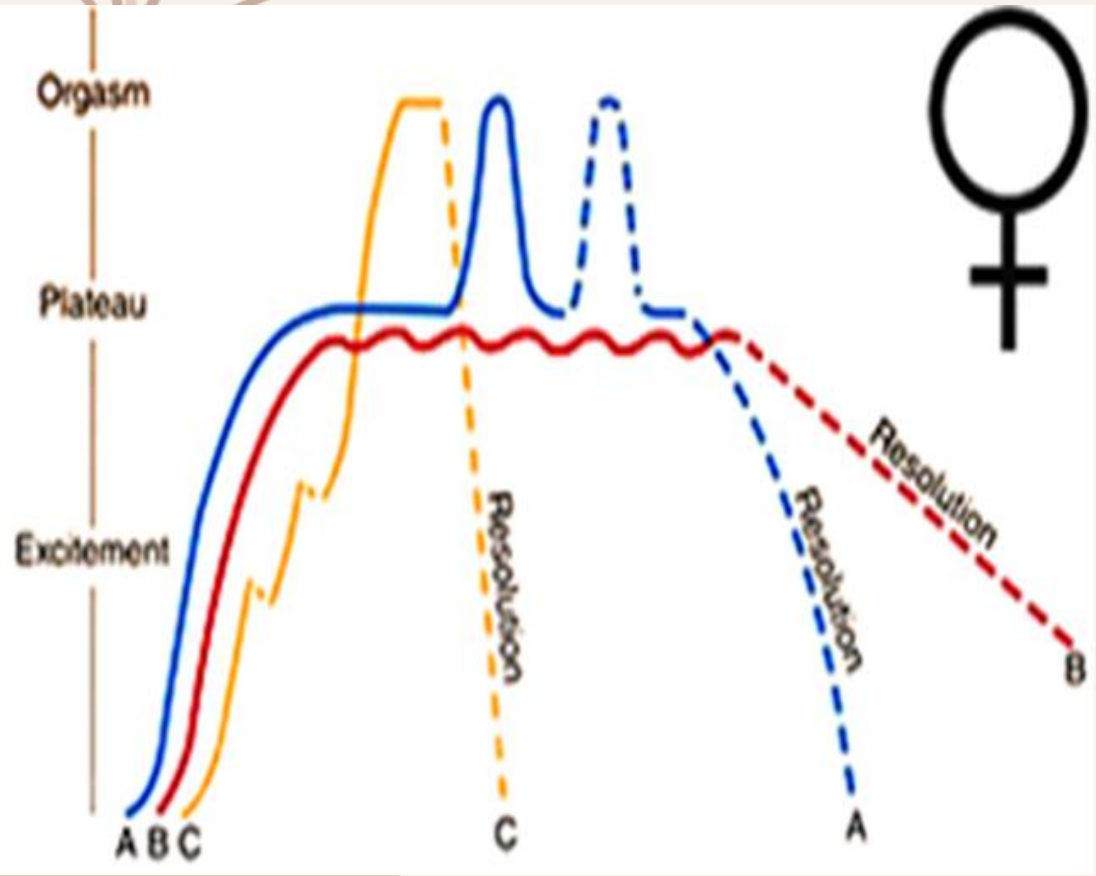


- در مدل B، خط از مرحله Excitement (تحریک) شروع می‌شود و به مرحله Plateau (کفه یا اوج) می‌رسد، اما از این مرحله بالاتر نمی‌رود و به مرحله (Orgasm ارگاسم) نمی‌رسد. پس از مدتی که در مرحله Plateau باقی می‌ماند، به تدریج وارد مرحله "(Resolution فرونشینی) می‌شود.

- این مدل B در واقع نشان‌دهنده وضعیتی است که فرد به تحریک جنسی کافی رسیده و وارد مرحله پلاتو شده است، اما بنا به دلایلی (مانند عدم تحریک کافی یا قطع تحریک، عوامل روانشناختی، یا شرایط فیزیولوژیکی) به ارگاسم نمی‌رسد و به تدریج تحریک او فروکش می‌کند.

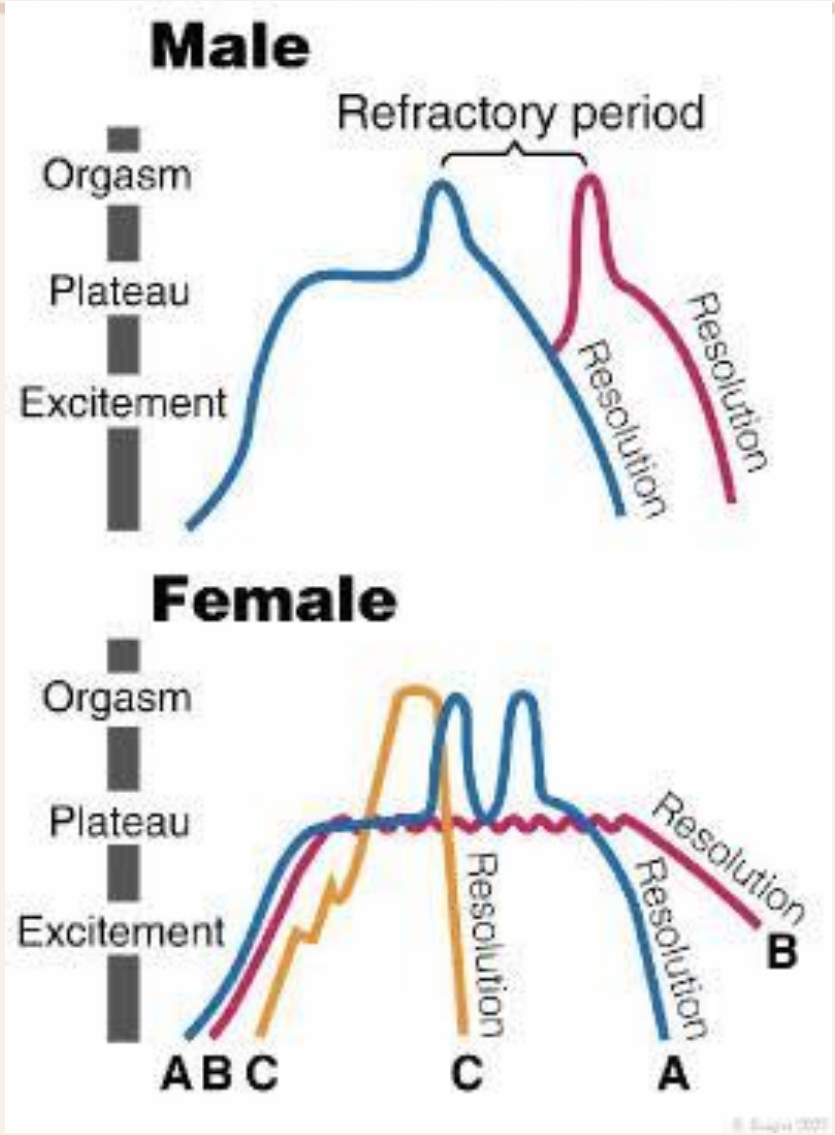
دکتر نسیم شاه رحمانی

الگوی C (Sustained Plateau Orgasmic Pattern):
ارگاسم طولانی یا فلات ارگاسمیک



- پافشاری بر روی فلات: به دلیل همین کنترل، برخی افراد ترجیح می‌دهند برای مدت طولانی در مرحله فلات باقی بمانند و لذت حاصل از آن را به جای رسیدن به یک ارگاسم سریع، تجربه کنند. این تجربه با الگوی C مطابقت دارد.
- یک استنباط منطقی و پذیرفته‌شده در سکسولوژی است که الگوی C بیشتر در شرایطی رخ می‌دهد که فرد کنترل کامل بر تحریک دارد، و این شرایط معمولاً در خودارضایی فراهم می‌شود.
- زوج‌ها آموزش داده می‌شود که چگونه با کاهش فشار برای ارگاسم، بر روی حس‌ها و نزدیکی تمرکز کنند. این الگو می‌تواند به زنانی که به سختی به ارگاسم می‌رسند، این اطمینان را بدهد که آن‌ها همچنان می‌توانند لذت جنسی عمیق و کاملی را تجربه کنند.

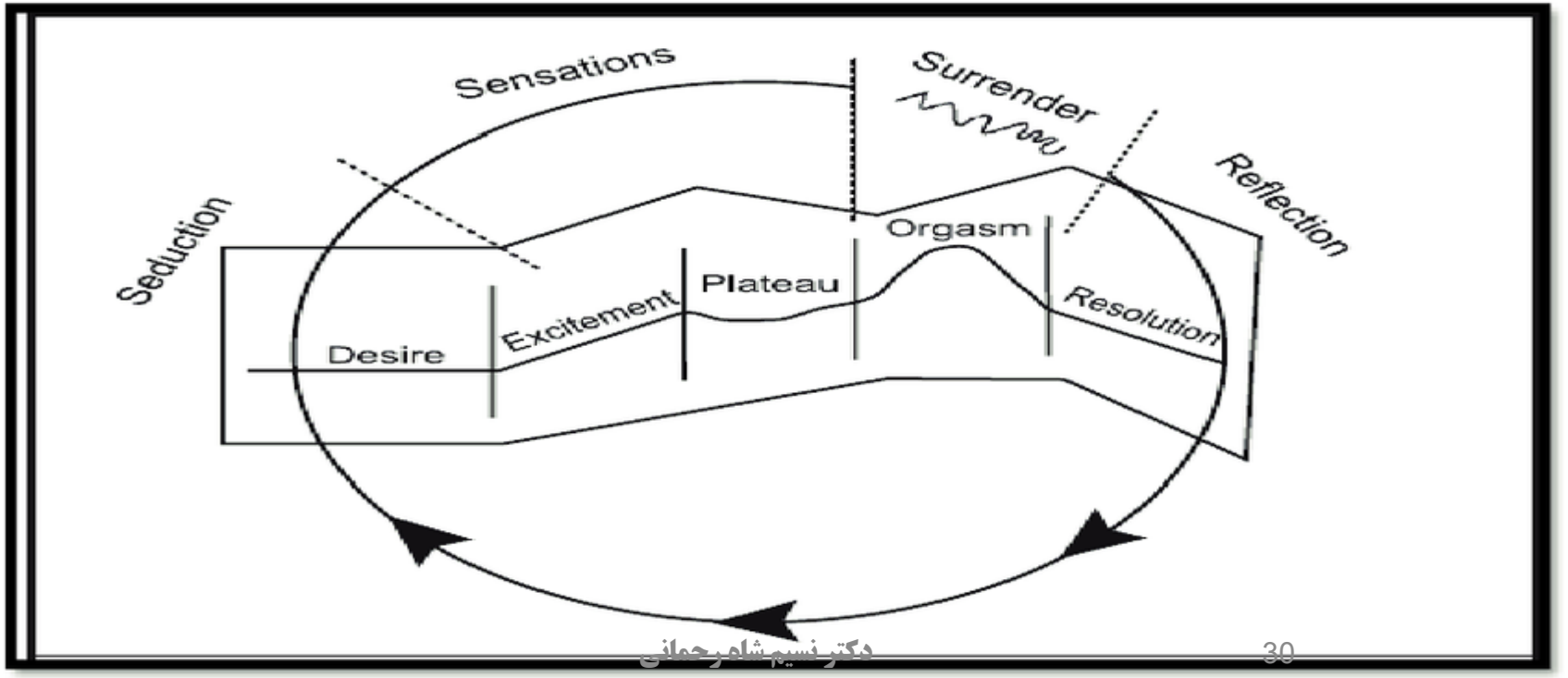
دکتر نسیم شاه رحمانی

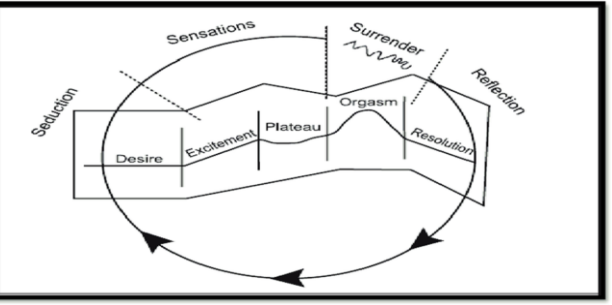


دکتر نسیم شاه رحمانی
ددکتر نسیم شاهرحمانی

مدل دایره‌ای پاسخ جنسی (ویپل و براش-مک‌گریر)

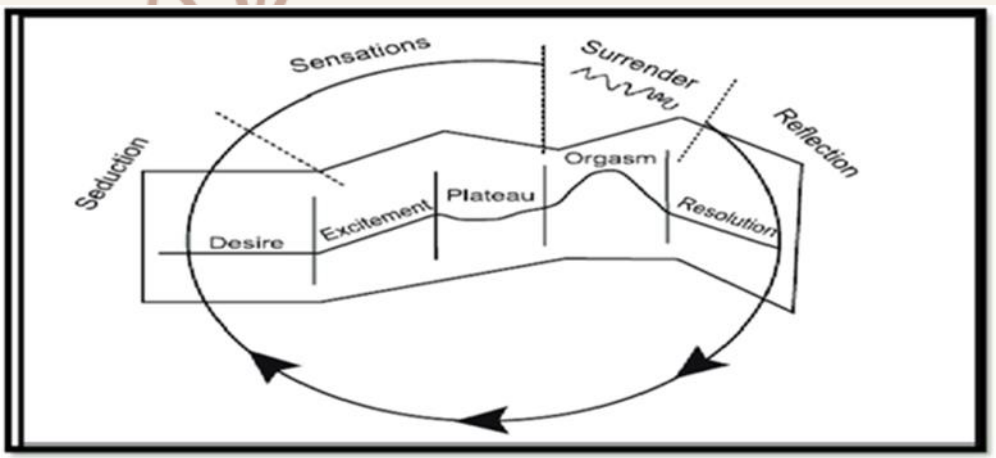
- مدل دایره‌ای، پاسخی به این واقعیت بود که بسیاری از زنان، پاسخ جنسی خود را به صورت خطی (تحریک -> کفه -> ارگاسم) تجربه نمی‌کنند. این مدل بر پایه روانشناسی و هیجانات بنا شده و نشان می‌دهد که رضایت جنسی، یک نیروی محرکه قدرتمند برای میل جنسی در آینده است.
- مراحل اصلی مدل دایره‌ای:
- این مدل، یک چرخه پیوسته را توصیف می‌کند که در آن هر مرحله، به مرحله بعدی و نهایتاً به چرخه بعدی ختم می‌شود.





