

اختلالات روان‌پزشکی و بدکار کردی‌های جنسی

غلامحسین قائدی^{۱*}

۱. دانشیار روان‌پزشکی مرکز تحقیقات نوروفیزیولوژی دانشگاه شاهد تهران ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

بدکار کردی‌های جنسی از شیوع بالایی در بیماران روان‌پزشکی برخوردار هستند. این بدکار کردی‌ها ممکن است به دلیل آسیب‌شناسی و رویکردهای دارودرمانی اختلالات روان‌پزشکی شکل بگیرند. مطالعات متعددی به بررسی رابطه بین بدکار کردی‌های جنسی و اختلالات روان‌پزشکی پرداخته‌اند. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد اختلالات روان‌پزشکی نقش مهمی در شکل‌گیری بدکار کردی‌های جنسی دارند. علائم مثبت اسکیزوفرنی (مانند سایکوز و توهمات) و علائم منفی (مانند فقدان احساس لذت) ممکن است به شکل منفی باعث اختلال در روابط بین فردی و روابط جنسی گردند. افسردگی و اختلالات خلقی ممکن است ریبیدو، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و بدکار کردی نعوظ تأثیر بگذارند. ضدافسردگی‌های کلاسیک نسبت به ضدافسردگی‌های نسل دوم، اثرات جانبی بیشتری بر کارکردهای جنسی دارند. همچنین، اختلالات اضطرابی بر بدکار کردی‌های جنسی نظیر اختلال میل جنسی، بدکار کردی نعوظ و مشکلات ارگاسم تأثیر می‌گذارند. بیماران دارای اختلالات خوردن، ممکن است از مشکلات جنسی رنج ببرند. اختلالات شخصیت و به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی با بدکار کردی‌های جنسی ارتباط دارند. علیرغم تمامی این نتایج، مطالعه در این حوزه دارای محدودیت‌های روش‌شناسی اساسی می‌باشد که باید در مطالعات آتی، مورد توجه قرار گیرد.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۱۷۸-۱۵۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۲۱

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 157-178

کلیدواژه‌ها: اختلالات روان‌پزشکی، بدکار کردی‌های جنسی

*Email: ghaedi.psychiatrist@gmail.com

مقدمه

می‌باشد [۳، ۱۱، ۱۲، ۱۳].

دی. اس. ام. ۵، ۲۲ طبقه عمده اختلالات روانی را فهرست کرده است که بیش از ۱۵۰ بیماری مجزا را در برمی‌گیرد [۲]؛ برای هر کدام از این اختلالات، تعریفی مجزا ارائه شده است، در اینجا سعی می‌گردد برای برخی از اختلالات مهم و به‌ویژه مواردی که در مطالعات رابطه آن‌ها با بدکارکردی‌های جنسی بررسی شده است، تعریف مختصری بر مبنای دی. اس. ام. ۵ ارائه گردد؛ اسکیزوفرنی؛ اختلال مزمنی است که در آن، معمولاً هذیان یا توهم بارزی وجود دارد، بیماری باید دست‌کم ۶ ماه طول بکشد و دارای ۳ مرحله مقدماتی، فعال و مرحله باقیه‌ای^۶ می‌باشد [۲]. اختلالات افسردگی؛ مشخصه اصلی این اختلالات عبارت است از افسردگی، غمگینی، تحریک‌پذیری، کندی روانی و حرکتی و در موارد شدید افکار خودکشی. اختلالات افسردگی شامل افسردگی اساسی و افسرده خوبی به‌عنوان بارزترین نوع می‌باشد؛ ویژگی اصلی افسردگی اساسی، خلق افسرده یا از بین رفتن علاقه یا لذت در فعالیت‌های معمول است. افسرده خوبی شکل مزمن خفیف افسردگی است که دست‌کم دو سال طول می‌کشد و در خلال این دوره در اکثر روزها فرد خلق افسرده را تجربه می‌کند و دست‌کم دو علامت افسردگی وجود دارد [۲].

اختلالات اضطرابی؛ شامل ۹ اختلال اصلی می‌باشد مانند؛ اختلال وحشت‌زدگی (مشخصه اصلی، احساس ترس یا وحشت شدیدی است که به‌طور ناگهانی در موقعیت‌های بروز پیدا می‌کند که چیز ترسناکی وجود ندارد، این حملات با علائم فیزیکی نظیر افزایش ضربان قلب همراه است)؛ اضطراب اجتماعی (فرد می‌ترسد در حضور دیگران مسخره یا تحقیر شود، اجتناب از محرک هراس‌آور اتفاق می‌افتد یا در غیر این صورت فرد اضطراب شدیدی را تجربه می‌کند)؛ اختلال اضطراب فراگیر (وجود نگرانی مفرط و مزمن در اکثر روزها و دشواری کنترل آن. نگرانی با علائمی نظیر اشکال در تمرکز، بی‌خوابی، تنش عضلانی و... همراه است) [۲].

اختلالات وسواس جبری شامل ۸ طبقه اختلالات فهرست شده می‌باشد که همگی با وسواس (افکار تکراری) یا اجبار (فعالیت‌های تکراری) ارتباط دارند. اختلال وسواسی جبری^۷؛ مشخصه اصلی اختلال وسواسی جبری، افکار یا تصاویر مزاحم و تکراری است که ناخواسته هستند (وسواس فکری) یا رفتارهای تکراری که فرد احساس می‌کند مجبور است آن‌ها را انجام دهد (وسواس عملی یا اجبار) یا هر دو. غالباً وسواس عملی برای کاهش اضطراب همراه با افکار وسواسی انجام می‌شود [۲].

اختلال استرس پس از سانحه^۸؛ پس از یک رویداد آسیب‌زا بروز می‌کند که طی آن فرد معتقد است در معرض خطر جسمی است یا زندگی‌اش به خطر افتاده است. اختلال استرس پس از سانحه، همچنین می‌تواند پس از مشاهده یک رویداد خشن یا تهدیدکننده حیات برای فردی دیگر اتفاق افتد.

کارکرد جنسی^۱ مناسب، یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی و حفظ روابط صمیمانه رضایت‌بخش می‌باشد. بدکارکردی جنسی، پدیده‌ای شایع در بین جمعیت نرمال باشد و در کشوری نظیر ایالات متحده بر زندگی جنسی حدوداً ۴۳ درصد زنان و ۳۱ درصد مردان تأثیر می‌گذارد [۱]. در «دی. اس. ام. ۵»^۲، بدکارکردی‌های جنسی به ۱۰ اختلال تقسیم‌بندی می‌شوند که مرتبط با تغییر در میل یا عملکرد جنسی هستند [۲]. انواع بدکارکردی‌های جنسی به شرح زیر هستند؛ انزال دیررس؛ عبارت است از ناتوانی یا تأخیر بارز در انزال در خلال مقاربت یا خودارضایی. بدکارکردی نعوظ؛ عبارت است از ناتوانی در به دستیابی به نعوظ کافی یا حفظ آن برای دخول و مقاربت. بدکارکردی ارگاسم؛ عبارت است از فقدان توانایی برای دستیابی به ارگاسم یا کاهش قابل ملاحظه شدت ارگاسم در خلال خودارضایی یا مقاربت. بی‌میلی / اختلال در برانگیختگی جنسی زنان؛ عبارت است از فقدان یا کاهش علاقه به تخیلات یا رفتارهای جنسی که موجب ناراحتی فرد می‌شود. اختلال دخول درد یا درد تناسلی لگنی؛ این اصطلاح، جایگزین اصطلاحات واژینیسیموس و مقاربت دردناک یا دیسپارونیا شده است. در این اختلال پیش‌بینی درد یا درد واقعی در خلال فعالیت‌های جنسی وجود دارد که بخصوص مرتبط با دخول است. کمبود میل جنسی در مردان؛ عبارت است از فقدان یا کاهش خیال‌پردازی‌های جنسی یا میل جنسی در مردان. انزال زودرس؛ انزال زودرس به‌صورت انزالی تظاهر پیدا می‌کند که پیش از دخول در خلال مقاربت یا بلافاصله پس‌از آن ایجاد می‌گردد. بدکارکردی جنسی ناشی از مواد / دارو؛ عبارت است از اختلال در عملکرد جنسی ناشی از مصرف مواد یا داروها نظیر فلوکستین [۲].

شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در بین زنان که توسط حدوداً یک‌سوم آنان گزارش شده است، کاهش میل جنسی می‌باشد و شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در بین مردان نیز بدکارکردی نعوظ^۳ (به‌ویژه در سنین بالا) و انزال زودرس می‌باشد [۳].

بدکارکردی‌های جنسی در بین افرادی که اختلالات روانی دارند و به‌ویژه افرادی که از داروهای روان‌پزشکی استفاده می‌کنند، از شیوع بالایی برخوردار هستند [۴]. برای مثال میزان بدکارکردی‌های جنسی گزارش شده در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که با داروهای ضدسایکوز^۴ درمان می‌شوند بین ۳۰ تا ۶۰ درصد می‌باشد [۵] و این میزان، در بین افراد مبتلا به افسردگی که با داروهای ضدافسردگی^۵ تحت درمان هستند به ۷۰ درصد [۴، ۶، ۷، ۸] و در بیمارانی که از اختلالات اضطرابی رنج می‌برند به ۸۰ درصد می‌رسد [۹، ۱۰]. در سایر بیماران که از اختلالاتی نظیر وسواس، فوبیا، اختلالات جسمانی و نظایر آن رنج می‌برند به‌طور متوسط بین ۷ تا ۲۳ درصد در اختلالات مختلف

¹ Sexual Function

² DSM-5

³ Erectile Dysfunction

⁴ Antipsychotic drugs

⁵ Antidepressant

⁶ Residual Phase

⁷ Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

⁸ Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

آن صورت گرفت. بر اساس عوامل مورد بررسی در مطالعه بررسی شده عواملی نظیر انتقال‌دهنده‌های عصبی در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی، داروهای مصرفی در بیماران روان‌پزشکی و طول دوره درمانی، عوامل پایه در شکل دادن به اختلالات روان‌پزشکی و نقش آن‌ها در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی بررسی شد.

انتقال‌دهنده‌های عصبی و عملکرد جنسی

کارکردهای جنسی، به واسطه و تحت تأثیر ترکیبات پیچیده انتقال‌دهنده‌های عصبی، غدد درون‌ریز^۵ و نوروپپتیدها^۶ قرار دارند.

عوامل مرتبط با غدد درون‌ریز شامل آندروژن‌ها^۷، استروژن‌ها^۸، پروژسترون^۹، پرولاکتین^{۱۰}، اکسی‌توکین^{۱۱}، کورتیزول^{۱۲} و فرمون‌ها^{۱۳} می‌باشند. انتقال‌دهنده‌های عصبی که در شکل‌گیری کارکردهای جنسی نقش دارند عمدتاً شامل دوپامین^{۱۴}، سروتونین^{۱۵} و اپی‌نفرین^{۱۶} هستند. این انتقال‌دهنده‌های عصبی، عمدتاً در آسیب‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی و همچنین درمان‌های دارویی آن‌ها، نقش دارند [۳].

دوپامین

مطالعاتی که بر روی انسان و حیوانات انجام شده است، نشان می‌دهد که سیستم دوپامینرژیک مرکزی^{۱۷} در همه رفتارهای جنسی مردان شامل میل، نعوظ، ارگاسم و رضایتمندی جنسی نقش دارد. مطالعات نشان می‌دهد آگونیست‌های دوپامینرژیک نظیر ال-دوپا^{۱۸}، آپومورفین^{۱۹}، آمانتادین^{۲۰}، بوپروپین^{۲۱} و آمفتامین^{۲۲}، منجر به برانگیختگی رفتارهای جنسی می‌گردند، درحالی‌که بلاک‌های دوپامینرژیک مرکزی، نظیر ضدسایکوزها، باعث اختلال در کارکرد جنسی، هم در حیوانات وهم در انسان می‌گردند [۳، ۱۱].

علائم اختلال استرس پس از سانحه، معمولاً کمی پس از رویداد سانحه بروز می‌کنند؛ هرچند در برخی موارد، علائم ماه‌ها یا حتی سال‌ها پس از سانحه خود را نشان می‌دهد [۲]. اختلالات خوردن و تغذیه؛ مشخصه اصلی اختلالات خوردن و تغذیه آشفتگی بارز در رفتار خوردن است. بی‌اشتهایی عصبی؛ یک نوع اختلال خوردن است که مشخصه آن کاهش وزن بدن و امتناع از خوردن است. اشتها معمولاً تغییری نمی‌کند. پراشتهایی عصبی؛ به‌عنوان نوع دیگری از اختلال خوردن است که در آن پرخوری‌های مکرر و عودکننده با یا بدون استفراغ روی می‌دهد [۲].