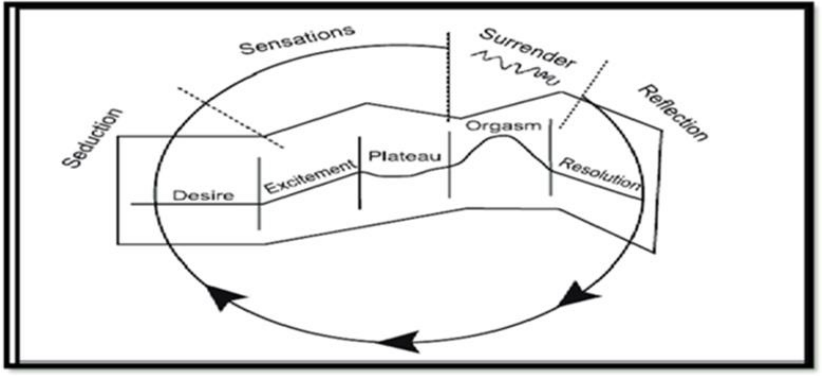
مرحله اغوا (Seduction)

- میل در این مدل یک **نیروی** کاملاً درونی و عاطفی است اما عامل ایجاد میتونه درونی یا بیرونی باشد
- میل یک فرایند چندبعدی و پیچیده است.
- فرد به دلیل مجموعه‌ای از عوامل تحریک‌کننده، تمایل به فعالیت جنسی پیدا می‌کند. این عوامل می‌توانند شامل موارد زیر باشند:
  - ❊ عوامل روانی: نیاز به صمیمیت، ارتباط عاطفی، دوست داشته شدن و توجه از سوی شریک.
  - ❊ عوامل فیزیکی: لمس‌ها، نوازش‌ها و بوسه‌هایی که الزاما جنسی نیستند، اما حس خوب و نزدیکی ایجاد می‌کنند.
  - ❊ عوامل شناختی: خاطرات خوش از تجارب جنسی قبلی و تمایل به تکرار آن.



مرحله تسلیم شدن (Surrender) شامل ارگاسم:

- این مرحله نقطه اوج پاسخ جنسی است. کلمه "تسلیم شدن" به شکلی عمیق‌تر به معنای رها کردن کنترل و اجازه دادن به بدن برای تجربه لذت است. این مرحله می‌تواند شامل ارگاسم باشد، اما لزوماً به آن ختم نمی‌شود.
- ❊ اهمیت: این مدل نشان می‌دهد که لذت در خودِ فرآیند (برانگیختگی و اوج گرفتن) است، نه فقط در لحظه ارگاسم. بسیاری از زنان به دلیل فشارهای اجتماعی یا شخصی، روی رسیدن به ارگاسم متمرکز می‌شوند و این فشار باعث از بین رفتن تجربه لذت و "تسلیم شدن" می‌شود.
- **❊ کاربرد درمانی: در درمان، به زنان آموزش داده می‌شود که فشار رسیدن به ارگاسم را کنار بگذارند و بر روی رها کردن کنترل و لذت بردن از حس‌های بدن خود تمرکز کنند.**



مرحله بازتاب (Reflection) - فرونشینی

- **این مرحله شاید مهم‌ترین بخش مدل دایره‌ای باشد. پس از پایان فعالیت جنسی، فرد در مورد تجربه خود بازتاب می‌کند و آن را ارزیابی می‌کند.** این بازتاب می‌تواند شامل سوالاتی مثل "آیا لذت بردم؟"، "آیا احساس نزدیکی کردم؟" یا "آیا از این تجربه راضی بودم؟" باشد.

- * **ارتباط با مرحله اغوا:** این مرحله به صورت مستقیم با مرحله اغوا در چرخه بعدی مرتبط است.

- * **بازتاب مثبت:** اگر تجربه جنسی لذت‌بخش و رضایت‌بخش باشد، مغز آن را به عنوان یک تجربه مثبت ثبت می‌کند **و میل و "اغوا" برای چرخه بعدی را تقویت می‌کند. این همان اثر تقویت‌کننده است که در متن شما اشاره شد.**

- * **بازتاب منفی:** اگر تجربه جنسی ناخوشایند، دردناک یا غیررضایت‌بخش باشد، میل و انگیزه برای تجربه بعدی کاهش می‌یابد و چرخه تضعیف می‌شود یا به کلی متوقف می‌شود.

- * **کاربرد درمانی:** این مدل به ما می‌آموزد که برای حل مشکلات جنسی، باید به فراتر از خود عمل جنسی نگاه کنیم. بررسی "بازتاب" و احساسات پس از رابطه، کلید اصلی برای درک منشأ کاهش میل و حل مشکلات در روابط است.

اختلالات جنسی

دکتر نسیم شاه رحمانی

دسته‌بندی‌های کلی مشکلات مرتبط با مسائل جنسی DSM-5

۱- کژکاری‌های جنسی (Sexual Dysfunctions)

۲- ملال جنسیتی (Gender Dysphoria)

۳- ناهنجاری‌های جنسی (Paraphilic Disorders)

دکتر نسیم شاه رحمانی

Sexual dysfunctions (DSM 5)

- Female sexual interest/arousal disorder
- Female orgasmic disorder
- Genito-pelvic pain/penetration disorder
- Premature (early) ejaculation
- Erectile disorder (ED)
- Delayed ejaculation
- Male hypoactive sexual desire disorder
- medication induced sexual dysfunction

اختلال میل جنسی/ برانگیختگی در زنان

Female sexual interest/arousal disorder

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

نکته مهم

- ✓ کاهش میل جنسی صرفاً یک "**احساس**" نیست، بلکه می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد.
  مراجعه‌کنندگان احساس کنند که مشکلشان با دارو فقط قابل حل است.
- ✓ کاهش میل و انگیزه جنسی یک تجربه شایع و طبیعی است که ریشه‌های متعددی دارد. هدف این کارگاه، حرکت به سمت درک علمی و عملی این پدیده است.
- ✓ میل جنسی یک فرآیند پیچیده روان‌شناختی و بیولوژیکی می‌دانیم که با آموزش و تمرین قابل تقویت است
- ✓ هدف‌گذاری واقع‌بینانه": **در این فرایند، هدف ما بازگشت ناگهانی میل جنسی نیست، بلکه توانمندسازی مراجع برای مدیریت افکار، احساسات و رفتارهایش و میل جنسیشون تقویت کند**

ملاکهای تشخیص اختلال میل، برانگیختگی در زنان بر اساس DSM-5

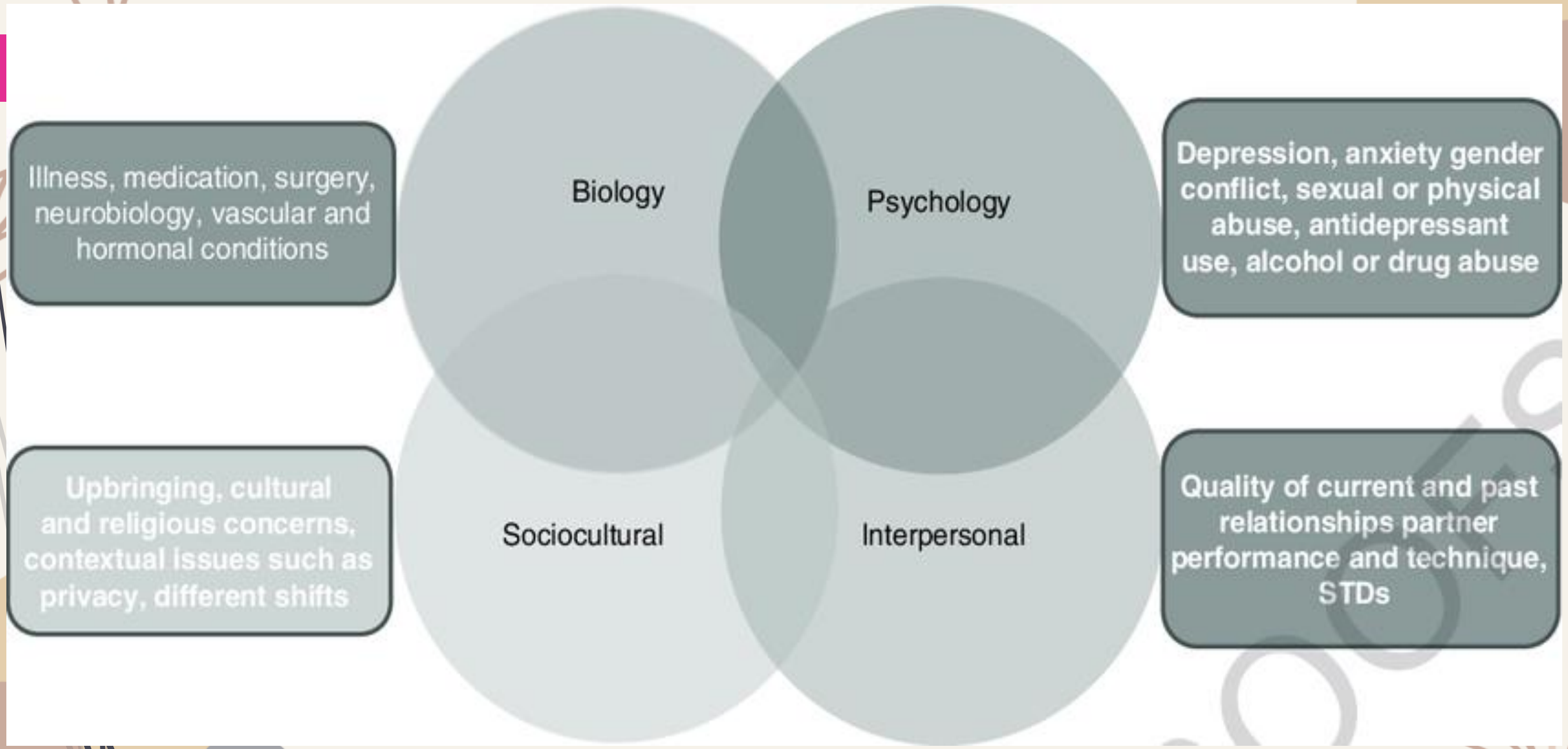
مدت زمان حداقل ۶ ماه

(حدود ۷۵ ٪ تا ۱۰۰ ٪ موارد)

- فرد میل جنسی یا برانگیختگی جنسی ندارد یا بسیار کم است و این موضوع را حداقل در ۳ مورد از موارد زیر نشان میدهد
- ۱- علاقه فرد به فعالیت جنسی کاهش یافته است یا بطور کلی وجود ندارد.
- ۲- افکار یا تخیلات جنسی کاهش یافته بطور کلی وجود ندارد.
- ۳- فرد برای فعالیت جنسی پیش قدم نمی شود.
- ۴- در همه یا تقریبا در همه تعاملات جنسی اصلا هیچان زده نمی شود یا لذت نمی برد
- ۵- در واکنش به هرگونه محرک جنسی بیرونی یا درونی برانگیختگی ندارد.
- ۶- فراوانی یا شدت حسهای بدنی در اندامهای تناسلی کاهش یافته است.

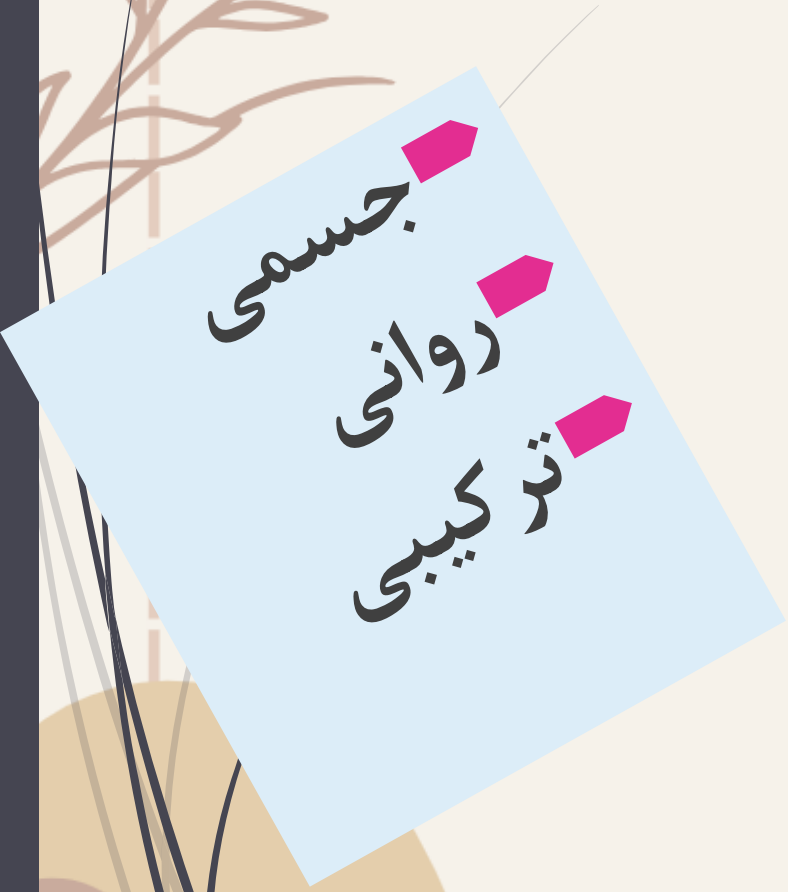
✓ نشانه های معیار ناراحتی شدیدی بوجود آید.

عوامل تاثیر گذار بر میل و برانگیختگی جنسی


Illness, medication, surgery, neurobiology, vascular and hormonal conditions
Biology
Psychology
Depression, anxiety gender conflict, sexual or physical abuse, antidepressant use, alcohol or drug abuse
Upbringing, cultural and religious concerns, contextual issues such as privacy, different shifts
Sociocultural
Interpersonal
Quality of current and past relationships partner performance and technique, STDs

عوامل مختلف که می‌توانند بر میل و برانگیختگی جنسی تاثیر بگذارند

- ✓ عوامل هورمون‌های جنسی (Direct factors with sexual hormones)
- ✓ عوامل روانی (Psychologic factors)
- ✓ عوامل اجتماعی
- ✓ عوامل فرهنگی و معنوی (Cultural & spiritual factors)
- ✓ عوامل ژنتیکی (Genetical factors)
- ✓ عوامل دارویی (Drug factors)
- ✓ سایر عوامل (others)



عوامل هورمونی

- کاهش استروژن در زنان
- سطح پایین هورمون تستوسترون
- افزایش سروتونین
- افزایش کورتیزول
- افزایش پروژسترون
- سطح بالای پرولاکتین

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

کاهش استروژن در زنان

- استروژن یک هورمون جنسی اصلی در زنان است که نقش حیاتی در سلامت جنسی دارد.
- کاهش سطح استروژن، به ویژه در دوران یائسگی، پس از زایمان یا به دلیل مصرف برخی داروها، می‌تواند باعث خشکی واژن، درد حین رابطه جنسی (دیسپارونی)، و کاهش جریان خون به ناحیه تناسلی شود.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

- این عوامل فیزیکی **به طور مستقیم میل جنسی** را کاهش می‌دهند.

سطح پایین هورمون تستوسترون

- تستوسترون، اگرچه به عنوان هورمون جنسی مردانه شناخته می‌شود، اما در بدن زنان نیز در مقادیر کم تولید می‌شود و برای میل جنسی در هر دو جنس ضروری است.
- سطح پایین تستوسترون، به ویژه در زنان، به شدت با کاهش میل جنسی، فانتزی‌های جنسی کمتر و کاهش احساس لذت مرتبط است

در زنان، **تستوسترون از چند محل تولید می‌شود:**

1. **تخمدان‌ها (Ovaries)**

بخش مهمی از تستوسترون مستقیماً در **سلول‌های تکا (Theca cells)** فولیکول‌های تخمدانی تولید می‌شود .

2. **غدد فوق‌کلیوی (Adrenal glands)**

بیشتر به‌صورت **پیش‌سازهای آندروژنی** مثل DHEA و DHEA-S ترشح می‌شوند که در بافت‌های محیطی می‌توانند به تستوسترون تبدیل شوند .

3. **بافت‌های محیطی**

مقداری از آندروژن‌ها در بافت‌هایی مثل **بافت چربی، پوست و عضلات** به تستوسترون تبدیل می‌شوند.

- **افزایش سن و تغییرات مرتبط با یائسگی**
- **برداشتن دوطرفه تخمدان‌ها (اووفورکتومی)**
- برخی اختلالات **هیپوفیز یا غدد فوق کلیوی**

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

افزایش سروتونین

- سروتونین یک انتقال‌دهنده عصبی است که به عنوان "**سروتونین یک انتقال‌دهنده عصبی است که در تنظیم خلق، خواب و برخی رفتارها نقش دارد.**" شناخته می‌شود
- افزایش بیش از حد سروتونین، که اغلب به دلیل مصرف داروهای ضد افسردگی مانند مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs) رخ می‌دهد، یکی از شایع‌ترین دلایل کاهش میل جنسی و اختلالات ارگاسمیک است.
- **افزایش فعالیت سروتونین می‌تواند از طریق تعامل با سیستم دوپامینی و سایر مسیرهای عصبی، در عملکرد جنسی اختلال ایجاد کند .دوپامین در انگیزش، برانگیختگی و برخی مراحل پاسخ جنسی نقش تسهیل‌کننده دارد**
- سروتونین روی مسیر های عصبی دخیل در پاسخ جنسی تاثیر می گذارد افزایش ان منجر به **تاخیر در اوج لذت** و **کاهش حساسیت عصبی** در ناحیه تناسلی میشود
- **رخداد عدم تعادل در سیستم عصبی**

مقدار نرمال در بزرگسالان: ۰ تا ۲۳۰ نانوگرم در میلی‌لیتر (ng/mL)

دکتر نسیم شاه رحمانی

افزایش کورتیزول

- کورتیزول به عنوان "هورمون استرس" شناخته می‌شود. سطوح بالای مزمن کورتیزول، که در اثر استرس طولانی‌مدت، افسردگی یا برخی بیماری‌ها رخ می‌دهد، می‌تواند تأثیر منفی شدیدی بر میل جنسی داشته باشد.
- کورتیزول می‌تواند تولید تستوسترون را مهار کرده و به طور مستقیم میل و عملکرد جنسی را کاهش دهد.

- ✓ آزمایش خون (صبح حدود ساعت ۸): ۵ تا ۲۵ میکروگرم در دسی‌لیتر (mcg/dL)
- ✓ آزمایش خون (عصر حدود ساعت ۴): ۳ تا ۱۰ میکروگرم در دسی‌لیتر (mcg/dL)

افزایش پروژسترون

افزایش پروژسترون اثر بر سیستم عصبی مرکزی تعدیل انتقال‌دهنده‌های عصبی و کاهش برانگیختگی جنسی

کاهش میل جنسی در برخی زنان

- پروژسترون روی گیرنده‌های **GABA-A** اثر می‌گذارند .
- افزایش فعالیت GABA-A می‌تواند موجب **کاهش تحریک‌پذیری عصبی، آرام‌بخشی و کاهش برانگیختگی** شود .
- پروژسترون همچنین می‌تواند در تعادل عملکرد **دوپامین و سایر مسیرهای مرتبط با انگیزش و پاداش جنسی** نقش داشته باشد .
- بنابراین، در برخی زنان افزایش پروژسترون ممکن است با **کاهش میل و برانگیختگی جنسی** همراه شود؛ البته این رابطه **قطعی و یکسان در همه زنان نیست .**

فرمول خیلی خلاصه برای اسلاید:

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

↑پروژسترون – ↑ آلوپرگنانولون – ↑ GABA-A – ↓ تحریک‌پذیری CNSو برانگیختگی – ↓ میل جنسی

دکتر نسیم شاه رحمانی

پرولاکتین بالا

- می‌تواند تولید هورمون‌های جنسی کلیدی مانند **تستوسترون و استروژن** را سرکوب کند.
- * اثر بر دوپامین: دوپامین یک انتقال‌دهنده عصبی است که نقش حیاتی در سیستم پاداش و لذت مغز و همچنین در برانگیختگی و میل جنسی دارد. پرولاکتین اثر مهارکننده مستقیم بر دوپامین دارد.
- در شرایطی که سطح پرولاکتین بالاست، فعالیت دوپامین کاهش می‌یابد و فرد احساس لذت و اشتیاق کمتری نسبت به فعالیت جنسی دارد

1. آدنوم هیپوفیز (Pituitary Adenoma)
2. هیپوتیروئیدی (Hypothyroidism) یا کم‌کاری تیروئید
3. سیروز کبدی (Liver Cirrhosis)
4. افسردگی (Depression)

عوامل روانی (Psychologic factors)

- افسردگی
- اضطراب و استرس
- وسواس
- تجربیات جنسی منفی گذشته
- تصویر بدنی ضعیف
- ترس از بارداری
- غم و اندوه سوگ

عوامل روانی (Psychologic factors) ادامه

- باورها و نگرش های منفی به رابطه جنسی
- افکار ناکارامد جنسی
- معترضین خاموش

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

عوامل روانی (Psychologic factors) ادامه

- ترس از دست دادن کنترل
- تمرکز بیش از حد بر عملکرد جنسی(خود تماشاگری)
- وجود افکار مزاحم در حین رابطه جنسی
- نشخوار فکری
- عدم توانایی خیالپردازی جنسی
- فقدان جرات ورزی و عزت نفس جنسی
- اضطراب عملکردی
- طرحوار های شناختی ناکارامد
- فقدان تمرکز و توجه

اضطراب عملکردی (Performance Anxiety) یعنی فرد به‌جای تمرکز بر **لذت، صمیمیت و تجربه رابطه جنسی**، بیش از حد نگران این است که (آیا می‌توانم به‌خوبی عمل کنم یا نه؟)

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

عوامل روانی (Psychologic factors) ادامه

- هیجانات منفی
- احساس بد نسبت به الت
- سندرم بیوه ها **Widowers syndrome**–Widows syndrome
- **Madonna- whore complex**
-

عوامل روانی (Psychologic factors) ادامه

جرأت‌ورزی جنسی (Sexual Assertiveness)

- جرأت‌ورزی جنسی به توانایی فرد برای بیان آشکار و صادقانه خواسته‌ها، نیازها، نگرانی‌ها و محدودیت‌های خود در زمینه جنسی اشاره دارد.
- این یک مهارت ارتباطی است که به فرد اجازه می‌دهد در یک رابطه جنسی، یک "عامل فعال" باشد نه یک "پذیرنده منفعل".

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

عوامل همانندسازی روانی (Psychologic factors) ادامه

عزت نفس جنسی (Sexual Self-Esteem)

- عزت نفس جنسی به میزان ارزشی که فرد برای خود به عنوان یک موجود جنسی قائل است، اشاره دارد.
- این شامل احساس شایستگی، جذابیت و صلاحیت در زمینه جنسی است.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

عوامل همانندسازی روانی (Psychologic factors) ادامه

اعتماد به نفس (Self-Confidence)

- اعتماد به نفس به معنای باور فرد به توانایی خود برای انجام یک کار یا دستیابی به یک هدف خاص است
- فرد ممکن است در زمینه شغلی اعتماد به نفس بالایی داشته باشد اما در زمینه اجتماعی یا جنسی اعتماد به نفس پایینی داشته باشد.

این سه مفهوم به صورت یک زنجیره عمل می‌کنند:

- ❊ عزت نفس (پایه): "من به عنوان یک انسان ارزشمند هستم و شایسته لذت جنسی و احترام هستم."
- ❊ اعتماد به نفس (مهارت): "من به توانایی خودم برای برقراری ارتباط و انجام درست رابطه جنسی باور دارم."
- ❊ جرأت‌ورزی (عمل): "من می‌توانم خواسته‌ها و محدودیت‌هایم را به شریکم بیان کنم."
- بنابراین، برای داشتن یک زندگی جنسی سالم و رضایت‌بخش، تقویت هر سه مفهوم ضروری است

سایر عوامل

- ترس و انزجار جنسی(تجربه یا سابقه خشونت جنسی در کودکی یا بزرگسالی)
- ازار و اذیت فیزیکی مثل کتک خوردن
- سو استفاده روحی و روانی
- عوامل استرس زا در کودکی (مراقبان کودک/ والدین نا اگاه/ سرکوب خود ارضایی های کودک به صورت وحشتناک)
- تمایلات هموسکسوالیتی

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

عوامل اجتماعی و رابطه ای

- ❊ مسائل مربوط به رابطه و تعارضات (Relationship conflicts)
- ❊ تغییرات عمده زندگی (Major life changes)
- ❊ فشارهای شغلی یا مالی (Job or financial stress)

علل بین فردی و رابطه ای

- مهارتها و عملکرد جنسی ضعیف در شریک جنسی nonskillful sex
- فقدان صمیمیت بین زوجین
- 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 همسر
- عدم علاقه به همسر، تمرکز بر ویژگی های منفی همسر
- عدم توافق زوجین در زمان و مکان و نوع ارتباط جنسی
- ترس از عدم توانایی براورده ساختن انتظارات جنسی

تجربیات فرهنگی و مذهبی (Cultural & religious experiences):

- برخی آموزه‌های فرهنگی یا مذهبی می‌توانند احساس گناه یا شرم را در مورد رابطه جنسی ایجاد کنند.
- نقش‌های جنسیتی و انتظارات ناشی از فرهنگ (Gender roles & expectations)
- نگرش های منفی خانواده پیرامون جنسیت و روابط جنسی
- فرهنگ مردسالارانه
- ارزش های درونی شده توسط والدین و جامعه
- * تربیت و تابوهای فرهنگی: صحبت نکردن در مورد رابطه جنسی در خانواده و جامعه می‌تواند باعث ایجاد شرم و عدم آگاهی شود.
- * نقش‌های جنسیتی سختگیرانه: برخی فرهنگ‌ها از زنان انتظار دارند که در رابطه جنسی منفعل باشند و این می‌تواند به سرکوب میل جنسی منجر شود.

تجربیات فرهنگی و مذهبی (Cultural & religious experiences):

* تأثیر رسانه‌ها و پورنوگرافی: مصرف بیش از حد پورنوگرافی می‌تواند انتظارات غیرواقع‌بینانه‌ای از رابطه جنسی ایجاد کند و به نارضایتی منجر شود.

* آموزش جنسی ناکافی: عدم آموزش مناسب در مورد بدن، لذت و رابطه جنسی می‌تواند باعث کاهش اعتماد به نفس و میل شود.

* فشارهای ازدواج سنتی: در برخی فرهنگ‌ها، ازدواج تنها با هدف تولید مثل انجام می‌شود و نه به خاطر صمیمیت، که می‌تواند بر کیفیت رابطه جنسی تأثیر بگذارد..

آموزه‌ها و باورهای عامیانه مرتبط با مسائل جنسی

- ✓ رابطه جنسی باید طبیعی و خودجوش باشد نه درخواستی.
- ✓ هر تماس بدنی باید به نزدیکی جنسی منجر شود و رابطه جنسی همیشه مساوی است با نزدیکی (دخول)!
- ✓ مردان همیشه برای رابطه جنسی آماده‌اند و مسئولیت درخواست، اجرا و هماهنگی نزدیکی جنسی بر عهده مرد است.
- ✓ چنانچه مرد برای آمیزش جنسی از خود تمایل نشان دهد، زن باید بدون درنگ به این خواسته همسرش تن در دهد.
- ✓ رابطه جنسی برای لذت بردن مرد است، وظیفه زن تنها ارضای نیاز جنسی مرد است.
- ✓ زن باید به‌محض نعوظ عضو جنسی همسرش، فوراً آماده دخول عضو جنسی همسرش در واژن باشد و به چگونگی آمادگی واژن اهمیتی ندهد.
- ✓ اگر زن نتواند به اوج لذت جنسی (ارگاسم) برسد، باید تظاهر به ارگاسم کند.
- ✓ زنان انتظار دارند که مردان همه‌چیز را در مورد رابطه جنسی بدانند.
- ✓ مرد بهتر است که بعضی احساسات را نداشته باشد یا ابراز نکند.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

آموزه‌ها و باورهای عامیانه مرتبط با مسائل جنسی

- ✓ انجام دادن رابطه جنسی در موقعیت‌های متنوع (پوزیشن‌های مختلف) ناپسند است.
- ✓ زن در رابطه جنسی باید وقار و منزلت خویش را حفظ نماید و باید همیشه منتظر بماند تا مرد رابطه جنسی را شروع کند.
- ✓ زن باید بنا به درخواست همسرش جذاب و مطیع مرد باشد.
- ✓ برای انجام رابطه جنسی بین زوجین، نعوظ مرد ضروری است.
- ✓ رابطه‌ای خوب است که منجر به ارگاسم شود.
- ✓ رابطه‌ای خوب است که هر دو زوجین (ترجیحاً همزمان) به ارگاسم برسند.
- ✓ مردی که تمایل جنسی‌اش به نسبت به همسرش کمتر باشد، مشکل دارد.
- ✓ زن خوب به رابطه جنسی تمایلی ندارد.
- ✓ دختر خوب ازنظر جنسی تحریک نمی‌شود و حین رابطه جنسی حرکتی ندارد.
- ✓ زن نباید به مرد احساسات نشان دهد وگرنه مرد سکس می‌خواهد.
- ✓ هر چه عضو جنسی مرد بزرگ‌تر باشد، زن بیشتر تحریک می‌شود.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

بیماری و اختلالات شایع منجر به کاهش میل و برانگیختگی در زنان

- شرایط پزشکی که منجر به درد یا خستگی مزمن می شود
- آرتریت روماتوئید (Rheumatoid Arthritis)
- نارسایی قلبی (Heart failure)
- نوروپاتی دیابتی (Diabetic neuropathy)
- نارسایی مزمن کلیه (Chronic kidney disease
- اندومتریوز(درد مزمن لگنی و دیسپارونیا)

بیماری و اختلالات شایع منجر به کاهش میل و برانگیختگی در زنان

- عفونت های واژن: دیسپارونی و احساس زخم شدگی و سوزش در حین رابطه
- واژینیت باکتریایی (Bacterial vaginosis)
- واژینیت آتروفیک (Atrophic vaginitis)
- کاندیدا
- مطالعات در مجله Sexually Transmitted Infections نشان می‌دهند که تشخیص STI می‌تواند به طور قابل توجهی بر سلامت روانی و عملکرد جنسی فرد تأثیر بگذارد، به ویژه به دلیل ترس از قضاوت و انتقال بیماری.