اختلالات شخصیت؛ مشخصه اختلالات شخصیت، الگوهای غیر انطباقی عموماً دیرپا و ریشه‌دار رفتاری است که معمولاً در نوجوانی یا زودتر از آن قابل شناسایی هستند. اختلال شخصیت نمایشی؛ مشخصات اصلی این اختلال عبارت‌اند از بی‌ثباتی هیجانی، هیجان‌پذیری، بیش‌واکنش دهی، خودبینی، ناپختگی، وابستگی، ابراز نمایشی خود، توجه‌طلبی و اغواگری. اختلال شخصیت مرزی؛ افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثبات و تکانشی هستند، روابط جنسی آشفته‌ای دارند، اعمال خودکشی و رفتارهای جرح، از خود نشان می‌دهند، مشکلات هویتی دارند، دچار دودلی، دوسوگرایی و احساس پوچی و کسالت هستند [۲]. ارزیابی بدکارکردی‌های جنسی در بیماران روان‌پزشکی باید مبتنی بر کارکردهای جنسی اولیه، اختلالات روان‌پزشکی، بیماری‌های جسمانی و داروهای مختلفی باشد که مصرف می‌کنند [۳]. بدکارکردی‌های جنسی، ممکن است با اختلالات دیگری، هم‌زمان باشد؛ اغلب به‌عنوان اولین نشانه از مشکلات جسمانی در نظر گرفته می‌شوند و به‌طور معنی‌داری باعث کاهش کیفیت زندگی می‌گردند. آگاهی از شیوع بدکارکردی‌های جنسی و همچنین مکانیزم‌های فرضی شکل‌گیری آن‌ها، در بیماران روان‌پزشکی، می‌تواند به بهبود نگرش‌های درمانی و افزایش رضایتمندی بیماران از روند درمانی و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها منجر گردد [۳].

روش کار

در این مطالعه مروری؛ مقالاتی که بین سال‌های ۱۹۶۹ تا ۲۰۱۵ که به‌نوعی به بررسی رابطه بین اختلالات روان‌پزشکی و بدکارکردی‌های جنسی پرداخته بودند، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. جستجوی مطالعات با بررسی مطالعات در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی و انگلیسی معتبر نظیر اس. آی. دی^۱، پاب‌مد^۲، گوگل اسکولار^۳، اسپرینگر^۴ و با کلیدواژه‌هایی نظیر افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی، اختلالات روان‌پزشکی، اختلالات شخصیت، اختلالات خوردن، داروهای روان‌پزشکی (مانند ضدافسردگی‌ها و ضدسایکوزها)، بدکارکردی‌های جنسی و مانند

⁵ Endocrine

⁶ Neuropeptides

⁷ Androgens

⁸ Estrogens

⁹ Progesterone

¹⁰ Prolactin

¹¹ Oxytocin

¹² Cortisol

¹³ Pheromones

¹⁴ Dopamine

¹⁵ Serotonin

¹⁶ Epinephrine

¹⁷ Central Dopaminergic System

¹⁸ L-dopa

¹⁹ Apomorphine

²⁰ Amantadine

²¹ Bupropion

²² Amphetamines

¹ SID

² PubMed

³ Google Scholar

⁴ Springer

سروتونین

یافته‌های مطالعاتی که بر روی حیوانات انجام شده است، نشان می‌دهد گیرنده‌های ۵. اچ. تی.^۱، بسته به اینکه چه نوع گیرنده سروتونینی دخالت داشته باشد، ممکن است باعث تسهیل و بازداری رفتارهای جنسی گردند و یا اینکه هیچ تأثیری بر رفتار جنسی نداشته باشند. مطالعاتی که به‌منظور بررسی اثر ضدافسردگی‌ها بر کارکردهای جنسی انسان انجام شده است، نشان می‌دهد فعال‌سازی گیرنده ۵. اچ. تی.^۲ به تمام پاسخ‌های جنسی در مردان و زنان آسیب می‌زند [۱۴، ۱۵]. پروکستین^۳ (از داروهای بازدارنده بازجذب سروتونین) باعث کاهش سطوح اکسید نیتریک^۴ شده و از این طریق باعث کاهش عملکرد جنسی می‌گردد. [۱۶]

اپی نفرین

هنگامی که گیرنده‌های آلفا-بلاکر^۵ به تحریک پاسخ نعوظ می‌پردازند، اپی نفرین باعث بازداری پاسخ‌های نعوظ در مردان می‌گردد. در مقابل و در زنان، هنگامی که توقف فعالیت آدرنژیک^۶ باعث آسیب به برانگیختگی جنسی و ارگاسم می‌گردد؛ اپی نفرین به تسهیل جریان خون‌رسانی به اندام‌های تناسلی و تورم اندام‌ها کمک می‌کند. [۱۵]

نوراپی نفرین

سطوح نوراپی نفرین، در طول برانگیختگی جنسی، در هر دو جنس افزایش می‌یابد. مطالعات اندکی که بر روی نوراپی نفرین و تأثیر آن بر کارکردهای جنسی انجام شده است، نشان می‌دهند که افزایش سطح نوراپی نفرین، ممکن است بر تسهیل پاسخ نعوظ در مردان، مؤثر باشد [۱۵].

استیل کولین

استیل کولین باعث تسهیل فرایند نعوظ از طریق رهاسازی ماهیچه‌ای بدنه آلت تناسلی می‌گردد. تأثیر استیل کولین بر کارکردهای جنسی زنان، چندان مشخص نیست [۱۵].

بدکار کردی‌های جنسی و اسکیزوفرنی

مطالعات نشان داده است بیمارانی که از اسکیزوفرنی رنج می‌برند، به‌عنوان بخشی از ماهیت بیماری‌شان، بدکار کردی‌های جنسی را تجربه می‌کنند [۱۷]. شخصیت پیش‌مرزی این بیماران، اغلب اختلال شخصیت اسکیزوئید^۷ و اختلال شخصیت اسکیزوتایپال^۸ می‌باشد که با روابط بین فردی محدود و ضعیف و فقدان تجارب جنسی، همراه است. علائم منفی این اختلال، نظیر

فقدان احساس لذت، کاهش انگیزه و کاهش پاسخ‌های عاطفی (که به کاهش فعالیت دوپامین در کورتکس قدامی^۹ ارتباط دارد)، باعث آسیب شدید، بر توانایی لذت بردن از زندگی جنسی می‌گردد. بعلاوه، بیماران اسکیزوفرنیک به دلیل دوره‌های عودکننده سایکوز، چاقی و عزت نفس پایین، در شکل دادن به یک رابطه عاطفی، با مشکلات شدیدی روبه‌رو هستند. اضافه بر این، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به‌طور مرتب از داروهای ضدسایکوز که دارای مکانیسمی تقریباً مشابه (انسداد گیرنده‌های پس‌سیناپسی دی.^{۱۰} دوپامینرژیک^{۱۱}) هستند، استفاده می‌کنند که باعث بدکار کردی جنسی در آنان می‌گردد [۳، ۱۱].

مطالعات اندکی به بررسی شیوع بدکار کردی‌های جنسی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پرداخته‌اند. عمده داده‌های موجود بر بدکار کردی جنسی در مردان تمرکز دارند. در یکی از اولین مطالعات صورت گرفته که توسط کوتین^{۱۲} و همکاران [۱۱] انجام شده، نتایج نشان می‌دهد ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به افسردگی که توسط تیوریدازین^{۱۳} درمان می‌شوند بدکار کردی جنسی را گزارش داده‌اند (۳۵ درصد بدکار کردی نعوظ)، در مقابل فقط ۲۵ درصد از بیمارانی که از سایر ضدسایکوزهای شایع استفاده کرده‌اند، بدکار کردی جنسی را گزارش داده‌اند. سایر مطالعات انجام شده بر روی بیماران اسکیزوفرنی که از داروهای ضدسایکوز استفاده می‌کنند، شیوع بدکار کردی‌های جنسی را بین ۳۷ تا ۵۴ درصد گزارش داده‌اند [۱۸، ۱۹]. آیزنبرگ^{۱۴} و همکاران [۲۰] در مطالعه دو گروه از مردان مبتلا به اسکیزوفرنی (یک گروه درمان شده و گروه دیگر درمان نشده بودند)، دریافتند که هر دو گروه، در مقایسه با گروه نرمال، شیوع بالایی از بدکار کردی‌های جنسی را گزارش داده‌اند. بیماران اسکیزوفرنی درمان نشده، کاهش در میل جنسی و عملکرد جنسی ضعیف را گزارش دادند. گروه درمان شده با ضدسایکوزها، بدکار کردی نعوظ، مشکل در ارگاسم و کاهش رضایت از عملکرد جنسی را گزارش دادند. بدکار کردی نعوظ در گروه درمان شده طی دوره‌های عودکننده و بستری مجدد بیماران، مجدداً گزارش شده است.

در مطالعه‌ای که توسط مک‌دونالد^{۱۵} و همکاران [۲۱] انجام شد، بدکار کردی‌های جنسی در هر دو جنس با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی و فرم‌های مخصوص زنان و مردان بررسی شده و نتایج با جمعیت نرمال مقایسه گردید. حداقل یک نوع بدکار کردی جنسی توسط ۸۲ درصد از مردان و ۹۶ درصد از زنان مبتلا به اسکیزوفرنی گزارش شد. مردان کاهش میل جنسی (۵۲ درصد)، بدکار کردی نعوظ (۵۲ درصد) و فقدان آمیزش جنسی یا خودارضایی^{۱۶} (۲۷ درصد) را گزارش دادند. زنان مبتلا به اسکیزوفرنی، کاهش لذت از رابطه جنسی با میزان ۴۶ درصد

⁹ Frontal cortex

¹⁰ D2

¹¹ Postsynaptic D2 dopaminergic receptors

¹² Kotin

¹³ Thioridazine

¹⁴ Aizenberg

¹⁵ MacDonald

¹⁶ Masturbation

¹ 5-HT

² 5-HT2

³ Paroxetine

⁴ Nitric Oxide

⁵ Blocking Alpha-receptors

⁶ Adrenergic

⁷ Schizoid

⁸ Schizotypal

مبتلا به اسکیزوفرنی که با کلوزاپین^۷ درمان می‌شدند و ۴۳ بیمار که با هالوپریدول^۸ درمان می‌شدند را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها هیچ تفاوتی بین دو دارو در کاهش اثرات جانبی بر کارکردهای جنسی، پیدا نکردند. هرچند بعدها آیزنبرگ و همکاران [۲۸] در مطالعه بر روی بیماران مرد سرپایی با اسکیزوفرنی مزمن، دریافتند که تداوم درمان با کلوزاپین در مقایسه با ضدسایکوزهای اولیه، باعث عملکرد بهتر ارگاسم، لذت بیشتر از سکس و افزایش رضایتمندی جنسی می‌گردد.

در سال‌های اخیر، شواهد بالینی گردآوری شده نشان داده داروهایی نظیر اولانزاپین^۹، کوتیپاین^{۱۰} و زیپراسیدون^{۱۱}، باعث اختلال کمتری در کارکردهای جنسی می‌گردند و به نظر می‌رسد نسبت به سایر ضدسایکوزها فواید بیشتری داشته باشند [۱۱].

بیتر^{۱۲} و همکاران [۲۹] کارکردهای جنسی را در بیماران اسکیزوفرنی که برای بار اول درمان می‌شدند، مورد بررسی قرار دادند. ۵۷۰ بیمار در ابتدای درمان، ۳ و ۶ ماه بعد از دریافت داروهای ضدسایکوز مورد مطالعه قرار گرفتند. بدکارکردی جنسی با استفاده از مقیاس‌های اندازه‌گیری خاص صورت‌نپذیرفت. گروه نمونه به ۳ گروه تقسیم‌بندی شدند: اولانزاپین، رisperidon^{۱۳} و ضدسایکوزهای اولیه. در ارزیابی اولیه حدوداً ۳۷ درصد بیماران، نوعی از بدکارکردی جنسی را گزارش دادند. بعد از درمان، بیمارانی که اولانزاپین دریافت کرده بودند درصد کمتری از بدکارکردی جنسی و فقدان انرژی را گزارش دادند. این یافته‌ها در یک مطالعه دو سوکور که اولانزاپین را با رisperidon مقایسه می‌کرد تکرار شدند [۳۰]. در این مطالعه بدکارکردی جنسی در بیمارانی که با اولانزاپین درمان می‌شدند، به شکل معنی‌داری بسیار کمتر از بیمارانی بود که با رisperidon درمان می‌شدند.

داسنباخ^{۱۴} و همکاران [۳۱]، ۳۸۲۸ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی را به که صورت سرپایی درمان می‌شدند، مورد بررسی قرار دادند. بیمارانی که با اولانزاپین درمان می‌شدند ۲۶۳۸ نفر، رisperidon ۸۶۰ نفر، کوتیپاین، ۱۴۲ نفر و هالوپریدول^{۱۵} ۱۸۸ نفر بودند. نتایج نشان داد بیمارانی که با اولانزاپین و کوتیپاین درمان می‌شدند به شکل معنی‌داری، بدکارکردی جنسی کمتری را گزارش دادند، درحالی‌که بدکارکردی‌های جنسی در بیمارانی که رisperidon دریافت می‌کردند (۶۷/۸ درصد) و بیمارانی که هالوپریدول مصرف می‌کردند (۷۱/۱ درصد) بود. کوتیپاین و زیپراسیدون، ارتباطی با سطوح بالای پرولاکتین ندارند و احتمالاً به همین دلیل چنین تأثیری بر بدکارکردی‌های جنسی دارند [۲۶، ۳۲]. تأثیر کمتر کوتیپاین در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی، در چندین

گزارش دادند. بدکارکردی جنسی در زنان، با علائم منفی اسکیزوفرنی و آسیب‌شناسی کلی در ارتباط بود. در هر دو گروه زنان و مردان، ارتباط معنی‌داری بین بدکارکردی جنسی و نوع خاصی از داروهای ضدسایکوز ملاحظه نشد. علیرغم نتایج جالب توجه این مطالعه، محدودیت‌هایی نظیر نمونه پایین، استفاده از صرفاً پرسشنامه‌های خودگزارش دهی که دارای اعتبار قبلی نبودند، نتایج مطالعه را تا حدودی نامعتبر جلوه می‌داد. بعلاوه تعداد کمی از بیماران شریک جنسی داشتند، درحالی‌که گروه کنترل عمدتاً دارای شریک جنسی بودند. در این مطالعه تفکیک بدکارکردی جنسی در اثر خود بیماری یا مصرف داروهای ضدسایکوز صورت نگرفته بود.

تلاش برای درمان بدکارکردی‌های جنسی در بیمارانی اسکیزوفرنی که همچنان داروهای ضدسایکوز استفاده می‌کردند، از طریق افزودن آگونیست‌های دوپامینرژیک، چندان نتایج جالب توجهی به همراه نداشته است. بعلاوه، اضافه کردن ال-دوپا ممکن است باعث تشدید علائم سایکوز در بیماران گردد [۲۲].

آپومورفین باعث تشدید استفراغ در بیماران می‌گردد و در نتیجه در فرایند درمانی کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۳]. در یک مطالعه برجسب آشکار (مطالعاتی که هم محقق و هم آزمودنی در مورد رویکرد درمانی و نوع داروی مصرفی آگاهی دارند) مصرف ۱۰۰ میلی‌گرم آمیتادین (بازدارنده بازجذب دوپامین^۱) برای ۶ هفته، بهبودی آماری معناداری در نمرات بدکارکردی جنسی نشان داد، با این حال، نتایج به دست آمده، به لحاظ بالینی چندان قابل استناد و کافی نبودند [۲۴]. در یک مطالعه مورد-مقاطع دو سوکور با داروی پلاسبوی کنترل شده، به ۱۰ بیمار مرد مبتلا به اسکیزوفرنی که به شکل سرپایی با ضدسایکوزها درمان می‌شدند، به شکل روزانه، ۱۵ میلی‌گرم سلیجیلین^۲ (ال-دپرینیل^۳) هم‌زمان با داروهای ضدسایکوز داده می‌شد. سلجیلین، نوعی بازدارنده ب اکسیداز مونوآمین انتخابی^۴ می‌باشد. در دوزهای پایین (۱۵ میلی‌گرم در روز)، سلجیلین، باعث بازداری دوپامین و فنیل تیلامین^۵ می‌گردد. در مطالعه صورت گرفته، علیرغم کاهش سطوح پرولاکتین، هیچ نوع تأثیری بر بهبود کارکردهای جنسی ملاحظه نگردید [۲۵].

با معرفی داروهای ضدسایکوز غیرمعمول جدید، انتظاراتی برای کاهش اثرات جانبی ضدسایکوزها بر کارکردهای جنسی، ایجاد شد. ضدسایکوزهای غیرمعمول، گروهی از داروهای ضدسایکوز هستند که فواید بالقوه بیشتری نسبت به ضدسایکوزهای معمول در کاهش بدکارکردی‌های جنسی دارند. این داروها تأثیر کمتری بر گیرنده‌های آلفا-آدرنرژیک و کولینرژیک پیرامونی که در کارکردهای جنسی مؤثر هستند، دارند [۲۶]. هامر^۶ و همکاران [۲۷] در مطالعه‌ای، ۱۰۰ بیمار

⁷ Clozapine

⁸ Haloperidol

⁹ Olanzapine

¹⁰ Quetiapine

¹¹ Ziprasidone

¹² Bitter

¹³ Risperidone

¹⁴ Dossenbach

¹⁵ Haloperidol

¹ Dopamine reuptake inhibitor

² Selegiline

³ L-deprenyl

⁴ Selective monoamine oxidase B inhibitor

⁵ Phenylethylamine

⁶ Hummer

مطالعه دیگر مشخص گردیده است [۱۱].

در سال‌های اخیر استفاده از سیلدنافیل^۱ (ویاگرا^۲)، در درمان بدکارکردی‌های جنسی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، مورد بررسی و بحث بوده است. مطالعات موردی و مطالعات برچسب آشکار، همچون شواهد و تجارب بالینی روان‌پزشکان، نشان می‌دهد که سیلدنافیل، احتمالاً می‌تواند درمان مؤثری برای بیمارانی باشد که قادر هستند روابط بهتری با همسرشان داشته باشند، بدون اینکه تأثیرات منفی زیادی داشته باشد [۳۳، ۳۴].

این مسئله، همچنین در یک مطالعه دو سوکور که توسط گوپالاکریشنان^۳ و همکاران [۳۵]، انجام شده است، نشان داده شده است. ۳۲ بیمار با بدکارکردی نعوظ که علائم اسکیزوفرنی یا اختلالات هذیانی را داشتند به شکل تصادفی، سیلدنافیل (۲۵ میلی‌گرم، ۱ تا ۲ بار در روز) یا پلاسیبو دریافت کردند و بعد از ۲ هفته مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد در بیمارانی که سیلدنافیل مصرف می‌کردند، مدت‌زمان نگهداری نعوظ، فراوانی نعوظ همراه با رضایت از آمیزش، افزایش قابل توجهی پیدا کرده است. ماندگاری اثرات دارو، باعث شد که مؤلفین چنین نتیجه بگیرند که سیلدنافیل، می‌تواند برای درمان بدکارکردی نعوظ در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر باشد.

نهایتاً اینکه باید بیان کرد اتخاذ یک رویکرد درمانی برای بدکارکردی جنسی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با توجه به مراحل زیر صورت خواهد پذیرد: ۱- تجویز دارو با حداقل دوز مؤثر، ۲- استفاده از داروهای ضدسایکوز جدید: کوتیپین، اولانزپین، زیرازیدون یا کلسوزاپین، ۳- روان‌درمانی: مداخلات خانواده/زوج برای بازسازی روابط و ۴- در مردان اضافه کردن بازدارنده‌های پی‌دی. ای. ۵^۴ (سیلدنافیل، واردنافیل^۵، تادافیل^۶).

بدکارکردی‌های جنسی و افسردگی

حدود ۱۰ تا ۱۶ درصد جمعیت عمومی به‌نوعی از دوره‌های افسردگی رنج می‌برند [۳، ۱۱، ۱۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸] و این مسئله تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌گذارد. کاهش شدید انرژی روانی، خلق افسرده و فقدان علاقه و لذت از شایع‌ترین علائم دوره‌های افسردگی اساسی می‌باشد [۳۸، ۳۹]، کاسپر^۷ و همکاران [۴۰]، در مطالعه خود بر روی نمونه‌ای از افراد مبتلا به افسردگی شدید بستری در بیمارستان، دریافتند که ۷۲ درصد از بیماران افسردگی تک‌قطبی و ۷۷ درصد از بیماران افسردگی دوقطبی، کاهش میل جنسی را تجربه کرده‌اند. علائم افسردگی، اغلب با علائم اضطراب همراه هستند که ارتباطی قوی با بدکارکردی‌های جنسی دارند [۴۱، ۴۲، ۴۳]. افزایش شدت افسردگی و اضطراب، با کاهش شدید انرژی روانی همراه است.

آسیب‌های شناختی و افزایش سن، رابطه‌ای قوی با کاهش میل جنسی دارند [۴۴]. بیماران افسرده‌ای که اشتباهی فرایندهای دارند، نسبت به بیمارانی که افزایش اشتها ندارند، حساسیت بیشتری نسبت به روابط شخصی داشته، خصومت بیشتر و کاهش شدیدتر انرژی روانی را گزارش می‌دهند [۳، ۱۱]. علاوه بر افراد افسرده ممکن است توانایی کمتری برای حفظ برانگیختگی جنسی یا دستیابی به ارگاسم داشته باشند [۱۱، ۱۱]. در مردان با افسردگی شدید، شیوع بدکارکردی نعوظ، ۹۰ درصد گزارش شده است [۴]. تیس^۸ و همکاران [۴۵]، ۳۴ مرد مبتلا به افسردگی که به‌صورت سرپایی تحت درمان بودند را با ۲۸ نفر گروه نرمال مورد مقایسه قرار دادند. کاهش میزان سفتی آلت تناسلی، در حدوداً ۴۰ درصد از مردان مبتلا به افسردگی مشاهده گردید، علاوه کاهش زمان سفتی آلت در طول شب (نعوظ شبانگاهی) در بیماران افسرده، بیشتر از گروه کنترل بود. این‌طور به نظر می‌رسد که افسردگی در مردان با کاهش بالقوه ظرفیت نعوظ و در نتیجه بدکارکردی‌های جنسی ارتباط دارد.

کندی^۹ و همکاران [۴۶]، در بررسی شیوع بدکارکردی‌های جنسی در گروهی از بیماران مبتلا به افسردگی (۵۵ مرد و ۷۹ زن) دریافتند که ۵۰ درصد زنان و ۷۵ درصد مردان، نوعی از بدکارکردی جنسی داشته‌اند؛ بیش از ۴۰ درصد مردان و ۵۰ درصد از زنان، کاهش میل جنسی را گزارش دادند. کاهش سطوح برانگیختگی جنسی در هر دو جنس (مردان ۴۰ درصد و زنان ۵۰ درصد) و مشکلات ارگاسم (مردان ۱۵ درصد و زنان ۲۰ درصد) نیز از سایر مشکلات جنسی بود. در زنان، مشکل در برانگیختگی و ارگاسم با نوروزگرایی بالا و برون‌گرایی پایین (درون‌گرایی) ارتباط معنی‌دار داشت.

پرلمن^{۱۰} [۴۷]، بیان می‌دارد، مردانی که نمره بالایی در افسردگی دارند تقریباً دو برابر سایر مردان، بدکارکردی نعوظ را گزارش می‌دهند. این مسئله به‌ویژه در مردان مسن‌تر با افسردگی شدید، شایع‌تر بوده و به ۹۰ درصد شیوع بدکارکردی نعوظ، در این گروه می‌رسد [۴۴].

مطالعات تصویربرداری از مغز در مردان و زنان افسرده، نشان‌دهنده تغییر در فعالیت مغزی مرتبط با کارکردهای جنسی می‌باشد [۴۸، ۴۹، ۵۰]. برای مثال یانگ^{۱۱} و همکاران [۴۹]، در مطالعه‌ای که بر روی ۹ زن سالم و ۷ زن مبتلا به افسردگی شدید انجام دادند، از فعالیت مغزی آنان، به هنگام دیدن یک فیلم یا محتوی جنسی و شهوانی، «ام. آر. آی.»^{۱۲} گرفتند. نتایج نشان داد در زنان سالم، دیدن فیلم، باعث فعال شدن نقاطی از مغز (شکنج اکسیپیتال میانی^{۱۳}، شکنج گیجگاهی میانی^{۱۴}، شکنج پیشانی تحتانی^{۱۵}، هیپوتالاموس^۱، ناحیه جداری^۲، شکنج کمربندی

⁸ Thase

⁹ Kennedy

¹⁰ Perelman

¹¹ Yang

¹² MRI

¹³ Middle Occipital Gyrus

¹⁴ Middle Temporal Gyrus

¹⁵ Inferior Frontal Gyrus

¹ Sildenafil

² Viagra

³ Gopalakrishnan

⁴ PDE-5

⁵ Vardenafil

⁶ Tadalafil

⁷ Casper

در ارتباط با مصرف تی.سی.ای.اس و بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز^{۱۰} گزارش شده است. هریسون^{۱۱} و همکاران [۵۳]، دریک مطالعه کنترل شده دریافتند ۳۰ درصد از بیماران افسرده‌ای که با تی.سی.ای.اس‌ها درمان می‌شوند و ۴۰ درصد از بیمارانی افسرده‌ای که با ام.ای.آی.اس درمان می‌شوند، نوعی از بدکارکردی‌های جنسی را گزارش داده‌اند [۵۴]. در مطالعه دو سوکووری که بر روی بیماران وسواسی که کلومی پرامین^{۱۲} (۱۰۰ تا ۱۵۰ میلی‌گرم در روز) مصرف می‌کردند، نتایج نشان‌دهنده اختلال در ارگاسم در بین ۹۶ درصد از افراد مورد مطالعه بود. وقتی برای اولین بار فلوکستین^{۱۳} معرفی شد، گزارش‌های پزشکی حاکی از شیوع بدکارکردی‌های جنسی در ۱٫۹ درصد از زنان و مردان استفاده‌کننده از آن بود [۵۵]. مطالعات کنترل شده، ثابت کرده‌اند که شیوع بدکارکردی‌های جنسی در محیط‌های بالینی بسیار بیشتر بوده و حدود ۷۵ درصد از بیمارانی که از فلوکستین استفاده می‌کنند، مشکلات ارگاسم را تجربه می‌کنند [۵۶]. مطالعات نشان می‌دهد میزان بدکارکردی‌های جنسی گزارش شده با مصرف اس.اس.آی.آر. اس بین ۳۴ تا ۷۸ در بیماران است [۵۷، ۵۸، ۵۹].