سایر اختلالات شایع منجر به کاهش میل و برانگیختگی در زنان

- کموتراپی (عوارض جانبی داروها-تغییر تفسیر بدنی-یائسگی-تاثیر روانی)
- بیماری آدیسون (کاهش تستوسترون و DHEA (DHEAیک پیش‌ساز هورمونی است که در غدد فوق کلیوی تولید می‌شود و می‌تواند به تستوسترون تبدیل شود)

سطوح پایین انرژی جنسی (Low Sexual Energy)

انرژی جنسی بیشتر به یک مفهوم فیزیکی و فیزیولوژیک اشاره دارد که ترکیبی از انرژی جسمی (Physical Energy) و آمادگی فیزیولوژیک برای پاسخ جنسی است. این مفهوم فراتر از صرفاً میل درونی است و به توانایی بدن برای پاسخ و عملکرد مناسب مربوط می‌شود.

شایعترین داروهای کاهش دهنده میل و برانگیختگی جنسی

۱. داروهای اعصاب و روان

- این داروها با تأثیر بر مواد شیمیایی مغز (نوروترانسمیترها) می‌توانند به طور مستقیم بر میل جنسی تأثیر بگذارند.
- ❊ ضدافسردگی‌ها (**Antidepressants**):
- **SSRI** * ها (**Selective Serotonin Reuptake Inhibitors**): این داروها با افزایش سطح سروتونین در مغز کار می‌کنند، سروتونین زیاد می‌تواند فعالیت دوپامین را سرکوب کند، که یک انتقال‌دهنده عصبی کلیدی برای میل جنسی است.
- ❊ مثال: فلوکستین (**Prozac**)، سرترالین (**Zoloft**)، پاروکستین (**Paxil**).

شایعترین داروهای کاهش دهنده میل و برانگیختگی جنسی (ادامه)

- ضدافسردگی‌های سه حلقه ای (Tricyclic Antidepressants) :این داروها نیز می‌توانند با مکانیسم‌های مختلفی بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارند.
- * این داروها با مسدود کردن گیرنده‌های دوپامین کار می‌کنند که می‌تواند باعث کاهش میل جنسی و افزایش سطح پرولاکتین شود. افزایش پرولاکتین به طور مستقیم میل جنسی را کاهش می‌دهد.

شایعترین داروهای کاهش دهنده میل و برانگیختگی جنسی (ادامه)

۲. داروهای فشار خون

- این داروها با تأثیر بر جریان خون و سیستم عصبی، می‌توانند بر برانگیختگی و میل جنسی تأثیر بگذارند.
- کاهش ضربان قلب و فشار خون، می‌توانند باعث کاهش جریان خون به اندام‌های تناسلی و در نتیجه کاهش برانگیختگی شوند.

۳. داروهای شیمی‌درمانی

- برخی از داروهای شیمی‌درمانی به طور مستقیم بر هورمون‌ها یا عملکرد کلی بدن تأثیر می‌گذارند.
- ❊ مثال: سیس پلاتین (Cisplatin)، متوترکسات (Methotrexate).

- این داروها می‌توانند به تخمدان‌ها آسیب بزنند و باعث یائسگی زودرس شوند، که منجر به کاهش شدید استروژن و تستوسترون می‌شود.

۴. داروهای دارای خواص آنتی‌کولینرژیک و انتی الرژی

این داروها سیستم عصبی پاراسمپاتیک را مهار می‌کنند که در فرآیند برانگیختگی جنسی و روان‌کاری واژن نقش دارد.

* مثال: آنتی‌هیستامین‌ها مانند دیفن‌هیدرامین (Diphenhydramine).

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

۵. مخدرها و۶. سایر داروها

❊ مواد مخدر می‌تواند سطح هورمون‌ها را کاهش داده و به طور کلی بر عملکرد جنسی تأثیر منفی بگذارد.

❊ مثال: متادون (Methadone)، مورفین (Morphine).

* توضیح: استفاده طولانی‌مدت از این مواد می‌تواند سطح تستوسترون را در زنان و مردان به شدت کاهش دهد.

❊ داروهای کاهنده کلسترول:

❊ مثال: استاتین‌ها (مانند لوواستاتین).

❊ توضیح: برخی مطالعات نشان می‌دهند که استاتین‌ها با کاهش سطح کلسترول، که پیش‌ساز هورمون‌های جنسی است، می‌توانند بر میل جنسی تأثیر بگذارند، هرچند شواهد در این زمینه هنوز قطعی نیست.

❊ کورتیکواستروئیدها (Corticosteroids):

* استفاده طولانی‌مدت از این داروها می‌تواند تولید هورمون‌های جنسی را سرکوب کند.

❊ داروهای ضد اسید معده

نکته مهم در هنگام بررسی کیس های کاهش میل جنسی

زیر ۵۰ سال علل سایکولوژیک

بالای ۵۰ سال علل بیو لوژیک

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

در این موضوع سوالاتی مطرح هستند

میل جنسی نرمال چیست؟

ایا مثل قد و وزن انسان ها توزیع نرمال دارند ؟

سوالاتی که ممکنه از ما بپرسند

- بقیه چقدر رابطه‌ی جنسی دارند ؟
- زندگی جنسی ما در مقایسه با دیگران خوب است یا بد؟
- نکند این موضوع انقدری که برای دیگران مهم است برای ما مهم نباشد؟
- و چه مقدار رابطه‌ی جنسی در رابطه‌ی طولانی مدت طبیعی است؟

- **هر تعداد رابطه‌ای که برای هر دوی شما رضایت خاطر به همراه دارد نرمال و طبیعی است**
- **در حالت ایده‌آل مردان ۴ تا ۵ بار در هفته و زنان ۱ تا ۲ بار در هفته خواهان رابطه جنسی هستند**

ارزیابی همه جانبه اختلال جنسی

چه زمانی باید اختلال میل و برانگیختگی را برای درمان جدی گرفت

- این کاهش میل جنسی باعث اذیت و آزار زوجین شوند و در موارد زیر اختلال ایجاد کنند
- **زندگی روزمره**
- **شغل**
- **تحصیل**
- **رابطه بین زوجین**

ملاکهای تشخیص اختلال میل / برانگیختگی در زنان بر اساس DSM-5

گام اول

شرح حال

مشکل اصلی که مراجعه کردن؟

۱- ایا فرد واقعا دچار یک اختلال جدی است؟

۲- چه تشخیص اولیه برای این اختلال مطرح میکنید؟

مشخص کنید که ماهیت این اختلال کدام است(سیر بیماری فعلی)

- **مادام العمر**: ابن اختلال از زمان نخستین فعالیت جنسی فرد وجود داشته است.
- **اکتسابی**: این اختلال پس از دوره ای از کارکرد به نسبت بهنجار بروز کرده است.
- **فراگیر**: محدود به انواع خاصی از تحریکات موقعیتها با شرکای جنسی نیست.
- **موقعیتی**: تنها با نوع معینی از تحریکات موقعیتها یا شرکای جنسی روی می دهد.

شدت فعلی را مشخص کنید

- متوسط
- شدید
- خفیف

ایا اختلال قابل درمان است

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

گام دوم



ارزیابی نحوه نزدیکی

قدم بعدی در مصاحبه تعیین جزئیات دقیق نحوه نزدیکی طرفین است در این بخش امکان مشاهده کامل چگونگی بده بستانهای طرفین و اطلاع از تصورات ذهنی و احساسات روحی فرد وجود دارد که از این لحاظ بر معاینه جسمی برتری دارد.

ارزیابی نحوه نزدیکی علاوه بر تحلیل رفتارها سرنخهایی از وجود تعارضات درونی احتمالی و تقابل های ناخودآگاه طرفین نسبت به یکدیگر بدست می آید

پزشک آخرین باری که شما دو تا با هم معاشقه کردید کی بود؟ مثل همیشه بود؟ میتوانید جزئیات آن را برای من شرح دهید؟ دوست دارم جوری برای من توضیح دهید عین آنکه تصویر آن را روبرویم می بینم.

میخواهم هر کدام از زبان خود برایم تعریف کنید

در ارزیابی نحوه نزدیکی

مراحل کنش جنسی را لمس کنید

- میل
- برانگیختگی
- ارگاسم

- به ندرت مراجعه کننده خود بخود جزئیات مورد نیاز را بیان میکند باید کاملاً درک کرد مردم تمایلی به بازگویی جزئیات روابط جنسی خصوصی خود ندارند و مایل به صحبت کردن از نواقص و ناتوانیهای جنسی در مقابل همسرشان نیستند باید بتوان آنها را تشویق کرد بدون احساس ناراحتی جزئیات مورد نیاز در مورد رابطه جنسی خود را شرح دهند همزمان پزشک باید کنترل مصاحبه را در دست داشته باشد و با دنبال کردن سؤالات اساسی از حاشیه پردازی که بیشتر ناشی از آشفته حالی و اضطراب بیمارست جلوگیری کند.

در ارزیابی نحوه نزدیکی

درمانگر تا به تمامی از کم و کیف نحوه نزدیکی زوج آگاهی پیدا نکرده است نباید وارد مرحله بعدی شود اطلاعاتی که او در این مرحله نیاز دارد شامل این موارد است

- رفتارها، احساسات و طرز تفکرشان، بده بستان ها و واکنشهای جسمی شان؛
- آنچه انجام میدهند طرز تلقی و نوع واکنش هایشان
- میزان حساسیت طرفین نسبت به هم، توانایی خواندن افکار یکدیگر،قدرت ارتباط برقرار کردن با هم؛
- در صورت بروز در چه مرحله ای اضطراب رخ میدهد، آنها با این اضطراب چه میکنند؟
- چه جور تخیلاتی دارند برای بیان این تخیلات چقدر راحت یا ناراحت هستند؛ چه چیزی برانگیزاننده میل جنسی آنهاست
- آیا دچار خشم و ناامیدی اند؛ آیا خیلی نگران ارضاء کردن طرف دیگرند

در ارزیابی نحوه نزدیکی

- زمانی که همسر شما با اشاراتی به شما می رساند که رابطه جنسی می خواهد از ذهن شما چه می گذرد
- جه هیجاناتی تجربه می کنید



Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

شناخت ها

شناخت ها شامل روش های است که فرد در مورد خود، رابطه و رابطه جنسی فکر میکند



هدف از ارزیابی این شناخت ها این است فرض ها و استاندارد ها و ادراک و انتظارات کشف شوند

- استاندارد غیر منعطف، کمالگرایانه و غیر واقع بینانه در شکل گیری کژکاری جنسی سهیم هستند

- مثال
- شوهر انتظاردارد زنش در هر رابطه جنسی ارگاسم تجربه کند
- همسران همیشه میل داشته باشند
- مرد بیست دقیقه دخول قدرتمندانه داشته باشد



- میانگین نرمال دخول ۳ تا ۷ دقیقه است

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

اصول رابطه به اندازه کافی خوب (GES) به زوجین کمک میکند تا انتظارات غیر واقع بینانه بودن و شناخت هاشون را به چالش بکشند

۱- رابطه جنسی لازم نیست کامل باشد(هر بار رابطه همه‌چیز "ایده‌آل" باشد)

۲- به چالش کشیدن باورهای غیرواقع‌بینانه

۳- پذیرش نوسان میل و عملکرد جنسی

۴- تمرکز بر رضایت و ارتباط، نه عملکرد

۵- کاهش فشار برای «عملکرد جنسی»(نعوظ-ارگاسم)

۶- تعریف شخصی از رابطه جنسی خوب

گام سوم

سوالات مناسب جهت ارزیابی بالینی اولیه

- هرچند وقت یکبار رابطه جنسی دارید؟ دلیل شما برای برقراری رابطه جنسی چیست؟
- چرا فکر میکنید میل جنسی شما پایین است؟ فکر میکنید علت کاهش میل جنسی شما چه چیزی بوده
- هر چند یکبار شما احساس میکنید میل یا علاقه به برقراری رابطه جنسی دارید
- زمانی که دارید رابطه برقرار می کنید میتونید احساس کنید که میل به رابطه دارید
- فکر میکنید میل شما بیشتر خود انگیخته است یا پاسخی نسبت به رفتار شریک جنسیتان؟

سوالات مناسب جهت ارزیابی بالینی اولیه (ادامه)

- مشکل اختلال در میل و برانگیختگی جنسی شما از **کی** شروع شده است(اولیه یا ثانویه)
- **اولین بار چی** شد که فکر کردین میل جنسی در شما کم شده است
- اخرین باری که نسبت به همسرتان تمایل داشتید کی بوده
- کاهش میل جنسی در شما تدریجی بوده یا با سرعت بوده
- میل جنسی شما اوایل رابطه جنسی با همسرتون به چه شکل بوده
- هر چند وقت یکبار در مورد رابطه جنسی و یا تصورات عاشقانه به ان فکر میکنید

سوالات مناسب جهت ارزیابی بالینی اولیه(ادامه)

- **چه نوع فعالیت جنسی و چه نوع تماس فیزیکی** سبب برانگیختگی جنسی در شما می شود
- ایا همسر شما قبل از نزدیکی به اندازه کافی برای برانگیختگی شمارو نوازش میکند
- اگر همسر شما بیشتر خواسته های شما رو برآورده سازد باز در برانگیختگی جنسی مشکل خواهید داشت
- معمولا چگونه تحریک میشوید؟چقدر طول میکشد که تحریک شوید
- آیا شما در حین تحریک جنسی از نظر فیزیکی و روانی برانگیختگی جنسی پیدا می کنید
- در طول رابطه حواس خود را میتوانید مطعوف به رابطه کنید
- چه چیز های در طول رابطه سبب بهم خوردن تمرکز شما می شود
- زمانی که تمرکزتون بهم میخوره به چه چیزی فکر میکنید

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

گام چهارم

ارزیابی و معاینه طبی (بررسی پزشکی و هورمونی)

ایا اختلال منشا جسمی یا روانی یا رابطه ای داره؟

بررسی روان‌شناختی

- در مورد افکارمددجو در مورد مسائل جنسی
- اولین بار کی کجا و چطوری با مسائل جنسی اشنا شده است
- در مورد طرز فکر و تربیت خانوادگی در مورد مسائل جنسی
- رابطه پدر و مادرتون و سایر اعضا خانواده با هم و با شما
- استرس
- اضطراب
- وسواس
- سابقه بیماری روانی

بررسی روابط بین فردی وکیفیت روابط زناشویی

- ***Time tabling***
- ***Interpersonal roles***
- ***Intimacy model***
- ***اولین رابطه جنسی بین زوجین چطور اتفاق افتاده است***

Time Tabling زمان‌بندی رابط

یعنی زوجین **زمان مشخصی را برای باهم بودن و صمیمیت** در برنامه قرار دهند.

این تکنیک مخصوصاً وقتی مفید است که زوج به دلیل کار، فرزند، خستگی یا مشغله، فرصت کافی برای صمیمیت ندارند.