ویلیامز^{۱۴} و همکاران [۶۰]، در مطالعه خود، به بررسی شیوع بدکارکردی‌های جنسی در بین بیمارانی پرداختند که از اس.اس.آی.آر. اس و داروهای بازدارنده بازجذب نوراپی نفرین-سروتونین^{۱۵} استفاده می‌کنند. در این مطالعه که ۵۰۲ نفر، شامل دو نمونه انگلیسی و فرانسوی زبان، مورد بررسی قرار گرفتند، شیوع بدکارکردی جنسی در نمونه انگلیسی ۳۹٫۲ درصد و در نمونه فرانسوی ۲۶٫۶ درصد بود.

خزائی و همکاران [۶۱]، در مطالعه‌ای به بررسی بدکارکردی‌های جنسی در طول درمان با فلوکستین، سرتالین و ترازودن پرداختند. در این مطالعه ۱۰۲ مرد و ۹۳ زن که دارای علائم اختلال افسردگی اساسی بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به ۳ گروه درمانی تقسیم شده (فلوکستین، ۶۴ نفر؛ سرتالین^{۱۶}، ۶۷ نفر و ترازودن^{۱۷}، ۶۴ نفر) و هر گروه به مدت ۱۴ هفته با یکی از داروهای مذکور تحت درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد بیماران مرد و زنی که فلوکستین مصرف کرده بودند، بیشترین میزان آسیب در میل جنسی (به ترتیب ۴۳ و ۵۱ درصد) و برانگیختگی (به ترتیب ۴۴ و ۵۰ درصد) را تجربه می‌کردند. در مقابل بیمارانی که ترازودن مصرف کرده‌اند، کمترین میزان آسیب در میل (به ترتیب ۱۲ و ۱۸ درصد) و برانگیختگی جنسی (به ترتیب ۲۳ و ۲۴ درصد) را گزارش دادند. در مقایسه با فلوکستین و ترازودن، افرادی که سرتالین مصرف کرده بودند، آسیب متوسطی گزارش دادند؛ ۳۹

قدامی^۳، شکنج پراهیپوکامپ^۴، تالاموس^۵ و آمیگدال^۶ می‌گردد، در مقابل و در مقایسه با گروه نرمال، زنان افسرده، میزان فعالیت کمتری، به‌ویژه در هیپوتالاموس، ناحیه جداری، شکنج کمربندی قدامی و شکنج پراهیپوکامپ نشان دادند.

سیرانوسکی^۷ و همکاران [۵۱]، در مطالعه‌ای، به بررسی ارتباط بین افسردگی در گذر زندگی و فعالیت جنسی در بین ۹۱۴ زن در گروه سنی ۴۲ تا ۵۲ سال پرداختند. در این مطالعه، از پرسشنامه‌های خودگزارش دهی برای ارزیابی رفتارهای جنسی، میل جنسی، برانگیختگی جنسی و رضایتمندی جنسی، در طول ۶ ماه استفاده شد. آزمودنی‌ها بر اساس علائم افسردگی به ۳ گروه تقسیم شدند: ۱- فاقد علائم افسردگی اساسی، ۲- افسردگی در یک دوره و ۳- افسردگی با دوره‌های عودکننده. زنانی که دوره‌های عودکننده افسردگی داشتند برانگیختگی جنسی کمتر، لذت فیزیکی کمتر و رضایتمندی عاطفی کمتر در طول فعالیت جنسی‌شان گزارش دادند. بین ۳ گروه در فراوانی میل جنسی و فراوانی رفتارهای جنسی شریک جنسی، تفاوت معنی‌داری یافت نشد. همچنین نتایج نشان داد افسردگی طولانی و مادام‌العمر، باعث افزایش میزان خودارضایی در زنان می‌گردد.

افسردگی به شکل گسترده‌ای با داروهای ضدافسردگی، درمان می‌گردد. درمان، معمولاً طولانی‌مدت بوده و برای ماه‌ها تا سال‌ها طول می‌کشد و مستلزم همکاری بیمار است. بسیاری از داروهای ضدافسردگی نظیر بازدارنده‌های بازجذب سروتونین^۸ به تدریج جایگزین داروهای ضدافسردگی ۳ حلقه‌ای^۹ شده‌اند [۳] و [۱۱]. اس.اس.آی.آر. اس‌ها نسبت به تی.سی.ای.اس‌ها اثرات جانبی کمتری دارند. اگرچه باید گفت یکی از اثرات جانبی برجسته اس.اس.آی.آر. اس، آسیب در کارکردهای جنسی می‌باشد [۴] و شایع‌ترین تأثیری که اس.اس.آی.آر. اس بر کارکردهای جنسی دارند، ایجاد مشکل در رسیدن به ارگاسم و در ادامه، کاهش میل جنسی و برانگیختگی و درنهایت کاهش سطح رضایتمندی از کارکرد جنسی می‌باشد [۵۲].

ارزیابی میزان شیوع بدکارکردی‌های جنسی در اثر مصرف داروهای ضدافسردگی کار آسانی نیست، زیرا خود حالات خلقی و افسردگی می‌تواند بر میل و برانگیختگی جنسی، تأثیرگذار باشد. مطالعات اولیه در این زمینه، عمدتاً بر استانداردهای ثبت شده اثرات جانبی داروها (در آزمایشگاه‌ها) متمرکز بودند، درحالی‌که مطالعات جدیدتر عمدتاً به ارزیابی پاسخ‌های بیماران در جریان تکمیل پرسشنامه‌های استاندارد یا مصاحبه‌های ساختاریافته متمرکز هستند [۱۱].

در مطالعات پیشین، شیوع بالایی از بدکارکردی‌های جنسی

¹⁰ Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs)

¹¹ Harison

¹² Clomipramine

¹³ Fluoxetine

¹⁴ Williams

¹⁵ Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)

¹⁶ Sertraline

¹⁷ Trazodone

¹ Hypothalamus

² Septal Area

³ Anterior Cingulate Gyrus

⁴ Parahippocampal Gyrus

⁵ Talamus

⁶ Amygdala

⁷ Cyranowski

⁸ Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI's)

⁹ Tricyclic Antidepressants (TCAs)

این گروه از ضدافسردگی‌ها، فعالیت سروتونرژیک مرکزی را که از رفتار جنسی بازداری می‌کند، افزایش می‌دهند. گیرنده‌های ۵. اچ.تی. ۲ نقش مهمی در این فعالیت بازی می‌کنند. از طرف دیگر، سیستم دوپامینرژیک، رفتار جنسی و به‌ویژه برانگیختگی جنسی را افزایش می‌دهد [۱۵].

رویکردهای درمانی به بدکارکردی‌های جنسی ناشی از مصرف داروهای گروه اس.اس.آی. آر. اس، به‌طور کلی متمرکز بر تضعیف فعالیت سروتونرژیک مرکزی یا تحریک و افزایش فعالیت دوپامینرژیک هستند. در برخی بیماران نیز، بعد از طی چند هفته از درمان، اثرات جانبی مصرف داروها خودبه‌خود رفع می‌شوند. گاهی نیز با کاهش دوز مصرفی دارو (مثل نصف کردن دارو) می‌تواند اثرات جانبی دارو را تا حدودی کنترل کرد [۶۶]. این رویکرد عمدتاً در مورد داروهایی با نیمه‌عمر کوتاه نظیر پاروکستین یا سرتالین می‌تواند مفید باشد، ولی در مورد داروهایی با نیمه‌عمر طولانی‌تر نظیر فلوکستین کارایی ندارد.

سیپروهپتادین^{۱۰} (عامل آنتی هیستامینرژیک با فعالیت گیرنده‌های ۵. اچ.تی. ۲) به‌عنوان داروی الحاقی با گروه اس.اس.آی. آر. اس، می‌تواند در بهبود کارکرد جنسی مؤثر واقع شود. دستورالعمل استفاده از آن به‌صورت ۴ تا ۱۲ میلی‌گرم، یک تا دو ساعت قبل از داشتن رابطه جنسی می‌باشد [۶۷]. علاوه بر این در مطالعاتی که بر روی زنان و مردان دارای بدکارکردی جنسی که از گروه اس.اس.آی. آر. اس استفاده می‌کنند، استفاده هم‌زمان از میانسیرین (داروی ضدافسردگی با فعالیت ۵. اچ.تی. ۲. ای/۲. سی^{۱۱} و آنتاگونیست‌های آلفا ۲) مورد بررسی قرار گرفته است [۶۸، ۶۹]؛ ۹ نفر از ۱۵ مرد مورد مطالعه و ۱۰ نفر از ۱۶ زن مورد مطالعه، بهبودی قابل ملاحظه‌ای در ارگاسم و رضایت از روابط جنسی گزارش داده‌اند. دوز مصرفی این دارو، ۱۵ میلی‌گرم روزانه و تأثیر آن در بهبودی کارکرد جنسی، حدود دو هفته بعد از مصرف آشکار می‌شود. در یک مطالعه دو سوکور با استفاده از تجویز نفازودن، نتایج نشان دادند بیمارانی که از نفازودن استفاده می‌کنند در مقایسه با بیمارانی که از سرتالین استفاده می‌کنند، بدکارکردی‌های جنسی کمتری گزارش می‌دهند [۷۰].

علاوه بر این، برای کاهش اثرات منفی گروه اس.اس.آی. آر. اس، استفاده از داروهای ضداضطراب نظیر بوسپیرون^{۱۲} می‌تواند راهکاری مؤثر باشد. در یک مطالعه گذشته‌نگر، دوز ۱۵ تا ۶۰ میلی‌گرم، به‌صورت روزانه باعث بهبودی میل جنسی و مشکلات ارگاسم در ۱۱ نفر از ۱۶ بیماری بود که از بوسپیرون استفاده می‌کردند [۷۱]. این نتایج در مطالعه دوسوکور لاندن و همکاران (۶۳) که بر روی ۱۱۷ بیمار انجام شد، دوباره تکرار شدند. در این مطالعه ۲۰ تا ۶۰ میلی‌گرم بوسپیرون همراه با درمان اس.اس.آی. آر. اس برای ۴ هفته، منجر به کاهش بدکارکردی‌های جنسی (افزایش میل و کاهش مشکلات ارگاسم) در ۵۸ درصد از بیماران گردید. فرض بر این است که بوسپیرون از طریق

و ۴۲ درصد برای میل جنسی و ۳۲ و ۳۹ درصد برای برانگیختگی جنسی.

در مطالعه دیگری که در آمریکا بر روی جمعیت بالینی صورت گرفت [۶۲]، شیوع بدکارکردی‌های جنسی در بین بیمارانی که از همه انواع ضدافسردگی‌ها استفاده می‌کردند ۳۷ درصد بود. در این مطالعه بیشترین میزان شیوع بدکارکردی جنسی، در بیمارانی بود که از اس.اس.آی. آر. اس (سیتالوپرام^۱، سرتالین^۲، پاروکستین^۳ و فلوکستین^۴) و اس.ان.آی. آر. (ونلافاکسین^۵) استفاده کرده بودند. بیشترین میزان نیز برای گروه پاروکستین (۴۳ درصد) و کمترین میزان برای بوپروپین^۶ (۲۲ درصد) و نفازودن^۷ (۲۸ درصد) بود. نتایج به دست آمده در برخی مطالعات، نشان می‌دهد پاروکستین به شکل معنی‌داری باعث تأخیر بیشتر در ارگاسم و انزال می‌گردد، فلوکسامین^۸، فلوکستین و سرتالین نیز باعث بدکارکردی نعوظ می‌گردند [۵۹، ۶۰]. لاندن^۹ و همکاران [۶۳]، تفاوت معنی‌داری در شیوع بدکارکردی جنسی در بین بیمارانی که سیتالوپرام یا پاروکستین مصرف می‌کردند، پیدا نکردند. شیوع بالای بدکارکردی‌های جنسی در اثر مصرف اس.اس.آی. آر. اس و اس.ان.آی. آر. اس احتمالاً به دلیل مکانیزم فعال‌سازی گیرنده‌های ۵. اچ.تی. ۲ می‌باشد [۳، ۱۱] و شیوع بالای بدکارکردی‌های جنسی در بیمارانی که پاروکستین مصرف می‌کنند، احتمالاً به دلیل نزدیکی مکانیزم عمل پاروکستین با گیرنده‌های کولینرژیک باشد [۶]. از آنجائی که بوپروپین، هیچ تأثیر مستقیمی بر سروتونین ندارد، شاید بتواند شیوع کمتر بدکارکردی‌های جنسی در بیمارانی که بوپروپین مصرف می‌کنند را بدین شکل، تبیین کرد [۶۴].