نکته مهم این است که **زمان‌بندی الزاماً به معنی تعیین وقت اجباری برای رابطه جنسی نیست**؛ می‌تواند زمان اختصاصی برای گفت‌وگو، لمس، بغل کردن، معاشقه یا رابطه جنسی باشد.

مثال:

زوج توافق می‌کنند هفته‌ای دو زمان مشخص را فقط به صمیمیت دونفره اختصاص دهند، بدون موبایل و مسئولیت‌های روزمره.

Interpersonal Roles نقش‌های بین‌فردی

یعنی بررسی اینکه **هر یک از زوجین در رابطه چه نقشی بر عهده گرفته‌اند و این نقش‌ها چگونه بر صمیمیت و رابطه جنسی اثر می‌گذارند.**

مثلاً:

- یکی همیشه نقش **آغازگر رابطه جنسی** را دارد .
- دیگری معمولاً نقش **پذیرنده یا منفعل** دارد .
- یکی نقش مراقبت‌کننده و دیگری وابسته‌تر است .
- مسئولیت‌های خانه و فرزندان به‌طور نابرابر تقسیم شده‌اند .

مشکل زمانی ایجاد می‌شود که این نقش‌ها **خشک، نابرابر یا ناخواسته** شوند.

هدف درمان:

کمک به زوج برای ایجاد **نقش‌های انعطاف‌پذیر، مشارکت متقابل و بیان آزادانه نیازها.**

Intimacy Model مدل صمیمیت

این مدل بر این ایده تأکید دارد که **صمیمیت فقط رابطه جنسی نیست**؛ بلکه از چند مؤلفه تشکیل می‌شود:

خودافشایی – پاسخ‌دهی شریک – احساس درک‌شدن و پذیرفته‌شدن – افزایش صمیمیت – افزایش امنیت و نزدیکی

مثلاً:

زن می‌گوید:
(این روزها خیلی خسته‌ام و احساس می‌کنم از هم فاصله گرفته‌ایم)

اگر همسر پاسخ دهد:
(می‌فهمم که خسته‌ای؛ بیا امشب فقط کمی با هم باشیم)

زن احساس می‌کند **شنیده، درک و پذیرفته شده است** و این می‌تواند صمیمیت عاطفی را افزایش دهد.

معاینه فیزیکی دستگاه تناسلی

معاینه دستگاه تناسلی از نظر عفونت های واژن

تست های ازمایشگاهی مورد نیاز بررسی برای اختلالات میل و برانگیختگی

CBC

FBS

HbA1c

LH

FSH

PRL

TSH

ALT-AST-UA/UC

Estrogen

Total and Free Testosterone

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

Estradiol (E2)

مورد	مقدار تقریبی (Adults)	واحد معمول	ملاحظات / روش
زنان — فولیکولار (روز 3)	150 – 20	pg/mL	فاز سیکل ضروری — روش: immunoassay یا LC-MS/MS (برای مقادیر پایین LC-MS/MS بهتر)
زنان — اوولاسیون (peak)	750 – 150	pg/mL	اوج در حوالی LH surge
زنان — لوتئال	450 – 30	pg/mL	نمونه‌گیری فاز لوتئال (مثلاً روز 21 در سیکل 28 روزه)
زنان یائسه	< 30 – 20	pg/mL	غالباً نزدیک حد تشخیص؛ LC-MS/MS توصیه می‌شود

آزمایش	کمتر از نرمال	محدوده نرمال	بیشتر از نرمال
استروژن (pg/ml)	کمتر از ۳۰ (قبل یائسگی) کمتر از ۰ (بعد یائسگی)	۳۰ تا ۴۰۰ (قبل یائسگی) ۰ تا ۳۰ (بعد یائسگی)	بیشتر از ۴۰۰ بیشتر از ۳۰
پروژسترون (ng/dl)	کمتر از ۱۵ (فاز فولیکولار) کمتر از ۲۰۰ (فاز لوتئال)	۱۵ تا ۷۰ (فاز فولیکولار) ۲۰۰ تا ۲۵۰۰ (فاز لوتئال)	بیشتر از ۷۰ بیشتر از ۲۵۰۰
تستوسترون (ng/dl)	کمتر از ۰.۳	۰.۳ تا ۱.۹	بیشتر از ۱.۹
LH (IU/L)	کمتر از ۱.۶۸ (فولیکولار) کمتر از ۲۱.۹ (میانه دوره) کمتر از ۱۴.۲ (یائسگی)	۱.۶۸ تا ۱۵ (فولیکولار) ۲۱.۹ تا ۵۶.۶ (میانه دوره) ۱۴.۲ تا ۵۲.۳ (یائسگی)	بیشتر از ۱۵ بیشتر از ۵۶.۶ بیشتر از ۵۲.۳
FSH (IU/L)	کمتر از ۱.۳۷ (فولیکولار) کمتر از ۶.۱۷ (میانه دوره) کمتر از ۱۹.۳ (یائسگی)	۱.۳۷ تا ۹.۹ (فولیکولار) ۶.۱۷ تا ۱۷.۲ (میانه دوره) ۱۹.۳ تا ۱۰۰.۶ (یائسگی)	بیشتر از ۹.۹ بیشتر از ۱۷.۲ بیشتر از ۱۰۰.۶
پرولاکتین (ng/ml)	کمتر از ۰	۰ تا ۲۵	بیشتر از ۲۵
کورتیزول (mcg/dL)	کمتر از ۵ (صبح) کمتر از ۳ (عصر)	۵ تا ۲۳ (صبح) ۳ تا ۱۳ (عصر)	بیشتر از ۲۳ بیشتر از ۱۳

گام پنجم

ابزارهای بررسی(پرسشنامه)

- پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی زنان (SQOL-F)
- پرسشنامه رضایت جنسی لارسون (LSSQ)
- مقیاس عملکرد جنسی زنان (FSFI)
- پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا (ASEX)
- پرسشنامه نشانه های آغازگر میل جنسی (CSDS)
- پرسشنامه مسائل جنسی(MSQ)
- توانایی برانگیختگی جنسی هالبرت

مداخلات درمانی بر اساس علل (Targeted Interventions)

اگر علت هورمونی یا دارویی بود: بازگرداندن تعادل هورمونی و مدیریت عوارض جانبی داروها

اگر علت روان‌شناختی یا مربوط به روابط بود مداخلات درمانی شناختی رفتاری

مداخلات درمانی دارویی در کنار مشاوره روان شناختی



Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

Dual Control Model

- معرفی "مدل دوجانبه میل جنسی" که توضیح می‌دهد میل جنسی یک تعادل بین سیستم تحریک و سیستم بازدارنده است. هدف، افزایش تحریک و کاهش بازدارندگی است

روش های درمانی برای کاهش میل و برانگیختگی جنسی توسط انجمن سکسولوژی آمریکا (AASECT)

منع کردن رابطه جنسی به مدت دو هفته

- آموزش های جنسی
- آموزش ریکلسیشن
- خیالپردازی به صورت تصویر سازی ذهنی(فکر جنسی، فیلم های مناسب نه پورن)
- بهبود ارتباط زوجین
- بازسازی شناختی Cognitive Restructuring
- درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهیMindfulness-based therapy

آموزش های جنسی باید شامل موارد زیر باشند (هردو زوج- زن و مرد)

- آناتومی اندام های جنسی(لمس قسمت های مختلف بدن باید چطوری باشد)
- سیکل پاسخ جنسی
- دانش درباره محرک های جنسی و تفاوت های جنسیتی این محرک ها
- مراحل سه گانه آمیزش جنسی
- پوزیشن های مختلف

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

آموزش مراحل سه‌گانه آمیزش جنسی

- توضیح: در این مدل به جای تمرکز صرف بر دخول، رابطه جنسی را به سه مرحله اصلی تقسیم می‌کند تا بر صمیمیت و لذت متمرکز شود

سکس مراحل مختلفی داره و شما میتونید از همه مراحلش لذت ببرید

- ۱. **مرحله لمس‌های حسی (Sensory Focus)**
- ۲. **مرحله تحریک (Arousal Phase)**
- ۳. **مرحله دخول و ارگاسم (Intercourse and Orgasm)**

دکتر نسیم شاه رحمانی

آموزش relaxation

- آرامش تدریجی عضله‌ها (ریلکسیشن جاکوبسن)
- خودآرام‌سازی Autogenic Training
- آب‌درمانی و حمام‌های گرم Hydrotherapy and Warm Baths

- Progressive Muscle Relaxation
- Deep Breathing
- Meditation
- Music Relaxation

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

اموزش ریلکسیشن (ادامه)

- اموزش ریلکسیشن در کاهش استرس و اضطراب که میتونه یکی از عوامل مهم اختلال میل جنسی باشد خیلی تاثیر گذار است
- ریلکس شدن منجر به کند شدن ضربان قلب، کاهش فشارخون، منظم شدن تنفس موثر باشد

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

اموزش خیال پردازی جنسی و تصویر سازی ذهنی

- خیال پردازی های جنسی می تواند برای داشتن رابطه ی جنسی ایده آل فوایدی داشته باشد
- تجسم خاطرات اشنایی یا اولین روابط خاطره انگیز در ابتدای اشنایی یا ابتدای ازدواج
- تخیلاتِ جنسی به‌خودی‌خود منبعی لذت‌بخش بوده و می‌توانند سطح تحریکِ جنسی را افزایش دهند.
- تخیلات جنسی این امکان را به فرد می‌دهند تا هر نوع فعالیت جنسی را بدون ترس و نگرانی از نحوه قضاوت دیگران تجربه کند. به عبارت دیگر، تخیلات جنسی این امکان را فراهم می‌کنند تا فرد با **احساساتِ جنسی‌اش بدون عمل به آن‌ها آشنا شود.**
- تخیلات جنسی این امکان را به فرد می‌دهند تا بر تجربه جنسی خود افزوده و از این طریق اعتمادبه‌نفس خود را افزایش دهد.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

بهبود روابط زوجین

- بهترین عاملی که به یک سکس درمان کمک میکند که در کار جنسی موفق باشد اشنایی با زوج درمانی است
- میتوانیم با شناخت نگرش ها و هیجانات منفی که در زوجین وجود دارد انها را به سمت تعامل های مثبت تشویق کنیم
- افکار و باورهای غیر مانوس و یا تحیلات خاصی که در مورد روابط جنسی وجود دارند را بررسی و به تغییر این نگرش ها کمک کنیم
- زوجین باهم خاطرات خوب زندگی خود را مرور کنند
- زوجین را به بازسازی روابط بین فردی تشویق کنید
- تقویت اعتماد به نفس زوجین
- تقویت افکار مثبت در مورد اندام های ظاهری(پورن و مدل های جنسی نباید ملاک ارزیابی باشند)

مسترز و جانسون

سکس از حالت وظیفه خارج کنید

و

تبدیل کنید به یک رابطه لذت بخش

تمرینات کگل

چگونه عضلات کف لگن را پیدا کنیم؟

روش توقف ادرار

روش جلوگیری از دفع گاز

روش قرار دادن انگشت (برای زنان)

نحوه انجام صحیح تمرینات کگل



- مثانه خود را خالی کنید.
- به یک وضعیت راحت (درازکش، نشسته یا ایستاده) بروید.
- عضلات کف لگن را منقبض کرده و آن‌ها را به سمت بالا بکشید، انگار که می‌خواهید یک تیله را با این عضلات بلند کنید.
- انقباض را به مدت ۳ تا ۵ ثانیه نگه دارید. در طول انقباض نفس خود را حبس نکنید.
- عضلات را به مدت ۳ تا ۵ ثانیه کاملاً رها و شل کنید.
- این مراحل را ۱۰ تا ۱۵ بار تکرار کنید تا یک ست کامل شود.
- در طول روز، سه ست از این تمرینات را انجام دهید (مثلاً یک ست صبح، یک ست ظهر و یک ست شب).
- با قوی‌تر شدن عضلات، می‌توانید مدت زمان انقباض و آرام‌سازی را به ۱۰ ثانیه افزایش دهید.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

Sensation focus 1
لذت بردن از نواحی غیر جنسی

- در این مرحله هدف از بین بردن اضطراب عملکردی، تقویت احساس اطمینان
- هفته ای سه بار هر دفعه ۱۰ دقیقه تا نیم ساعت
- این تمرین به زوجین یاد میدهد که ضمن اینکه یاد میگیرند لذت ببرند میتوانند به ارامش برسند در حالی که سکس نباشد
- این تمرین، استرس را که میتواند عامل اصلی بی میلی باشه رو از بین می برد
- لمس اندام تناسلی (زن و مرد) و سینه در زنان ممنوع است
- ماساژ و نوازش و لمس انجام میشود
- در مورد نقاطی که احساس بهتری در زوجین ایجاد میکند بحث می کنند
- روغن بچه یا بایو اویل در هنگام ماساژ و نوازش توصیه میشود

What is Sensate Focus Therapy?



در این مرحله حتی اگر زن و شوهر تحریک هم شده باشند حق سکس ندارند

ممنوعیت سکس ۱ الی ۲ هفته اعمال می شود

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

شیوه ماساژ و جابجایی در مرحله Sensation focus I

- زن روی شکم دراز میکشد و مرد حدود ۱۰ دقیقه نقاط پشت گردن بازوها باسن و پاها را ماساژ می دهد.
- مرد روی شکم دراز میکشد و زن حدود ۱۰ دقیقه نقاط پشت گردن بازوها باسن و پاها را ماساژ می دهد
- زن طاقباز میخوابد و مرد حدود ۱۰ دقیقه نقاط گردن شکم شانه ها بازوها و پاها را ماساژ می دهد.
- مرد طاقباز میخوابد و زن حدود ۱۰ دقیقه نقاط گردن شکم، شانه ها، بازوها و پاها را ماساژ می دهد.

Sensation focus II
لذت بردن از نواحی جنسی

- تمرکز حسی نوع دوم اشاره دارد به ژنیتالیا (دستگاه تناسلی) و آموزش و امتحان تحریک اندامهای تناسلی و ایجاد برانگیختگی اما نه ارگاسم .
- در ابتدای کار درمانگر جنسی خطاب : به زوجین می گوید که من میخواهم لذت بردن و لذت دادن به یکدیگر و دیگر را از طریق اندامهای جنسی تجربه نمائید .
- برای دستیابی به اهداف تمرکز حسی نوع ۲ ، لازم است زوجین حدود ۲یا ۱ هفته سه بار در هفته تمرین کنند.
- یادگیری گفتگو در مورد انواع تماسهای بدنی در نواحی جنسی

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

- توصیه درمانگر به زن در مرحله دوم (ادامه)
- در ادامه تمرینات درمانگر جنسی پیشنهاد میکند تحریک ریتمیک آلت تناسلی مرد ادامه یافته ولی نباید به سمت ارگاسم و انزال هدایت شود و چنانچه یک ارگاسم در حال شکل گیری است بلافاصله این تمرین و بازی جنسی را به طرف دیگر نقاط بدن مرد هدایت نمایند .
- زنان در این مرحله نباید نگران erection الت همسر باشند بلکه به سوی لمس سایر نقاط بدن رفته که این مسأله تا حدودی از بروز و شروع ارگاسم پیشگیری میکند.