شیوع بدکارکردی‌های جنسی ناشی از درمان دارویی با دلوکستین^۸ در یک مطالعه دو سوکور در مقایسه با پاروکستین و پلاسبو در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مورد بررسی قرار گرفت [۶۵]؛ نتایج نشان‌دهنده شیوع کمتر بدکارکردی‌های جنسی در بیماران استفاده‌کننده از دلوکستین نسبت به بیمارانی بود که از پاروکستین استفاده می‌کردند. البته نتایج نشان داد که شیوع بدکارکردی‌های جنسی در افرادی که پلاسبو استفاده می‌کردند کمتر از دو گروه دیگر بود.

ضدافسردگی‌های گروه اس.اس.آی. آر. اس، فعالیت معنی‌داری در گیرنده‌های آدرنرژیک، کولینرژیک و هیستامینرژیک^۹ ندارند، بنابراین تأثیری که این داروها بر کارکردهای جنسی می‌گذارند احتمالاً به دلیل ارتباطی است که با سیستم سروتونرژیک دارند [۳]. مطالعاتی که روی حیوانات انجام شده است نشان می‌دهد

¹ Citalopram
² Paroxetine
³ Venlafaxine
⁴ Bupropion
⁵ Nefazodone
⁶ Fluvoxamine
⁷ Landen
⁸ Duloxetine
⁹ Histaminergic

¹⁰ Cyproheptadine
¹¹ 5-HT_{2A/2C}
¹² Buspirone

(نظیر بوپروپین، میرتازاپین، نفازودن و ربوکستین). بدکار کردی نعوظ، شایع‌ترین اختلالی است که در اثر مصرف اس.اس.آی.آر. اس‌ها ایجاد می‌گردد و با مصرف سیلدنافیل به شکل مؤثری، بهبود می‌یابد، احتمالاً تادالافیل و واردنافیل نیز اثرات مشابهی داشته باشند [۱۱].

بدکار کردی‌های جنسی و اختلالات اضطرابی

اضطراب، از جمله مهم‌ترین عوامل در شکل دادن به بدکار کردی‌های جنسی می‌باشد [۹، ۱۷۸]. تأثیر اضطراب در شکل دادن به بدکار کردی‌های جنسی، به‌ویژه در ایجاد اختلال در پاسخ‌های نعوظ در مردان، به‌خوبی شناخته شده می‌باشد [۱۲، ۱۳]. عزت نفس بیمار، ممکن است منجر به افزایش نگرانی درباره خود و شریک جنسی گردد. این مسئله ممکن است باعث تغییرات رفتاری در بیمار گردد، برای مثال اجتناب از برقراری روابط صمیمانه و تغییرات خلقی که این مسئله باعث افزایش اضطراب و شکل‌گیری بدکار کردی نعوظ در مردان یا مشکل در برانگیختگی جنسی در هر دو جنس شده و درنهایت چرخه معیوبی از شکست در روابط جنسی، افزایش اضطراب و شکل‌گیری طرح‌واره‌های شناختی^۹ منفی شکل می‌دهد [۳، ۱۱]. البته چنین شرایطی در اغلب مراجعین با مداخلات کوتاه‌مدت رفع شده و به کاهش اضطراب و بهبودی بدکار کردی‌های جنسی منجر می‌گردد. حدوداً ۱۵ درصد از جمعیت عمومی از انواعی از اختلالات اضطرابی رنج می‌برند. این اختلالات شامل اضطراب فراگیر، اختلال هراس، وسواس فکری و عملی، اضطراب اجتماعی و اختلال استرس پس از رویداد می‌باشند. مطالعاتی که به اوایل دهه ۱۹۸۰ برمی‌گردند، نشان می‌دهند افرادی که از سطوح بالای اضطراب رنج می‌برند، سطوح بالایی از بدکار کردی‌های جنسی را نیز گزارش می‌دهند [۹]. البته ادبیات روان‌تحلیلی، تمرکز بیشتری بر ارتباط بین اضطراب برانگیخته شده به‌وسیله تعارضات درونی و بدکار کردی‌های جنسی دارد [۷۹]. کاپلان [۹]، مدعی است که نقش اختلالات اضطرابی به‌ویژه در شکل‌گیری اختلال بی‌زاری جنسی^{۱۰} و فوبی داشتن سکس، کاملاً محرز است. وی دریافت در بیماران که از پرداختن به رابطه جنسی اجتناب می‌کنند یا از انزجار و بی‌زاری جنسی شکایت دارند، اختلالات هراس، شیوع ناگهانی بالایی دارد. برخی از بیماران واقعاً دچار حملات وحشت و هراس درباره عملکرد جنسی شده یا به شکل وسواس گونه‌ای در مورد جزئیات عملکرد جنسی‌شان حساس می‌گردند و در نتیجه کنترل خود را بر عملکرد جنسی از دست می‌دهند. مونتیرو^{۱۱} و همکاران [۵۴]. در مطالعه خود بر روی افراد دارای وسواس درمان نشده، دریافتند که حدود ۲۴ درصد آنان، هنوز باکره هستند و نزدیک به ۹ درصد نیز برای سال‌ها هیچ‌گونه رابطه جنسی نداشته‌اند.

فعال‌سازی گیرنده‌های ۵. اچ. تی. ۱. ای.^۱ باعث کاهش فعالیت سروتونرژیک می‌گردد.

یکی از رویکردهای بهبود بدکار کردی‌های جنسی، افزایش فعالیت دوپامینرژیک می‌باشد. اضافه کردن داروهای دوپامینرژیک نظیر آمانتادین (۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه)، دکسترومفتامین^۲، متیل‌فندیت^۳ (ریتالین^۴) و پمولین^۵، باعث موفقیت‌های چشمگیری در کاهش بدکار کردی‌های جنسی شده است [۳، ۱۵].

مطالعات متعددی نشان داده است جایگزین کردن درمان اس.اس.آی.آر. اس با بوپروپین، باعث کاهش علائم بدکار کردی‌های جنسی در اغلب بیماران می‌گردد [۶۴، ۷۲]. بوپروپین زمانی که به‌عنوان ضد اس.اس.آی.آر. اس استفاده می‌گردد، تأثیرات بیشتری در این زمینه خواهد داشت استفاده از میرتازاپین^۶ در مقایسه با اس.اس.آی.آر. اس به دلیل مکانیزم اثری که بر فعالیت آنتاگونیست‌ها در ۵. اچ. تی. ۲ و گیرنده‌های آلفا ۲ دارد، کمتر باعث شکل‌گیری بدکار کردی جنسی می‌گردد [۷۳]. استفاده از ربوکستین^۷ (از گروه اس.ان.آر. آی) می‌تواند گزینه مناسب دیگری برای کاهش بدکار کردی‌های جنسی ناشی از اس.اس.آی.آر. اس‌ها باشد [۷۴].

اضافه کردن سیلدنافیل برای بیمارانی که دارای بدکار کردی جنسی ناشی از مصرف ضدافسردگی‌ها هستند نیز، می‌تواند مؤثر باشد. نرنبرگ^۸ و همکاران [۷۵]، در مطالعه خود دریافتند سیلدنافیل بر روی بیمارانی که از اس.اس.آی.آر. اس‌ها استفاده می‌کنند، باعث کاهش اثرات منفی اس.اس.آی.آر. اس‌ها در بدکار کردی‌های جنسی می‌گردد. این نتایج، در مطالعات دیگری نیز ثابت شده است [۷۶]. سیلدنافیل در یک دوز منعطف می‌تواند باعث بهبود علائم بدکار کردی جنسی، برانگیختگی، انزال، ارگاسم و درنهایت رضایتمندی جنسی کلی در مردان افسرده‌ای شود که به دلیل استفاده از اس.اس.آی.آر. اس، داری بدکار کردی نعوظ هستند. تجویز ۲۵ تا ۵۰ میلی سیلدنافیل به شکل روزانه می‌تواند باعث کاهش علائم بدکار کردی نعوظ در ۷۳ درصد مردانی شود که از اس.اس.آی.آر. اس استفاده می‌کنند [۷۷].

درنهایت باید عنوان کرد، بیمارانی که از گروه اس.اس.آی.آر. اس استفاده می‌کنند، علائم بدکار کردی‌های جنسی را دارند. این مسئله باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران گردیده و حتی ممکن است باعث توقف درمان در آن‌ها گردد. داروهایی که فعالیت سروتونرژیک را در گیرنده‌های ۵. اچ. تی. ۲، کاهش می‌دهند باعث بهبودی عملکرد ارگاسم در بیماران می‌گردند. در صورتی که شرایط بالینی و کلینیکی مناسبی مهیا باشد، می‌توان از داروهایی استفاده کرد که اثرات کمتری بر کار کردهای جنسی داشته باشند

¹ 5-HT1a

² Dextroamphetamine

³ Methylphenidate

⁴ Ritalin

⁵ Pemoline

⁶ Mirtazapine

⁷ Reboxetine

⁸ Nurnberg

⁹ Cognitive Schema

¹⁰ Sexual Aversion Disorder

¹¹ Monteiro

هراس اجتماعی و رفتار جنسی

مؤلفه اصلی اختلال هراس اجتماعی، ترس شدید از رفتارهای جمعی است که ممکن است باعث تمسخر، شرمندگی و خجالت گردد. این مسئله در واقع ترکیبی از اضطراب عملکردی و اضطراب بین فردی است که در حدود ۷ درصد از افراد جامعه شایع است [۱۲]؛ بنابراین طبیعی است که این نوع از اختلالات اضطرابی با بدکارکردی‌های جنسی همراه باشد [۳، ۱۱].

هیمبرگ و بارلو [۸۰]، چنین فرض می‌کنند که بدکارکردی‌های جنسی (به‌ویژه بدکارکردی نعوظ) نتیجه اضطراب عملکردی یا ترس از زیر نظر قرار گرفتن توسط دیگران است. استفاده از مدل‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهد مردان سالمی که در معرض محرک‌های جنسی/شهوایی و محرک‌های اضطراب برانگیز هستند، برانگیختگی بالاتری نسبت به مردان سالمی که صرفاً در معرض محرک‌های شهوانی/جنسی بوده‌اند، نشان می‌دهند. این مسئله در مورد مردانی که دارای بدکارکردی جنسی بودند، برعکس بود، آن‌ها با قرار گرفتن در معرض محرک‌های اضطراب زاء، برانگیختگی جنسی کمتری را گزارش دادند. محققین چنین نتیجه گرفتند که به نظر می‌رسد اضطراب در مردان دارای بدکارکردی جنسی و مردان دارای کارکرد جنسی نرمال، به شیوه‌های متضادی عمل کرده و مردانی که دارای بدکارکردی جنسی هستند مدل‌های شناختی مشابه افرادی که دارای اضطراب اجتماعی هستند را نشان می‌دهند.

چندین مطالعه نشان داده‌اند بیمارانی که دارای اختلال هراس اجتماعی یا اضطراب اجتماعی هستند ممکن است نوعی از بدکارکردی جنسی را تجربه کنند. لیری و دوبینز [۸۱]، گزارش دادند آزمودنی‌های که اضطراب اجتماعی بالایی دارند، بدکارکردی‌های جنسی زیادی را نیز تجربه می‌کنند. فیگوئیرا^۳ و همکاران [۸۲]، گزارش دادند که ۳۳٫۳ درصد از مشکلات جنسی، به‌ویژه انزال زودرس در بیماران دارای اضطراب اجتماعی، شایع است.

بودینگر^۴ و همکاران [۸۳]، ۴۰ بیمار دارای اضطراب اجتماعی را که بدون دارو و به شکل سرپایی تحت درمان بودند و ۴۰ نفر سالم را از که نظر جنسیت و سن با گروه اول هم‌تا شده بودند (به‌عنوان گروه کنترل)، مورد بررسی قرار دادند. کمیت و کیفیت کارکردهای جنسی و رفتار جنسی دو گروه مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان داد مردانی که از اضطراب اجتماعی رنج می‌برند آسیب متوسط در لذت جنسی و رضایت جنسی ذهنی گزارش می‌دهند. بعلاوه، اولین تجارب جنسی، در مردان دارای اضطراب اجتماعی، در سنین بزرگ‌سالی (۴۲ درصد) اتفاق افتاده بود، درحالی‌که در مردان سالم فقط ۸ درصد، اولین تجربه جنسی خود را در سن بزرگ‌سالی تجربه کرده بودند. زنانی که از اضطراب اجتماعی رنج می‌بردند آسیب‌های شدیدی در میل جنسی،

برانگیختگی جنسی، فعالیت جنسی و رضایتمندی ذهنی گزارش دادند. این زنان در مقایسه با زنان گروه کنترل، شریک جنسی ثابت کمتری داشتند. ۴۴ درصد از این گروه در طول زندگی‌شان یا شریک جنسی نداشتند یا فقط یک شریک جنسی داشتند، درحالی‌که در گروه کنترل فقط ۶ درصد چنین وضعیتی داشتند.

اختلال استرس پس از رویداد و بدکارکردی‌های جنسی

قرار گرفتن در معرض رویدادهای آسیب‌زا (نظیر جنگ، تصادفات وحشتناک، سوءاستفاده جنسی و آزار و اذیت) ممکن است منجر به ناهنجاری‌های رفتاری و روانی در فرد گشته و برای مدت‌ها بعد از آن رویداد، همچنان در زندگی فرد تأثیر بگذارند و با تداوم آن‌ها تبدیل به اختلال استرس پس از رویداد گردند. اختلال استرس پس از سانحه با پیامدهای معنی‌دار هیجانی، عاطفی، اجتماعی، شغلی و کارکرد جنسی شناخته شده است [۳، ۱۱]. کاپلان [۹]، نشان داده است که بدکارکردی‌های جنسی در بیماران اختلال استرس پس از سانحه شیوع بالایی دارند. لتورناثو^۵ و همکاران [۱۰]، گزارش دادند که ۸۰ درصد بیمارانی که اختلال استرس پس از سانحه دارند، مشکلات جنسی را تجربه می‌کنند. بدکارکردی نعوظ و انزال زودرس شایع‌ترین این بدکارکردی‌ها بودند. بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه برای درمان علائم اضطراب و افسردگی از داروهای ضدافسردگی و ضداضطراب استفاده می‌کنند. فوسی و هامنر^۶ [۸۴]، گزارش دادند کلونازپام^۷ می‌تواند منجر به شکل‌گیری بدکارکردی جنسی در سربازان از جنگ برگشته با اختلال استرس پس از سانحه گردد. نقش ضدافسردگی‌ها در شکل دادن به بدکارکردی‌های جنسی نیز کاملاً محرز است [۱۵].

یهودا^۸ و همکاران [۸۵]، در مطالعه خود به بررسی تأثیر اختلال استرس پس از سانحه در کارکردهای جنسی زنان و مردان پرداختند؛ هدف از این مطالعه ارائه مدلی از بدکارکردی‌های جنسی بر مبنای اختلال استرس پس از سانحه و از دست دادن توانایی تنظیم برانگیختگی فیزیولوژیکی موردنیاز برای کارکرد جنسی نرمال در افراد مبتلا بود. نتایج به دست آمده نشان داد که خاطرات ناگهانی و آزارنده از حوادث و رویدادهای استرس‌زا در افراد مبتلا، منجر به کاهش سطوح برانگیختگی فیزیولوژیکی می‌گردد و این امر موجب اختلال در شکل دادن به کارکرد جنسی نرمال، ایجاد میل و برانگیختگی جنسی مناسب می‌گردد.

کوتلر^۹ و همکاران [۸۶]، ابعاد مختلف بدکارکردی‌های جنسی را در گروهی از مردان مورد مقایسه و بررسی قرار دادند؛ در این مطالعه ۳ گروه شامل بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه درمان نشده (۱۵ نفر)، بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه تحت درمان با اس.اس.آر.اس (۲۷ نفر) و ۴۹ نفر

⁵ Letourneau

⁶ Fossey and Hamner

⁷ Clonazepam

⁸ Yehuda

⁹ Kotler

¹ Heimberg and Barlow

² Leary and Dobbins

³ Figueira

⁴ Bodinger

چندین مطالعه نشان داده‌اند بدکارکردی‌های جنسی در بیماران وسواسی از شیوع بالایی برخوردار هستند [۱۲، ۵۴، ۹۲، ۹۳ و ۹۴]. آکسوی^۵ و همکاران [۹۵]، با مطالعه ادبیات موجود، گزارش‌های متضادی در مورد رابطه بین وسواس و بدکارکردی‌های جنسی ارائه دادند. آن‌ها اشاره می‌کنند استکیتی^۶ [۹۶]، در مطالعه خود چنین نتیجه گرفته که میزان پایین ازدواج، مشکلات آمیزش جنسی و کاهش فراوانی فعالیت جنسی در بیماران مبتلا به وسواس، احتمالاً به دلیل فقدان رضایت جنسی است که بیماران در طول دوره‌های وسواسی خود با آن مواجه می‌شوند. بعلاوه مونتریو و همکاران [۵۴]، نشان دادند حدوداً ۹ درصد از زنان دارای وسواس، هرگز به اوج لذت جنسی (ارگاسم) نمی‌رسند و ۲۲ درصد مشکل در برانگیختگی جنسی دارند، درحالی‌که در مردان، ۲۵ درصد کاهش برانگیختگی، ۱۲ درصد انزال زودرس و ۶ درصد بدکارکردی نعوظ را تجربه می‌کنند و در نهایت ۳۹ درصد از بیماران نیز نارضایتی جنسی را گزارش می‌دهند. در مطالعه دیگری که توسط فرند^۷ و اسکیتی [۹۲]، انجام شد، نتایج نشان داد ۱۲ درصد افراد مبتلا به وسواس، مشکلات ارگاسم را تجربه می‌کنند. آکسارای و یلکان^۸ [۹۴]، گزارش دادند فقدان تجربه اوج لذت جنسی، اختلال در برانگیختگی جنسی و اجتناب از رابطه جنسی در بیماران دارای وسواس بسیار بیشتر از بیمارانی است که فقط اضطراب فراگیر دارند. ون مینن و کمپمن [۸۹]، گزارش دادند زنانی که اختلال وحشت‌زدگی دارند و هم‌زمان از وسواس نیز رنج می‌برند، میل جنسی پایین‌تر و فعالیت جنسی کمتری را گزارش می‌دهند. ولینک^۹ و همکاران [۹۷]، در مطالعه خود گزارش دادند که ۶۲ درصد زنان وسواسی کاهش میل جنسی، ۲۹ درصد، کاهش برانگیختگی جنسی، ۳۳ درصد، مشکل در ارگاسم، ۲۵ درصد مشکل در برانگیختگی فیزیولوژیکی و ۱۰ درصد نیز فقدان لذت جنسی را گزارش داده‌اند. محققین دریافتند که اجتناب از آمیزش جنسی نیز در حداقل نیمی از زنان دارای وسواس وجود دارد. فونتلی^{۱۰} و همکاران [۹۸]، به مقایسه حضور بدکارکردی‌های جنسی در ۳۱ بیمار با وسواس و ۲۶ بیمار با اضطراب اجتماعی پرداختند. نتایج به دست آمده نشان داد بیماران با وسواس، نسبت به بیمارانی که اضطراب اجتماعی دارند، مشکلات بیشتر در رسیدن به ارگاسم و مشکلات کمتری در ارتباط با نعوظ را تجربه می‌کنند. آکسوی و همکاران [۹۵]، در مطالعه خود بر روی ۴۰ بیمار دارای وسواس، ۴۰ بیمار دارای اختلال وحشت‌زدگی و ۴۰ نفر به‌عنوان گروه کنترل دریافتند، مردان دارای اختلال وسواس در سنین پایین‌تری خودارضایی و انزال شبانه را تجربه کرده‌اند. کمی فراوانی رفتار جنسی در زنان و مردان دارای وسواس فکری به ترتیب ۶۳/۶ درصد و ۵۷/۱ درصد

به‌عنوان گروه کنترل بررسی شدند. تمامی گروه‌های به‌پرسشنامه ارزیابی کارکردهای جنسی پاسخ دادند. گروه‌های دارای اختلال استرس پس از سانحه به دو پرسشنامه مجزای دیگر به‌منظور بررسی علائم و شدت اختلال استرس پس از سانحه نیز پاسخ دادند. هر دو گروه دارای اختلال استرس پس از سانحه عملکرد جنسی ضعیفی در تمامی ابعاد کارکردهای جنسی گزارش دادند. در مقایسه با گروه کنترل، بیمارانی که با اس.اس.آی. آر. اس تحت درمان بودند آسیب بیشتری در میل، برانگیختگی و فراوانی فعالیت جنسی گزارش دادند. رابطه معنی‌دار بالایی بین بدکارکردی جنسی و خصومت (ارزیابی شده توسط آزمون اس. سی. ال - ۹۰) در گروه‌های با اختلال استرس پس از سانحه به دست آمد.

درمان مردان دارای اختلال استرس پس از سانحه، با استفاده از سیلدنافیل با دوز ۵۰ میلی‌گرم، بهبودی قابل توجهی (۵۳،۵ درصد) در عملکرد نعوظ داشته و هم‌زمان بهبودی قابل قبولی در میل جنسی، ارگاسم و رضایت‌مندی جنسی نشان داده‌اند [۸۷]. این مطالعه نشان داد بهبودی یکی از کارکردهای جنسی می‌تواند در یک چرخه مؤثر منجر به بهبودی ابعاد دیگر نیز گردد.

حملات وحشت‌زدگی^۱ و بدکارکردی جنسی

کاپلان [۹] معتقد بود برخی از بیماران ممکن است به هنگام دست دادن کنترل خود، هنگام برانگیختگی یا ارگاسم دچار حملات وحشت‌زدگی شوند. در موقعیت‌های شدیدتر، ممکن است بیماران ترس از مردن در اثر چنین حملاتی را نیز، داشته باشند. جانوسین و گریفیون^۲ [۸۸]، دریافتند که افزایش ضربان قلب به هنگام برانگیختگی جنسی و ارگاسم می‌تواند منجر به شکل‌گیری ترس و وحشت‌زدگی در افراد گردد. وان مینن و کامپمان^۳ [۸۹]، گزارش دادند زنانی که اختلالات وحشت‌زدگی دارند از اختلال بی‌میلی جنسی نیز رنج می‌برند.

اختلال وسواس فکری - عملی و بدکارکردی‌های جنسی

اختلال وسواس فکری چهارمین اختلال شایع در میان اختلالات روان‌پزشکی به حساب می‌آید و ۲ تا ۳ درصد جمعیت عمومی را در طول عمر درگیر می‌کند. این اختلال با افکار، تصاویر و رفتارهای تکراری مشخص می‌شود که باعث آشفتگی و ناتوانی می‌شوند [۹۰]. فروید^۴ تصور می‌کرد اختلال وسواس در خیال‌پردازی‌ها و امیال جنسی سرکوب شده، ریشه دارد [۹۱]، از دیدگاه شناختی، افکار، تکانه‌ها و تصورات وسواسی معمولاً موضوعاتی را در برمی‌گیرند که از لحاظ شخصی ناسازگار باشند، یکی از محتوی‌های عمده در وسواس، امور جنسی (تمایلات جنسی، اشتغال ذهنی درباره اندام‌های جنسی و اعمال جنسی غیرقابل پذیرش) هستند [۹۲].

⁵ Aksoy

⁶ Stekete

⁷ Freund

⁸ Yelken

⁹ Vulink

¹⁰ Fontenelle

¹ Panic

² Jonusiene and Griffioen

³ Van Minnen and Kampman

⁴ Freud

مورگان^۵ و همکاران [۱۰۳]، به بررسی بدکارکردی‌های جنسی در ۴۲ زن که برای بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی درمان شده بودند، پرداختند. نتایج نشان داد در زنانی که قبلاً بیماری بی‌اشتهایی عصبی داشتند، تمایل کمتری به رابطه جنسی وجود داشت. با این حال تقریباً همه زنان رابطه جنسی را تجربه کرده بودند. زنانی که بی‌اشتهایی عصبی داشتند نسبت به زنانی که پراشتهایی عصبی داشتند، خودارضایی کمتری داشته و نمرات پایین‌تری در عزت نفس جنسی داشتند. بین دو گروه در سطوح مختلف کارکردهای جنسی، ترس از رابطه جنسی و رضایت جنسی تفاوت معنی‌داری ملاحظه نگردید. تقریباً همه زنان (بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی) نسبت به گروه نرمال، میل جنسی کمتر و افکار منفی بیشتری حین رابطه جنسی، گزارش دادند. علاوه بر این حدوداً ۴۰ درصد از زنان، ناسازگاری‌های جنسی معناداری با شریک جنسی خود گزارش دادند. زمیشلانی^۶ و وایزمن^۷ [۳]، معتقدند که در بیمارانی که اختلال خوردن دارند، حتی بعد از طی دوره درمانی، فقدان تجربه ارگاسم، بی‌بازاری جنسی و بی‌میلی جنسی ملاحظه می‌گردد. علاوه بر این، محققین خاطرنشان می‌سازند که افراد دارای اختلال خوردن، اغلب علائمی از اختلالات شخصیت (نظیر اختلال شخصیت مرزی^۸، اختلال شخصیت خودشیفته^۸) و اختلالات خلقی نظیر افسردگی را نشان می‌دهند.