فواید تمرین تمرکز حسی

- کاهش اضطراب عملکردی
- ارتباط های پیشرفته
- صمیمیت تقویت شده
- پرداختن به نگرانی های جنسی.

تمرین "خودمدیریتی" برای میل جنسی (Self-Management)

- مفهوم خاص: در این تکنیک، به زن یاد داده می‌شه که خودش مسئولیت "حفظ و نگهداری" میل جنسی‌اش رو به عهده بگیره، نه اینکه فقط منتظر باشه که این میل "اتفاق بیفته".

اضطراب عملکرد جنسی

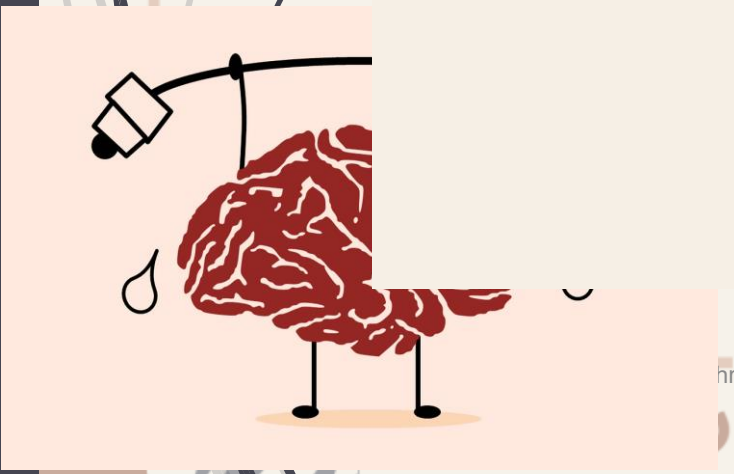
مهم‌ترین عامل در اختلالات جنسی است. این اضطراب باعث می‌شود فرد به جای لذت بردن از فرآیند، بر روی "عملکرد" خود تمرکز کند (خود تماشاگرگری) و همین امر پاسخ طبیعی بدن را مختل می‌کند.

ساخت "نردبان ترس"

- درمانگر از مراجع می‌خواهد یک لیست از موقعیت‌های جنسی که باعث اضطراب می‌شوند، تهیه کند و آن‌ها را از کمترین اضطراب تا بیشترین اضطراب رتبه‌بندی کند.
- * مثال نردبان ترس: افکار مریض در لحظه کار کنید
- * ۱ (کمترین اضطراب): فقط در کنار شریکم دراز می‌کشم.
- * ۵ (اضطراب متوسط): شریکم را لمس می‌کنم.
- * ۸ (اضطراب زیاد): در حین بوسیدن، به خود اجازه می‌دهم که برانگیخته شوم.
- * ۱۰ (بیشترین اضطراب): اقدام به برقراری رابطه جنسی کامل می‌کنم.

تمرینات شناختی و رفتاری

- شناخت درمانی، که به اختصار CBT (Cognitive Behavioral Therapy) نامیده می‌شود، یکی از پرکاربردترین و مؤثرترین رویکردهای درمانی در روان‌شناسی است.
- این روش به افراد کمک می‌کند تا با شناسایی و تغییر الگوهای فکری و رفتاری منفی، مشکلات عاطفی و روانی خود را مدیریت کنند.



hrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه

ذهن، قدرتمندترین عضو جنسی است.

در سکس‌تراپی، ما اغلب با مشکلاتی روبرو هستیم که ریشه فیزیکی ندارند. نگرانی در مورد عملکرد، شرم از بدن و ترس از قضاوت، همگی در ذهن ما اتفاق می‌افتند.

تصویر بدنی ضعیف در رابطه جنسی: یک معضل روان‌شناختی عمیق

تصویر بدنی، ارزیابی ذهنی فرد از ظاهر فیزیکی خود است. این مفهوم فراتر از صرفاً "ظاهر" است و شامل افکار، احساسات و باورهایی می‌شود که فرد در مورد بدن خود دارد. تصویر بدنی ضعیف در رابطه جنسی، یک چرخه معیوب را آغاز می‌کند:

- ❊ راهکار: "جایگزینی افکار" (Thought Substitution)

- در حین رابطه جنسی، وقتی فکر منفی در مورد بدن فرد به سراغش می‌آید، باید آن را با یک فکر جایگزین و سازنده عوض کند.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

"تمرین آینه" (Mirror Work)

- این یک تمرین قدرتمند و چالش‌برانگیز است که به فرد کمک می‌کند تا با بدن خود آشتی کند.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

گفتگوی زوجین در مورد تصویر بدنی (Couple’s Dialogue on Body Image)

- این یک راهکار زوج‌درمانی است که به شریک فرد نیز کمک می‌کند تا از مشکل آگاه شود و از او حمایت کند.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

شکستن چرخه‌های معیوب فکری

- تمرین "تشخیص و نام‌گذاری:"
- اقدام: یک سناریو فرضی ارائه دهید (مثلاً "در حین رابطه، یک فکر منفی در مورد خودتان به سراغتان می‌آید").
  *از شرکت‌کنندگان بخواهید که این فکر را شناسایی کرده و نامی برای آن بگذارند (مثلاً "منتقد درونی").
  *مثال: "سلام منتقد درونی! می‌دانم که الان می‌خواهی بگویی شکمم بزرگ است، اما الان وقتش نیست".

- با نام‌گذاری افکار، آن‌ها را از "واقعیت" به "مهمان ناخوانده" ذهن تبدیل می‌کنیم. این کار، قدرت آن‌ها را کاهش می‌دهد و به ما اجازه می‌دهد که انتخاب کنیم به آن‌ها توجه کنیم یا نه.
  مراجع یاد می‌گیره که چگونه به جای جنگیدن با افکار منفی، آن‌ها را مدیریت کنند. این توانایی، تمرکز بر لذت جنسی را به شدت افزایش می‌دهد

تمرینات رفتاری برای افزایش انگیزه:

- قرار عاشقانه غیرجنسی

رژیم غذایی

نخودچی کشمش

فلفل سیاه

رژیم غذایی

دارچین زعفران و زنجبیل

خاویار

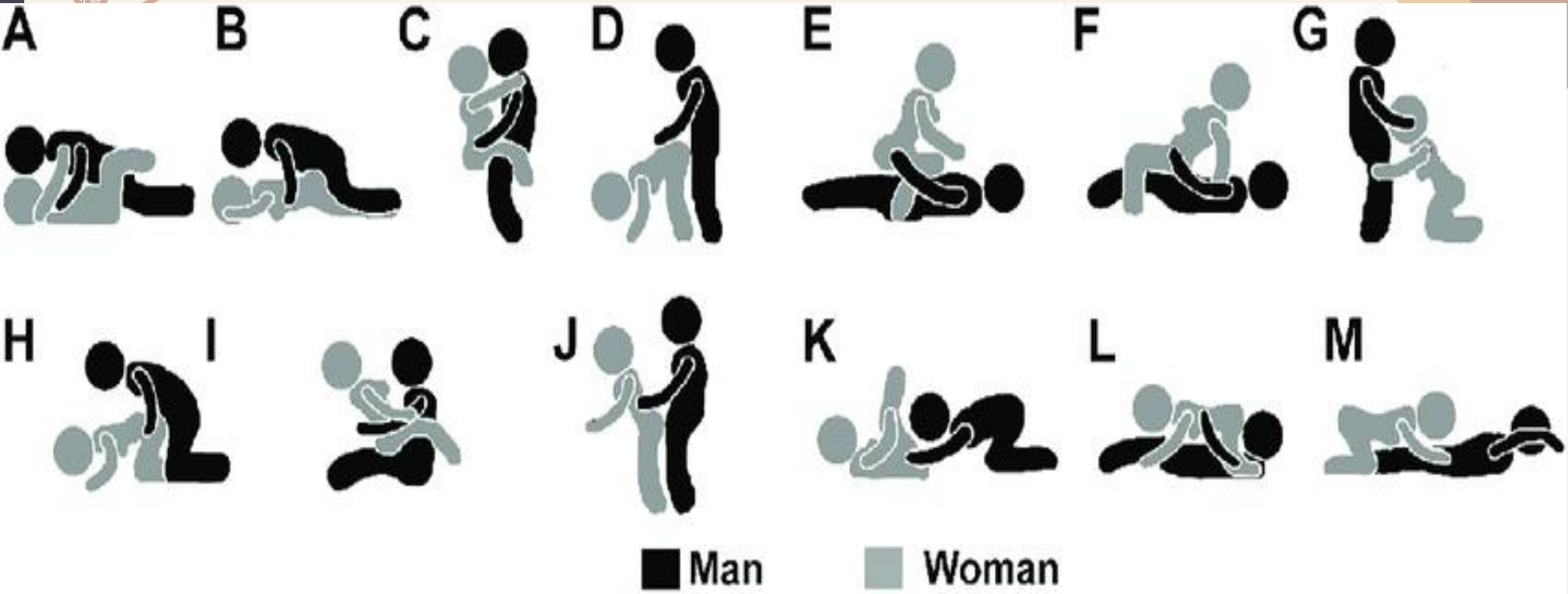
انبه موز

سبزیجات تازه

پیاز، سیر

حبوبات

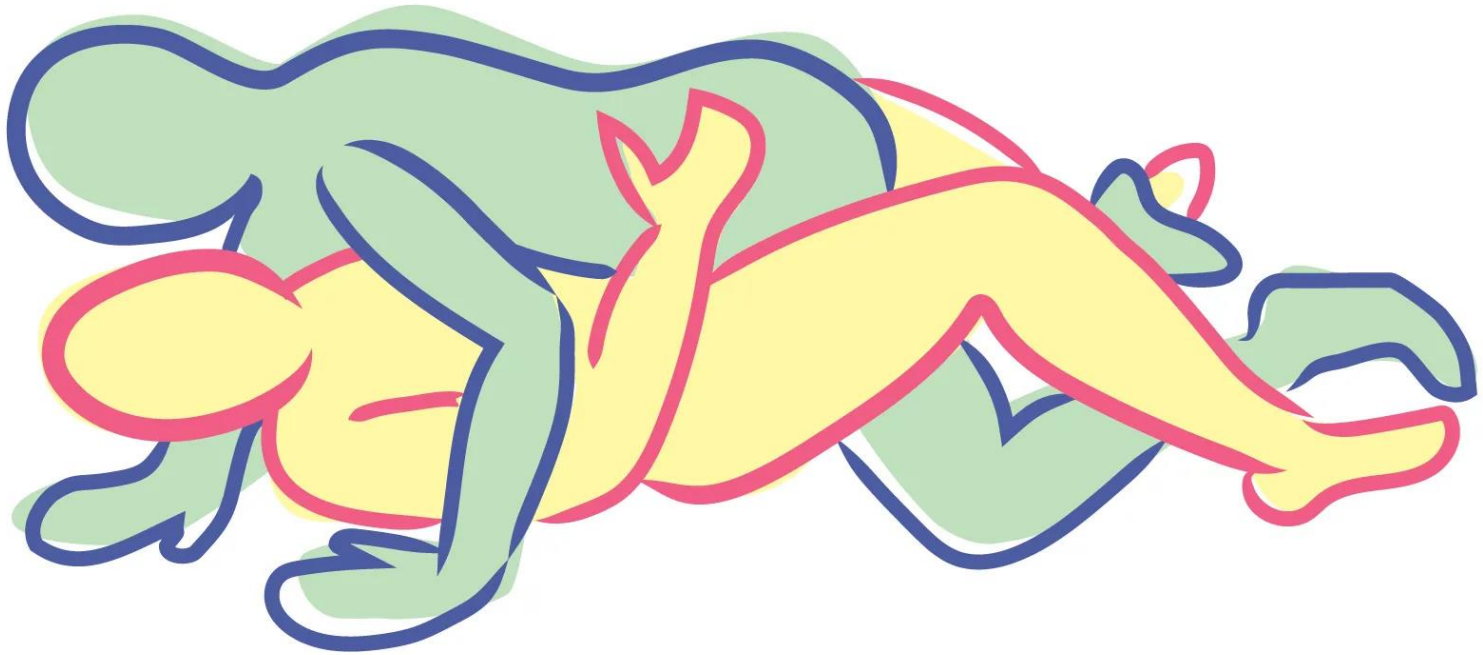
Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

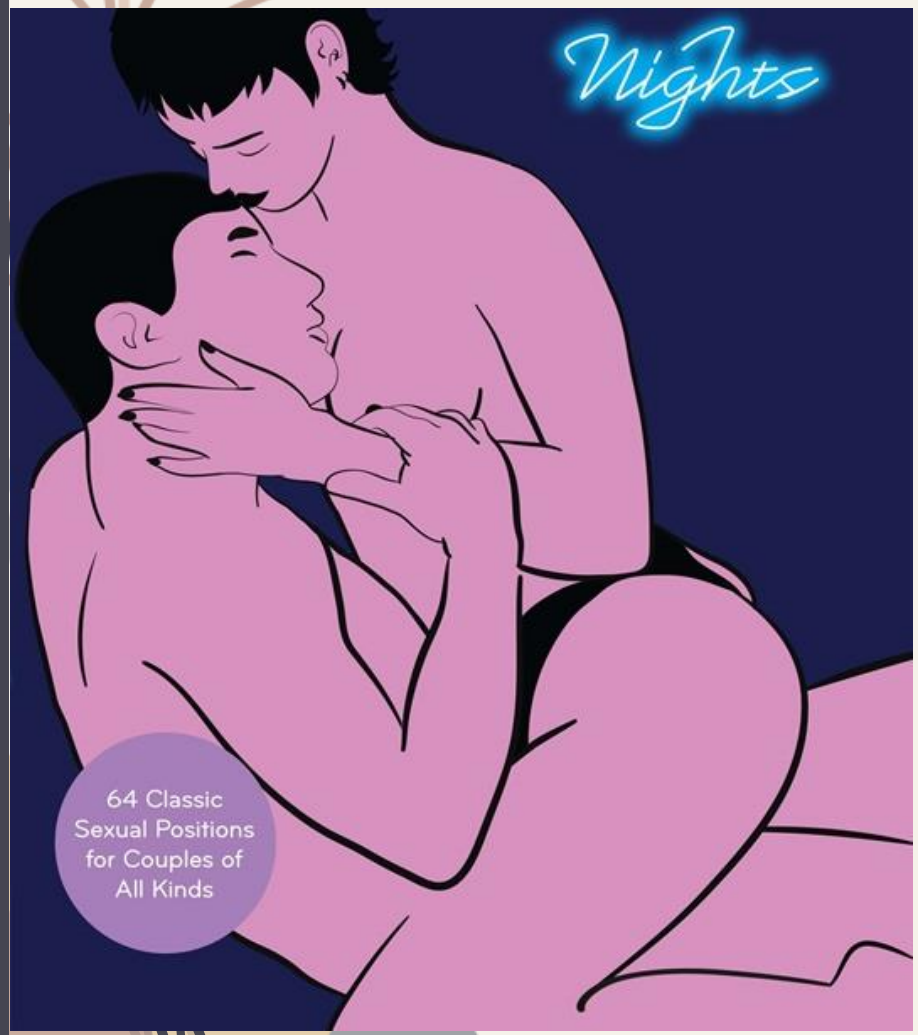


Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

Missionary Sex Position

In this position, one partner is on top of the other so that they're face to face. The penetrating partner is usually on top of the receiving partner.