اختلالات شخصیت و بدکارکردی‌های جنسی

افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، الگوهای ریشه‌ای عمیق، انعطاف‌ناپذیر و ناسازگاری در شرح حال دادن و ادراک محیط و خودشان دارند. خصیصه اصلی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در دی. اس. ام. ۵- عبارت است از پراثرزی بودن، بی‌ثباتی، احساس خطر نکردن (نترس بودن) و نوسان داشتن بین شخصیت ایده‌آل و تنزل یافتن از آن شخصیت. از دیگر ویژگی‌های آن‌ها می‌توان به آشوب و مزاحمت، تکانشگری و پرخاشگری‌های شدید و نامناسب اشاره کرد؛ در این صورت منطقی است انتظار داشته باشیم این ویژگی‌های ارتباطی مخرب، بتوانند در عملکرد جنسی و توانایی برقراری روابط صمیمانه توسط آن‌ها، تأثیرگذار باشد [۳].

اگرچه نقش ابعاد شخصیت در سبب‌شناسی و تداوم بدکارکردی‌های جنسی، هنوز به شکلی منظم در مطالعات، بررسی نشده است، با این حال افرادی که دارای اختلالات شخصیتی هستند مشکلات جنسی مختلفی را تجربه می‌کنند، از بی‌قیدوبندی در روابط جنسی گرفته تا پرهیز و اجتناب از داشتن رابطه جنسی [۴۲].

تاکنون تحقیقات و مطالعات کمی در زمینه بدکارکردی‌های جنسی در افراد مبتلا به اختلالات شخصیتی انجام شده است. عمده مطالعات در مورد اختلال شخصیت نمایشی و اختلال

بود. این مسئله در بیماران دارای اختلال وحشت‌زدگی به ترتیب ۳۶ و ۳۸ درصد بود. پرهیز از رابطه جنسی در ۶۰٫۶ درصد از بیماران زن وسواسی و ۶۴ درصد از بیماران زن با اختلال وحشت‌زدگی یافت شد. فقدان تجربه اوج لذت جنسی نیز در ۲۴/۲ درصد از زنان دارای وسواس ملاحظه گردید.

اختلالات خوردن و بدکارکردی‌های جنسی

مطالعات مختلف نشان داده است بیمارانی که از بی‌اشتهایی عصبی^۱ رنج می‌برند، اغلب دارای بدکارکردی‌های جنسی هستند [۳، ۱۱]. میل جنسی پایین، رفتارهای بازدارنده فعالیت جنسی، احساس انزجار و بی‌بازاری نسبت به رابطه جنسی و ترس از صمیمیت در مطالعات مختلفی گزارش شده است [۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱]. افرادی که دارای بی‌اشتهایی عصبی هستند اغلب تصویر بدنی^۲ ضعیفی از خود داشته و احساس چاقی، بدشکلی و اضافه وزن دارند [۳]. بی‌اشتهایی عصبی، اغلب در زنان شایع بوده و معمولاً در دوره نوجوانی شکل می‌گیرد. عمده مطالعات صورت گرفته نیز در مورد بدکارکردی‌های جنسی در زنان می‌باشد [۱۱].

در مطالعه‌ای که توسط رابوچ و فالتوس^۳ [۱۰۰]، صورت گرفت، بدکارکردی‌های جنسی در ۳۰ زن بزرگسال با بی‌اشتهایی عصبی و ۵۰ زن در گروه کنترل انجام شد، نتایج نشان داد ۶۳ درصد از زنان با بی‌اشتهایی عصبی، دوران قاعدگی نامنظم یا فقدان قاعدگی را تجربه می‌کنند. عمده زنان تا سن ۲۴ سالگی ازدواج نکرده و اغلب روابط جنسی رضایت‌بخشی با شریک جنسی نداشته‌اند. به نظر می‌رسد مراحل رشد دگرجنس‌خواهی به شکل نرمال در این زنان صورت گرفته است، اما سازگاری روانی-جنسی در بزرگسالی آسیب دیده است؛ ۲۰ درصد از بیماران هیچ نوع تجربه مقاربت جنسی نداشتند و ۸۰ درصد نیز نوعی از بدکارکردی‌های جنسی را گزارش دادند. در مقابل ۹۲ درصد از گروه کنترل روابط جنسی رضایت‌بخشی را گزارش دادند.

نتایج این مطالعه و همچنین مطالعه تویتن^۴ و همکاران [۱۰۲]، نشان داد که در دوران نوجوانی و قبل از شکل‌گیری بی‌اشتهایی عصبی، رشد و تحول جنسی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی نرمال است. تویتن و همکاران [۱۰۲]، معتقدند که مشکلات و بدکارکردی‌های جنسی در افراد مبتلا تنها بعد از ظهور علائم هیپوگنادیسم (تضعیف پیش‌رونده یا فقدان وجود تخمدان و کاهش سطح هورمون‌ها جنسی) به مثابه پیامد لاغری شکل می‌گیرند. این مطالعه نشان داد بیماران قبل از ابتلا به بی‌اشتهایی، کارکردهای جنسی همچون گروه‌های نرمال دارند. بیماران مبتلا در مقایسه با گروه نرمال، در دوره‌های بی‌اشتهایی، میل جنسی پایین‌تری را گزارش دادند.

⁵ Morgan

⁶ Zemishlany and Weizman

⁷ Borderline Personality Disorder

⁸ Narcissistic Personality Disorder

¹ Anorexia Nervosa

² Body Image

³ Raboch and Faltus

⁴ Tuiten

شخصیت مرزی بوده‌اند.

ضعیف، کاهش فعالیت جنسی و مشکل در رسیدن به ارگاسم از جمله بدکار کردی‌های جنسی در گروه مورد مطالعه بود.

اختلال شخصیت نمایشی^۱ و بدکار کردی‌های جنسی

جانوسین و گریفین [۸۸]، شخصیت بیماران دارای اختلال نمایشی را به‌گونه‌ای نیازمند اطمینان بخشی مداوم در راستای خشونودی ایگو و خودمحوری توصیف می‌کنند. این مسئله نشان‌دهنده درماندگی و وابستگی آن‌ها می‌باشد. در نتیجه آن‌ها نسبت به هرگونه انتقادی از کارکرد جنسی‌شان، ظاهر فیزیکی، جذابیت ظاهری و جنسی‌شان، حساس هستند. افراد دارای اختلال شخصیت نمایشی به‌شدت نگران ظاهر و جذابیت جنسی‌شان هستند [۱۰۴، ۱۰۵] و فقدان یا کاهش میل جنسی را به‌ویژه در سال‌های اولیه زندگی زناشویی تجربه می‌کنند [۱۰۴]. اوینل و کمپلر^۲ [۱۰۶]، معتقدند که ناسازگاری جنسی در بین افراد دارای اختلال شخصیت نمایشی چندان رایج نیست. در مطالعه‌ای که رابوچ [۹۹]، انجام داد ۳۰ بیمار زن مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی مورد مطالعه قرار گرفتند، بررسی‌ها نشان داد که این زنان، تاریخچه‌ای آشفته از رشد و تحول جنسی داشته و سطوح پایین‌تری از فعالیت جنسی و تجربه ارگاسم را داشته‌اند. گورتون و اختر^۳ [۱۰۵]، گزارش دادند که زنان دارای اختلال شخصیت نمایشی، اغلب درگیری فکری، در ارتباط با جذابیت‌های ظاهری و اغواگری جنسی دارند. مطالعات نشان داده است افراد دارای اختلال شخصیت نمایشی، عمدتاً تمایل به خیال‌پردازی‌ها و رؤیاهای جنسی دارند، اغلب تکانشی بوده و اظهار نارضایتی از روابط جنسی دارند [۸۸، ۱۰۴].

هالبرت و اپت^۴ [۱۰۷]، در مطالعه خود بر روی زنان مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی دریافتند که این زنان، عناصری از خودشیفتگی جنسی را نشان داده و الگویی از رفتار جنسی مبتنی بر خودپسندی را نشان می‌دهند. اپت و هالبرت [۱۰۸]، به مقایسه گروهی از زنان دارای اختلال شخصیت نمایشی با گروهی از زنان فاقد هرگونه اختلال شخصیت (گروه سنی ۲۴ تا ۳۱ سال) پرداختند. زنان دارای اختلال شخصیت نمایشی، به شکل معنی‌داری جرئتمندی جنسی کمتر، ترس و هراس بیشتر نسبت به فعالیت جنسی، عزت نفس پایین‌تر و نارضایتی زناشویی بیشتری را تجربه می‌کردند. بعلاوه زنان دارای اختلال شخصیت نمایشی مشغولیت‌های ذهنی جنسی بیشتر، میل جنسی پایین‌تر، خستگی جنسی بیشتر، بدکار کردی ارگاسم بیشتر و احتمال بیشتر برای درگیر شدن در روابط جنسی خارج از روابط زناشویی داشتند. با این حال عزت نفس جنسی این گروه به شکل قابل توجهی و با وجود عزت نفس کلی پایین‌تر، بالا بود.

رابوچ [۱۰۹]، در مطالعه‌ای که بر روی ۳۰ زن با میانگین سنی ۳۴ سال که با تشخیص اختلال شخصیت نمایشی بستری شده بودند، انجام داد، دریافت که این بیماران رشد جنسی ناهماهنگ و غیرمتجانسی را گزارش داده‌اند. عملکرد جنسی

اختلال شخصیت مرزی و بدکار کردی‌های جنسی

بیمارانی که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند، از درجات مختلفی از الگوهای ناسازگارانه مرتبط با محیط پیرامون رنج می‌برند. روابط بین فردی این بیماران اغلب پرتنش و بی‌ثبات بوده و با ترس از رها کردن رابطه و ارزیابی‌های ایده‌آل‌نگرانه همراه هستند. تصور بر این است که این ویژگی‌ها، احتمالاً با کارکردهای جنسی و ظرفیت روابط صمیمانه و عاطفی این بیماران، تداخل ایجاد کند. بیماران با اختلال شخصیت مرزی، تعداد زیادی الگوی رفتار جنسی متفاوت، تمایل بالا به مورد تجاوز قرار گرفتن و تجاری از خشونت جنسی در دوران کودکی دارند [۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳]. بعلاوه رفتارهای جنسی تکانشی و روابط عاطفی بی‌ثبات ممکن است منجر به شکل‌گیری اختلال بی‌میل جنسی، پرهیز از روابط جنسی یا بی‌قیدوبندی در رفتارهای جنسی گردد [۱۱۴].

مطالعات اندکی [۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶]، به بررسی بدکار کردی‌های جنسی در زنان دارای اختلال شخصیت مرزی پرداخته‌اند. نتایج نشان داده است که این زنان احتمالاً رفتارهای جنسی پرخطر، سطوح بالای جرئتمندی جنسی، عزت نفس جنسی بالا و مشغولیت‌های ذهنی بیشتری تجربه می‌کنند.

در یک مطالعه طولی ۶ ساله [۱۱۷]، بر روی یک گروه نمونه بزرگ (۲۹۰ نفری) از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و یک گروه ۷۲ نفری به‌عنوان گروه مقایسه که اختلال شخصیت مرزی نداشتند، اما در محور ۲ (دی.اس. ام.) قرار داشتند، بدکار کردی‌های جنسی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد بدکار کردی‌ها و مشکلات جنسی که در روابط جنسی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی وجود داشت، به‌طور قابل توجهی در افراد گروه مقایسه که مبتلا به دیگر اختلالات شخصیتی هم بودند وجود دارد. ۶۱ درصد از بیماران اختلال شخصیت مرزی، همان مشکلاتی را گزارش کرده بودند که ۱۹ درصد از بیماران مبتلا به دیگر اختلالات شخصیتی گزارش داده بودند. در گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، این مشکلات در بین زن‌ها شایع‌تر بود؛ یعنی ۶۵ درصد از زنان و ۴۳ درصد از مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که دیگر نشانگان بیماری (از قبیل گسستگی، تمایل به خودکشی، خودآزاری) را نیز گزارش کرده بودند، به این دلیل رضایت جنسی نداشتند که به خاطر ترس از نشانه‌های بیماری‌شان، از داشتن روابط جنسی اجتناب می‌کردند. این رفتار به‌طور قابل توجهی باعث می‌شد مدت‌زمان رابطه جنسی آن‌ها کاهش یابد. به شکل قابل توجهی درصد زیادی از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که مشکلاتی را در روابط جنسی‌شان داشتند، در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بودند. این الگو در افرادی که در بزرگ سالی هم مورد تجاوز قرار گرفته بودند وجود داشت. محققین معتقدند آسیب‌های جنسی که در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی،

¹ Histrionic Personality Disorder

² O'Neill and Kempler

³ Gorton and Akhtar

⁴ Hurlbert and Apt

بررسی رابطه بین اسکیزوفرنی و بدکارکردی‌های جنسی هر چند متأثر از عواملی نظیر ماهیت بیماری و داروهای مصرفی توسط بیماران می‌باشد؛ با این حال نتایج نشان می‌دهد اسکیزوفرنی منجر به کاهش میل جنسی و ضعف در عملکرد جنسی در هر دو جنس می‌گردد. به نظر می‌رسد بیمارانی که با ضدسایکوزها درمان می‌شوند اختلالات دیگری نظیر بدکارکردی نعوظ در مردان و مشکل در ارگاسم و کاهش رضایت در هر دو جنس را تجربه خواهند کرد. نوع داروی مصرفی، طول مدت درمان و دوز مصرفی و استفاده هم‌زمان از چند دارو در شکل‌گیری نوع و شدت بدکارکردی‌های جنسی مؤثر می‌باشد. مطالعات اخیرتر نشان داده‌اند که داروهای نظیر اولانزاپین، کوتیپین و زیراسیدون اثرات منفی کمتری بر کارکرد جنسی دارند.