Nights
64 Classic
Sexual Positions
for Couples of
All Kinds



اهداف جلسه چهارم

- تعریف، ارزیابی،تشخیص و درمان انزجار جنسی
- تعریف، ارزیابی، تشخیص و درمان اختلال ارگاسمی در زن

دکتر نسیم شاه رحمانی

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

sexual aversion disorder

اختلال انزجار جنسی

در DSM-5 یک تظاهر شدید از کاهش میل و علاقه جنسی است

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

مفهوم انزجار جنسی

این مفاهیم، انزجار جنسی رو از یک مشکل ساده به یک پدیده پیچیده روان‌شناختی تبدیل می‌کنند.

۱. مفهوم انزجار جنسی به عنوان یک مکانیسم دفاعی

۲. مفهوم "دژ نامرئی"

مفهوم "عزای از دست دادن صمیمیت".
(Grief Over Lost Intimacy)

- این مفهوم بر این ایده متمرکز است که انزجار جنسی فقط یک مشکل در مورد حال نیست، بلکه یک پاسخ به غم و اندوه ناشی از از دست دادن صمیمیتی است که هرگز وجود نداشته یا در گذشته از دست رفته است.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

اتیولوژی
sexual aversion disorder
اختلال انزجار جنسی

- اضطراب و خشم
- تجربیات آسیب‌زا : تجربه رابطه جنسی در موقعیتهای نامناسب و ناخوشایند
- نگرشها، ترسها یا خاطرات موثر در اختلال بیزاری جنسی مانند این باور که رابطه جنسی غیرا اخلاقی یا خطرناک است.
- تربیت و آموزشهای جنسی نامناسب و ایجاد نگرشهای نادرست نسبت به مسائل جنسی تجربه های جنسی آسیب رسان گذشته مانند سوء استفاده جنسی دوران کودکی، زنا با محارم یا تجاوز به عنف)
- کیفیت نخستین رابطه پس از ازدواج (imprinting effect)

- مشکلات در روابط
- تربیت فرهنگی بیزار از سکس
- تصویر بدنی ضعیف

اختلال انزجار جنسی (ادامه)

- برخی از مبتلایان به اختلال انزجار جنسی شدید احتمال دارد در هنگام مواجهه با موقعیتهای جنسی به حمله های وحشت زدگی panic attackهمراه با اضطراب شدید احساس خفگی تپش قلب ضعف تهوع سرگیجه و مشکلات تنفسی دچار شوند.
- .

- برخی افراد انزجار گسترده ای در مورد تمامی محرکهای جنسی حتی بوسیدن و لمس کردن دارند.
- شدت واکنش فرد در زمان مواجهه با همسر ممکن است از اضطراب متوسط و فقدان لذت تا پریشانی روانی شدید گسترده باشد

- کتاب‌های مرجع روان‌شناسی انزجار جنسی را نوعی پاسخ شرطی‌شده می‌دانند. به این معنی که ذهن فرد، فعالیت‌های جنسی یا حتی صمیمیت عاطفی را به یک تهدید یا تجربه ناخوشایند مرتبط کرده است

درمان اختلال انزجار جنسی و هراس جنسی ترکیبی از

- آرمیدگی (relaxation)
- درمان شناختی رفتاری
- حساسیت زدایی سیستمیک (desensitization)
- درمان مواجهه تدریجی Exposure Therapy
- درمان مبتنی بر ذهن اگاهی
- زوج درمانی

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

درمان گام به گام

مرحله اول: ایجاد فضای امن و ارزیابی جامع (همدلی و ریشه‌یابی)

مرحله دوم ارزیابی جامع و ریشه‌یابی (علل احتمالی)

تاریخچه آسیب‌های جنسی (تروما): "آیا تا به حال تجربه ناخوشایند، فشار یا آزاری در رابطه جنسی (یا حتی در گذشته دور) داشته‌اید؟" (مهم‌ترین علت بیزاری شدید است. این سؤال باید با نهایت احتیاط پرسیده شود.)

* تجربیات جنسی منفی یا دردناک: "آیا در گذشته یا حال، رابطه جنسی برای شما با درد یا ناراحتی همراه بوده است؟ (دیسپارونی، واژینیسموس)"
* باورهای فرهنگی، مذهبی یا تربیتی شدیداً منفی: "چه دیدگاه‌هایی نسبت به رابطه جنسی در خانواده یا محیطی که بزرگ شدید، وجود داشت؟ آیا احساس گناه یا ناپاکی نسبت به رابطه جنسی دارید؟"
* مشکلات جدی در رابطه زناشویی: "رابطه شما با همسرتان به صورت کلی چطور است؟ آیا مشکلاتی در ارتباط عاطفی یا اعتماد بین شما وجود دارد؟"
* علل پزشکی و دارویی: "آیا بیماری خاصی دارید؟ داروی خاصی مصرف می‌کنید؟ (مانند داروهای اعصاب، ضد بارداری)."
* مسائل روان‌شناختی زمینه‌ای: "آیا علائم افسردگی، اضطراب شدید، PTSD(اختلال استرس پس از سانحه) یا اختلال وسواس فکری-عملی دارید؟"

مرحله سوم: عادی‌سازی و آموزش (کاهش شرم و گناه)

- ❊ عادی‌سازی (Normalization):
- * چه بگویید: "مهم است که بدونید احساس انزجار یا بیزاری از رابطه جنسی، یک مشکل پزشکی-روان‌شناختی قابل درکه. شما تنها نیستید و این نشونه ضعف یا نقص شما نیست. بسیاری از افراد به دلایل مختلف (که الان بررسی می‌کنیم) با این حس مواجه میشن."
- ❊ آموزش (Psychoeducation):

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

- * چه بگویید: "بدن ما و ذهن ما به هم متصل هستند. تجربیات منفی، باورهای غلط یا حتی دردهای جسمی می‌توانند باعث شوند که مغز ما رابطه جنسی را به عنوان یک 'خطر' یا 'تهدید' درک کند و در نتیجه، واکنش بیزاری یا انزجار از خود نشان دهد. این یک مکانیزم دفاعی است که مغز برای محافظت از شما ایجاد کرده است."
- ❊ هدف: کمک به بیمار برای درک ریشه‌های احساسش و کاهش احساس شرم و گناه.

مرحله چهارم: راهکارهای مشاوره‌ای تخصصی (گام به گام)

دکتر نسیم شاه رحمانی

(relaxation) آرمیدگی

این تکنیک‌ها (مثل تنفس عمیق، ریلکسیشن عضلانی پیش‌رونده) به فرد کمک می‌کنند تا واکنش‌های فیزیولوژیکی انزجار (مثل تپش قلب، حالت تهوع و انقباض عضلات) را کنترل کند. هدف، آموزش دادن به بدن برای آرام ماندن در مواجهه با محرک‌های جنسی است

۱. تکنیک‌های مهار اضطراب در لحظه

وقتی اضطراب یا حس انزجار به صورت ناگهانی در یک موقعیت صمیمی به سراغ شما می‌آید، مغزتان وارد حالت "جنگ یا گریز" می‌شود.
این تکنیک‌ها به شما کمک می‌کنند تا کنترل را دوباره به دست بگیرید

۳ چیز را ببینید

۲ چیز را بشنوید

۱ چیز را لمس کنید

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

۲. پذیرش بدون قضاوت: راز رهایی

یکی از قدرتمندترین مفاهیم درمانی، "پذیرش بدون قضاوت" است. این به معنای تسلیم شدن به انزجار نیست، بلکه به معنای دست از جنگیدن با آن است.

مؤلفه شناختی (Cognitive Component)

- ✓ در این مرحله، به ریشه‌یابی و اصلاح باورهای نادرست و غیرمنطقی می‌پردازیم.
- ✓ شناسایی باورهای بنیادین: علاوه بر افکار خودکار منفی، درمانگر به کشف باورهای عمیق‌تر و بنیادینی که از دوران کودکی یا تجربیات گذشته

حساسیت‌زدایی سیستماتیک (Systematic Desensitization):

این روش، فرد را به صورت تدریجی و سلسله‌مراتبی با محرک‌های ترسناک مواجه می‌کند.

ابتدا یک لیست از محرک‌های کم‌اضطراب‌زا تا پرتنش‌ترین محرک‌ها تهیه می‌شود (مثلاً از فکر کردن به صمیمیت تا لمس فیزیکی) و فرد در هر مرحله با استفاده از تکنیک‌های آرامیدگی، اضطراب خود را کاهش می‌دهد

شروع درمان

- درمان اختلال انزجار جنسی (ادامه)
- تماسهای غیر تناسلی:
- دست دادن به شوهر
- قرار دادن دست شوهر در دست خود به مدت یک دقیقه نگاه کردن به شوهر در زمان در آوردن لباسهایش
- مرحله دوم
- درمان با انجام تمرینات تمرکز حسی نوع اول
- مرحله سوم
- تمرینات تمرکز حسی نوع دو

- *دوره درمان ۶ ماه*

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

- * مرحله ۱: صحبت و تصاویر (Verbal & Pictorial Exposure):
- مرحله ۲: مشاهده در محیط امن (In-Vivo Observation – Remote):
- مرحله ۳: لمس غیرجنسی (Non-Sexual Touch):

نکته مهم

مردان لمس سینه های همسر خود را ابتدا از روی پالتو و سپس از روی لباس ضخیم و به تدریج از روی یک لباس نازک آستین کوتاه ادامه داده و آرام آرام به از رهمین صورت در طی جلسات این گونه لمسها به لمس از روی سینه بند و بدون سینه بند ادامه می یابد. سپس به لمس واژن و اندام تناسلی همسر خود وی شلوار ضخیم و سپس لمس ناحیه واژینال از روی لباس زیر و و سپس لمس واژینال به صورت عربان ادامه یافته و در طول این مراحل نگاه به اندامهای جنسی لخت نیز ضروری است.

برای درمان انزجار جنسی، رویکرد اصلی روان‌درمانی است و معمولاً دارو به عنوان خط اول درمان توصیه نمی‌شود. با این حال، در برخی موارد خاص، دارو می‌تواند به صورت کمکی استفاده شود

- اضطراب شدید: اگر انزجار جنسی ناشی از اضطراب یا فوبیای شدید باشد، ممکن است داروهای ضداضطراب (مانند بنزودیازپین‌ها) به صورت کوتاه‌مدت تجویز شوند.
- افسردگی: انزجار جنسی می‌تواند از علائم افسردگی باشد. در این صورت، داروهای ضدافسردگی (مانند SSRIها) می‌توانند به بهبود خلق و خو و کاهش علائم کمک کنند. با این حال، برخی از این داروها خودشان می‌توانند باعث کاهش میل جنسی شوند که یک چالش درمانی است.
- اختلالات وسواس فکری-عملی (OCD): در مواردی که انزجار جنسی با وسواس در مورد پاکیزگی یا ترس از میکروب‌ها همراه باشد، داروهای مورد استفاده برای OCD ممکن است مؤثر باشند.

چرا دارو خط اول درمان نیست؟

- انزجار جنسی اغلب ریشه‌های روان‌شناختی دارد، مانند تروماهای گذشته، طرح‌واره‌های شناختی (مثل نقص و شرم)، و مشکلات ارتباطی در رابطه. دارو نمی‌تواند این مسائل عمیق را حل کند و فقط علائم را پوشش می‌دهد.
- درمان اصلی شامل درمان شناختی رفتاری (CBT)، طرح‌واره‌درمانی و زوج‌درمانی است. این روش‌ها به فرد کمک می‌کنند تا ریشه‌های انزجار را شناسایی و الگوهای فکری و رفتاری خود را تغییر دهد.
- بنابراین، دارودرمانی فقط باید به عنوان یک ابزار کمکی و تحت نظر روانپزشک و در کنار روان‌درمانی استفاده شود.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

Female orgasmic disorder(FOD)

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

- ارگاسم (Orgasm)، اوج تجربه جنسی، پدیده‌ای پیچیده است که دربرگیرنده ترکیبی از تجربیات جسمی و روانی است.

- از نظر فیزیولوژیکی، ارگاسم با انقباضات غیرارادی ریتمیک عضلات کف لگن، پرینه، و دیواره رحم/واژن (در زنان) و مجاری ادراری-تناسلی (در مردان) مشخص می‌شود.
- این انقباضات معمولاً با ترشح هورمون‌هایی مانند اوکسی‌توسین و پرولاکتین همراه است که منجر به احساس لذت شدید، رهایی از تنش جنسی، و غالباً حالت سرخوشی و آرامش پس از آن می‌گردد

ملاکهای تشخیصی DSM -۵برای اختلال ارگاسم

- A: وجود یکی از دو نشانه زیر در همه یا تقریباً همه فرصت های فعالیت جنسی (حدود ۷۰ تا ۱۰۰ درصد فرصت ها)
- ۱: تأخیر قابل ملاحظه، ندرت وقوع قابل ملاحظه یا فقدان ارگاسم.
- ۲: کاهش قابل ملاحظه شدت احساسات ارگاسمی
- B نشانه های ملاک A برای حداقل دوره ای تقریباً ۶ ماهه دوام داشته باشند.
- نشانه های ملاک A موجب ناراحتی بالینی قابل ملاحظه ای در فرد شده باشند.
- این اختلال عملکرد جنسی را نمیتوان به گونه ای بهتر با یک اختلال روانی غیر جنسی دیگر منتسب کرد

نکته مهم در ارزیابی اختلالات ارگاسم

- مشخص کنید که آیا مادام العمر (Lifelong) به مشکل جنسی اشاره دارد که از اولین تجربیات جنسی وجود داشته است.
- اکتسابی (acquired) اختلالات جنسی که بعد از یک دوره کار کرد جنسی نسبتاً عادی ایجاد شده اند.
- فراگیر (Generalized) به مشکلات جنسی اشاره دارد که به انواع خاصی از تحریک موقعیتها یا معشوق محدود نمی شود.
- موقعیتی (situational) به مشکلات جنسی اشاره دارد که فقط در ارتباط با انواع خاصی از تحریک موقعیتها یا معشوق روی میدهند.

ملاحظات کلی

- مراجعه با این شکایت ۴ برابر بیش از سایر اختلالات است. فردی که به هر طریقی حتی یک بار به ارگاسم رسیده باشد از این تشخیص خارج می شود.
- افرادی که حتی بدون تجربه ارگاسم از فعالیت جنسی لذت میبرند هم جز این تشخیص نیستند.
- توصیفات ذهنی ارگاسم در زنان مختلف متفاوت است. ارگاسم به شیوه های بسیار متفاوت هم در بین زنان و هم در فرصتهای مختلف در یک زن تجربه می شود.
- اگر عوامل میان فردی یا موقعیتی مهم مانند ناراحتی شدید در رابطه خشونت همسر یا عوامل استرس زای مهم دیگری وجود داشته باشد تشخیص اختلال ارگاسمی داده نمی شود.
- شماری از زنان برای رسیدن ارگاسم به تحریک کلیتوریس نیاز دارند و تعداد نسبتاً کمتری نیز هنگام دخول تناسلی دستخوش ارگاسم می شوند.
- اگر تحریک جنسی کافی نباشد تشخیص اختلال ارگاسمی داده نمی شود.
- اگر تحریک کلیتوریال حتی بدون آمیزش جنسی وجود داشته باشد. تشخیص اختلال ارگاسم داده نمی شود.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

- ملاحظات کلی (ادامه)
- به لحاظ فیزیولوژیک ارگاسم ناشی از تحریک کلیتورال و یا واژینال تفاوتی با یکدیگر ندارند. بر خلاف اعتقاد فروید
- زنان از نظر سن اولین ارگاسم الگوی بسیار متغیرتری را نسبت به مردان نشان میدهند. اولین تجربه ارگاسم یک زن می تواند در هر زمانی از دوره پیش از بلوغ تا بزرگسالی روی دهد.

Female Orgasmic Disorder
اتیولوژی

- نداشتن آگاهی و اطلاعات لازم
- وجود رابطه منفی تحصیلات زنان هر چقدر سطح تحصیلات بالاتر، شیوع این اختلال کمتر
- شیوع این اختلال برخی از بیماریها بخصوص بیماریهایی مانند هیپوتیروئیدی دیابت MSو هیپرپرولاکتینمی میتوانند توانایی زنان را برای رسیدن به ارگاسم تحت تاثیر قرار دهند.
- مصرف برخی داروها ممکن است باعث فرم اکتسابی این اختلال شوند
- مصرف داروهای ضدافسردگی فنوتیازینها و بنزودیازپینها) کلومی پرامین ارگاسمهای خود بخودی یا مهار ارگاسم
- دستکاریهای جراحی

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

Female Orgasmic Disorder
اتیولوژی

- عوامل سایکولوژیک
- ترس از حاملگی
- طرد شدن از سوی شریک جنسی
- خصومت نسبت به مردان یا شریک جنسی
- احساس گناه در مورد انگیزه های جنسی
- ترس از صدمه به واژن
- ناراحتی و نارضایتی از دختر بودن

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

Female Orgasmic Disorder
اتیولوژی

- ترس از دست دادن کنترل یا رفتاری خاص در نتیجه ارگاسم و یا معادل دانستن آن با تکانه های پرخاشگری و یا خشونت
- تعارضات زناشویی
- Body dysmorphophobia
- اختلال عملکرد ارگاسم در برخی جنبه ژنتیک دارد و نمیتواند صرفاً به تفاوت فرهنگی و سایکولوژیک نسبت داده شود.

Female Orgasmic Disorder

اتیولوژی

- انتظارات فرهنگی و محدودیتهای اجتماعی (بخصوص نظام تربیتی که توجه به لذت جنسی را برای یک زن پاکدامن ضدارزش تلقی می کند)
- طبقه اجتماعی و سطح فرهنگی اقتصادی خانواده شیوع این اختلال در بین زنان دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین در مقایسه با زنان طبقه متوسط بیشتر است که علت آن را می توان تا اندازه ای ناشی از اطلاعات اندک و شیوع آموزه های نادرست جنسی و بازداریهای ناموجه در این قشر از افراد جامعه دانست
- شرم و حیا

برخی از عوامل مؤثر در اختلال ارگاسمی

- فقدان یا عدم علاقه همسر به پیش نوازی یا عشق بازی قبل از اینتر کورس
- خستگی درگیری ذهنی با افکار و تصورات غیر جنسی
- PE
- تعارضات موجود در بین همسران
- عدم لیز شدگی مناسب واژن
- عدم ابراز عاطفه و محبت از سوی همسر
- نبود مکان امن و راحت برای اینتر کورس
- افراط در مصرف الکل
- بی میلی جنسی نسبت به همسر
- دیسپارونی

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

پرسش های ارزیابی

- توصیف زن از مشکل(ارزیابی نحوه نزدیکی)
- درجه اشفتگی
- فراوانی
- ارگاسم را چگونه تجربه میکند
- واکنش همسر
- سابقه درمان
- مهارت های ارتباطی زوجین
- افکار و احساسات قبل و حین و بعد رابطه جنسی
- خود تحریکی و تخیلات جنسی
- سوابق جنسی(کودکی)
- سوابق روانی اجتماعی
- بیماری ها
- مصرف دارو

مداخلات درمانی

مدل درمانی یکپارچه (Integrated Treatment Model)

آموزش جنسی (Sex Education)

- ارائه اطلاعات مناسب و کافی در زمینه
- آناتومی و فیزیولوژی اندامهای جنسی و سیکل پاسخ جنسی
- تفاوت دو جنس در پاسخهای جنسی
- تاثیرات سن بیماریها و داروها بر مراحل سیکل جنسی
- اصلاح نگرشها و انتظارات در مورد توانایی و رضایت جنسی

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

روان‌درمانی (Psychotherapy) :

- به ویژه درمان شناختی-رفتاری (CBT) و سکس‌تراپی متمرکز بر زوجین (Couples Sex Therapy) برای رفع اضطراب عملکرد، تصویر بدنی، و مسائل ارتباطی.

دارودرمانی (Pharmacotherapy)

- در موارد خاص، تنظیم داروهای فعلی (مثلاً جایگزینی SSRIبا داروهای دیگر) یا استفاده از داروهای خاص در دست تحقیق (مانند بوپروپیون) ممکن است کمک‌کننده باشد، اما رویکرد اصلی نیست.

مداخلات درمانی پیشنهادی در اختلال ارگاسم (ادامه)

- **Genital exploration**
  - تشویق زوجین به جلساتی که منجر به شناخت بهتر از خود و شریک جنسی می شود.
  - توضیح در مورد اینکه رسیدن به ارگاسم حین نزدیکی واژینال بدون تحریک مستقیم کلیتوریس در بیش از نیمی از زنان امکان پذیر نیست ایجاد اطمینان خاطر در مرد هم ضروری است
- **DM (Direct Masturbation)**
  - استفاده از تکنیکهایی مثل **sensate focus** و بدون قصد نهایی برای اینترکورس تا آمادگی زوجین برای ادامه رابطه تا مرحله اینترکورس به این ترتیب فشار روانی روی فرد و نگرانی او در مورد توانایی انجام نزدیکی کاهش می یابد البته محدودیتهای خود را دارد به ویژه در افراد مسن

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

مداخلات درمانی پیشنهادی در اختلال ارگاسم (ادامه)

- Oral sex
- The bridge maneuver
  - تحریک مستقیم کلیتوریس تا مرز رسیدن به ارگاسم و یا حتی تجربه آن درست پیش از نزدیکی واژینال در این شرایط گاه تماس واژینال به تنهایی برای رسیدن به ارگاسم و یا تکرار ارگاسم کفایت میکند.

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

Best Sex Positions for Clitoral Stimulation Without a Vibrator



Missionary



Cowgirl



Chair



Scissoring



Dolphin Ride

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

دکتر نسیم شاه رحمانی

Best Sex Positions For Using a Vibrator During Sex



Spooning



Scissoring



Elbow Doggy



The Bridge

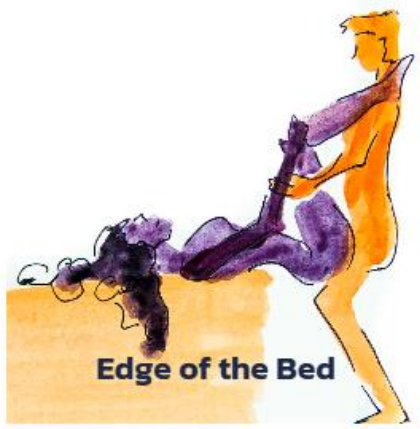


Pretzel



Reverse Chair

Best Sex Positions for G Spot Orgasms













نمونه درمان کاربردی اختلال ارگاسم

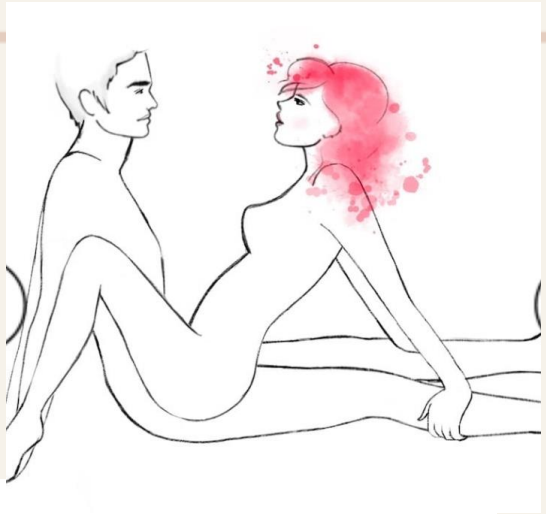
- **هفته اول:** ۶ ثانیه دخول انگشتان داخل واژن و انقباض عضلات واژن دور آنها
- **هفته دوم:** ۵ ثانیه دخول انگشتان داخل واژن و انقباض عضلات واژن دور آنها
- **هفته سوم:** ۶ ثانیه دخول انگشتان همسر داخل واژن و انقباض عضلات واژن دور آنها
- **هفته چهارم:** ۵ ثانیه دخول انگشتان همسر داخل واژن و انقباض عضلات واژن دور آنها

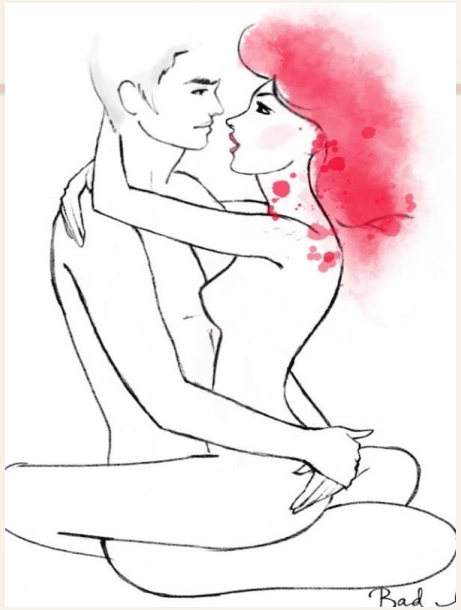
- **در حین انجام تمرینات احساس کند که لوبریکاسیون کاهش یافته میتواند کلیتوریس را تحریک و مجدد ادامه دهد**
- **هفته پنجم:** ۶ الت همسر داخل واژن و انقباض عضلات واژن دور آنها
- **هفته ششم**: ۵ ثانیه الت همسر داخل واژن و انقباض عضلات واژن دور آنها

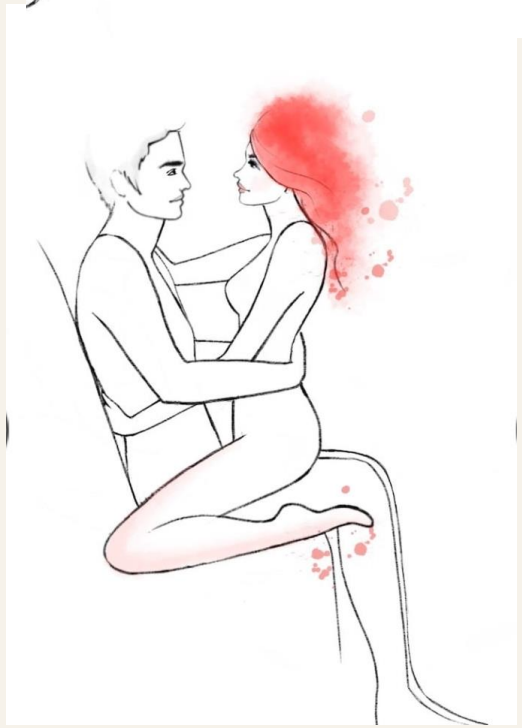
Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com

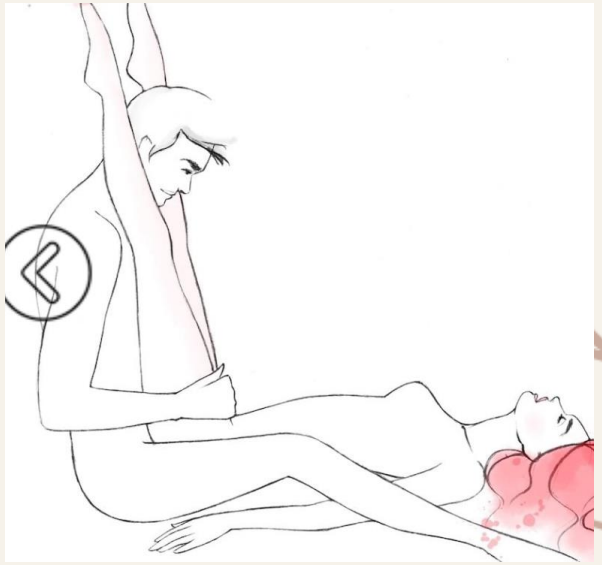
دکتر نسیم شاه رحمانی

زن باید در پوزیشن مناسب قرار بگیرد و با افزودن ژلهای لوبریکانت به آلت مرد به آهستگی آلت را به داخل واژن خود هدایت کند و اجازه دهد این حالت برای مدت کوتاهی بصورت استراحت و بدون حرکت ادامه داشته باشد تا یک حالتی از آلت بلند شده مرد را در واژنش احساس نماید زن امکان دارد عضلاتپویوکوکسیژئوس را در مقابل آلت مرد منقبض کند و چندین بار این عمل را انجام دهد که به احساس داخل واژینال برسد و سپس شروع نماید به آرامی حرکات بالا و پایین تا آلت ارکت شده همسرش را با بازی کردن و پوزیشنهای مختلف احساس کند و زن این حرکات را درحالی میتواند انجام بدهد که بالای مرد قرار داشته باشد و با پوزیشن کمی به جلو کلیتوریس هم تحریک شود یا تحریک کلیتوریس توسط دست مرد انجام شود









Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی

- کپسول آرژین مکس فورته بانوان ورسک
- کپسول فیمیل بوست نوتراکس
- قرص ایکسوویت فورت هلث اید
- قرص لیبیدو بوستر گرین نیچر
- کپسول لیبیدوفم بهتا دارو
- قطره گیاهی آفرودیت گل دارو
- قرص ایکس اید گلدن لایف
- کپسول ماکاویت ام یورووویتال EuRhoVital Macavit M

Dr. Nasim shahrahmani – Email: nasim.shahrahmani@gmail.com
دکتر نسیم شاه رحمانی



با تشکر از توجه شما

دکتر نسیم شاه رحمانی – دکتری بهداشت باروری و جنسی
عضو هیئت علمی- درمانگر در کلینیک های تخصصی دانشگاه



https://t.me/webinar_sexology



dr_nasim.shahrahmani