تأثیر اختلال افسردگی و داروهای ضدافسردگی نیز در مطالعات متعددی ثابت شده است، همچون افسردگی این مسئله نیز متأثر از عوامل متعددی می‌باشد. کاهش میل جنسی، شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در مبتلایان می‌باشد که با کاهش خلق ارتباط معناداری دارد. کاهش برانگیختگی جنسی و مشکل در ارگاسم در هر دو جنس در درجات بعدی هستند. افزایش شدت افسردگی در مردان منجر به بدکارکردی نعوظ می‌گردد. به نظر می‌رسد افزایش سن منجر به افزایش شدت بدکارکردی‌ها در بیماران می‌گردد. انواع داروهای ضدافسردگی بر کارکردهای جنسی تأثیرگذار هستند. شایع‌ترین تأثیر اس.اس.آی.آر. اس مشکل در رسیدن به ارگاسم و کاهش میل و برانگیختگی جنسی گزارش شده است. به نظر می‌رسد شایع‌ترین اثر ام.ای.آ. اس در ارتباط با مشکلات ارگاسم است. در افرادی که از اس.ان.آر. آی.اس استفاده می‌کنند بدکارکردی نعوظ در بین مردان و مشکلات کلی عملکرد جنسی در زنان و به‌ویژه میل و برانگیختگی جنسی، بالاترین میزان شیوع را داشته‌اند. مطالعات متعددی در مورد داروهای ضدافسردگی و کارکردهای جنسی انجام شده است، در این مطالعات از داروهای متعدد، دوز مصرفی متفاوت، گروه‌های مورد مطالعه، طول درمان‌های متفاوت و استفاده هم‌زمان از چند دارو استفاده شده که همگی بر نتایج به دست آمده از مطالعات تأثیرگذار بوده‌اند.

اختلالات اضطرابی عمدتاً بر کارکرد نعوظ در مردان و کاهش عزت نفس جنسی و مشکل در برانگیختگی جنسی در هر دو جنس تأثیر گذاشته‌اند. هراس اجتماعی، به‌ویژه بر انزال زودرس در مردان تأثیر داشته است و منجر به کاهش لذت جنسی و رضایت جنسی در هر دو جنس بوده است. بدکارکردی نعوظ و انزال زودرس شایع‌ترین بدکارکردی در مردان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه هستند و در زنان مشکل در میل و برانگیختگی جنسی. حملات وحشت‌زدگی عمدتاً بر برانگیختگی جنسی و ارگاسم در هر دو جنس تأثیر گذاشته‌اند. در زنان بی‌میلی جنسی نیز به جمع بدکارکردی‌ها افزوده می‌شود. مطالعات در این زمینه اندک بوده‌اند. به نظر می‌رسد اختلال وسواس منجر به کاهش شدید رضایتمندی جنسی و بروز طیف

شایع است، چه در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته باشند، چه در بزرگسالی. بسیاری از آن‌ها را به دلیل ترس از بازگشت خاطرات مرتبط با تجربه‌های آسیب‌زا، مستعد اجتناب از روابط جنسی می‌کند. کوا^۱ و همکاران [۱۱۸]، معتقدند سوءاستفاده جنسی از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در دوران کودکی منجر به آسیب شدید در تنظیم هیجانی می‌گردد و این مسئله بر تنظیم پاسخ‌های عاطفی مبتلایان مؤثر خواهد بود. اختلال در میل جنسی، مشکل برانگیختگی جنسی و فیزیکی و فقدان پاسخ‌های عاطفی چه در روابط جنسی و چه در روابط عاطفی می‌تواند متأثر از آسیب‌ها و سوءاستفاده‌های رفتاری و جنسی مبتلایان در دوران کودکی باشد. نرخ متفاوت جنسیتی که در سوءاستفاده‌های دوران کودکی یا بزرگسالی در این مطالعه وجود دارد، می‌تواند علت تفاوت نرخ مشکلات جنسیتی بین زنان و مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را تبیین کند. مشکلات جنسی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از مشکلات بین فردی عودکننده‌ای که در ارتباط با اعضای خانواده، شرکای جنسی و دیگر افراد مهم زندگی شان تجربه می‌کنند، منشعب می‌شود. پس به نظر می‌رسد با کار کردن بر روی ترس این بیماران، بتوانیم تا حد زیادی کیفیت روابط بین فردی آن‌ها، به‌ویژه روابط جنسی‌شان را بهبود ببخشیم [۱۱۹].

شالته-هربرگان^۲ و همکاران [۱۱۴]، در مطالعه خود نشان دادند در زنانی که اختلال شخصیت مرزی دارند و از نظر جنسی نیز فعال هستند، احتمال تاریخچه‌ای از آسیب جنسی در دوران گذشته بیشتر از زنانی است که صرفاً اختلال شخصیت مرزی دارند. وجود علائمی از افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه و بالطبع استفاده از داروهای گروه اس.اس.آی.آر. اس همراه با علائم اختلال شخصیت مرزی، مشکلات جنسی این گروه از زنان را بیشتر می‌کند. نکته جالب توجه این است زنانی که اختلال شخصیت مرزی دارند، احتمال بیشتری دارد که خود را هردو جنس گرا توصیف کنند [۱۱۴، ۱۱۹]، یا حتی به شکل معنی‌داری بیشتر خود را هم‌جنس‌گرا نشان دهند [۱۱۹].

بحث و نتیجه‌گیری

مروری بر مطالعات صورت گرفته نشان‌دهنده شواهدی مبنی بر نقش انتقال‌دهنده‌های عصبی در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی می‌باشد. به نظر می‌رسد دوپامین به‌ویژه بر کارکردهای جنسی مردان نظیر نعوظ و ارگاسم تأثیر می‌گذارد. سروتونین تقریباً باعث افت کارکردهای جنسی در هر دو جنس می‌گردد. اپی نفرین در مردان باعث شکل‌گیری بدکارکردی نعوظ و در زنان منجر به آسیب به برانگیختگی جنسی و ارگاسم می‌گردد. نوراپی نفرین بر مشکلات برانگیختگی جنسی در هر دو جنس و پاسخ نعوظ در مردان تأثیر می‌گذارد و در نهایت استیل کولین بر پاسخ‌های نعوظ در مردان تأثیر می‌گذارد.

¹ Kuo

² Schulte-Herbruggen

مطالعاتی که به بررسی تأثیر داروها پرداخته شده است، داروهای متفاوت، دوزهای متفاوت مصرف، طول مدت آزمایشی متفاوت و گروه‌های متفاوت مورد آزمایش بوده‌اند که همان مشکلات را در تعمیم و مقایسه نتایج و گردآوری اطلاعات معتبر به دست داده‌اند. بررسی کارکردهای جنسی در زوجین به مشاهده و ارزیابی رفتارهای جنسی آنان در زندگی وابسته است و انجام این همیشه با مشکلات و محدودیت‌های نظیر مسائل اخلاقی مواجه بوده است، بررسی همه عوامل مؤثر در رفتارهای جنسی که می‌تواند منجر به بدکارکردی جنسی در گروه‌های نرمال و مبتلا به اختلالات روانی گردند نیز در اکثر مطالعات و به دلیل ضعف در روش‌های تحقیق و ابزارها، امکان‌پذیر نبوده است و مطالعات این حوزه را با چالش‌هایی مواجه ساخته است، برخلاف این تصور غالب که استفاده از داروهای روان‌پزشکی علت اصلی مشکلات جنسی در افراد مبتلا می‌باشد، باید اذعان داشت بسیاری از بیماری‌های روان‌پزشکی خود باعث بروز مشکلات جنسی در فرد می‌گردند؛ تفکیک این مسئله که چه اندازه از مشکلات و بدکارکردهای جنسی به دلیل بیماری روان‌پزشکی است و چه میزان به دلیل استفاده از دارو، کار ساده‌ای نخواهد بود. با تمام این مشکلات بر سر راه مطالعات این حوزه، به نظر می‌رسد پژوهشگران و محققین این حیطه با انجام مطالعات گسترده در حوزه‌ها و گروه‌های مختلف به دنبال کسب شواهد علمی و معتبری در این باره هستند. مطالعات و بررسی‌های بیشتر که منجر به افزایش دانش ما در باب اختلالات روانی و درمان آن‌ها خواهد بود، به درک بهتر ماهیت بدکارکردی‌های جنسی، ارزیابی و درمان آن‌ها، ضروری است.

منابع

1. Laumann, E. O., Paik, A. & Rosen. R. C. (1999). Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. J. AMA.: Vol. 281: PP. 537-544.
2. سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا و روئیز، پدرو (۱۳۹۴). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
3. Zemishlany, Z. & Weizman, A. (2008). The Impact of Mental Illness on Sexual Dysfunction. J. Sexual. Dysfunction. Vol. 29: pp. 89-106.
4. مقدم نیا، مسعود و قانیدی، غلامحسین (۱۳۸۶). بررسی رابطه مصرف داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین و بدکارکردی جنسی. تهران: سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی.

وسیع‌تری از بدکارکردی‌های جنسی در هر دو جنس می‌گردد؛ مشکل در میل و برانگیختگی، انزال زودرس، بدکارکردی نعوظ و مشکل در ارگاسم.

مطالعاتی که بر اختلالات خوردن تمرکز داشته‌اند نشان می‌دهند، بی‌میلی جنسی، انزجار و بی‌زاری جنسی، کاهش عزت نفس جنسی و فقدان رضایتمندی از رابطه جنسی، شایع‌ترین مشکلات در ارتباط با بدکارکردی‌های جنسی در این گروه از بیماران می‌باشند.

مطالعاتی که به اختلالات شخصیت پرداخته‌اند عمدتاً بر اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت مرزی تمرکز داشته‌اند. فقدان یا کاهش میل جنسی، ناسازگاری جنسی، مشکل در ارگاسم و فقدان رضایت از روابط جنسی مهم‌ترین بدکارکردی‌های در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی می‌باشند. در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی فقدان رضایت جنسی، اجتناب از برقراری رابطه جنسی، کاهش میل جنسی و مشکل در ارگاسم شایع‌ترین مشکلات این گروه می‌باشند. به نظر می‌رسد در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، عوامل پایه در شکل دادن به اختلال شخصیت مرزی نظیر سوءاستفاده‌های جنسی کودکی و روابط خانوادگی، در رفتارهای جنسی آنان در بزرگسالی مؤثر باشد.

انجام مطالعات پژوهشی معتبر، درباره کارکردهای جنسی نوع انسان، به دلیل وابستگی آن به مشاهده و ارزیابی رفتارهای جنسی زوجین در محیط منزل، همیشه با چالش‌های جدی همراه بوده است که اعتبار این مطالعات را زیر سؤال برده است. با این حال در دو دهه گذشته در حوزه پزشکی جنسی و در زمینه آن دسته از بدکارکردی‌های جنسی که به خوبی شناخته شده‌اند، پیشرفت‌های قابل توجهی دیده می‌شود. علیرغم اینکه مطالعات خوبی در مورد اثرات منفی داروهای روان‌پزشکی نظیر ضدافسردگی، ضدسایکوزها و مانند آن انجام شده است، با این حال پژوهش‌های داروشناسی جنسی هنوز در ابتدای راه هستند و به نظر می‌رسد مسیری طولانی، پیش روی مطالعات بالینی و داروشناسی جنسی باشد. این مسئله در مورد بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی نظیر اختلالات شخصیت، بیشتر خود را نشان می‌دهد، مطالعات در مورد روابط بین اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شناختی با کارکردهای جنسی محدود به بررسی افسردگی و در ادامه اختلالات اضطرابی و اسکیزوفرنی بوده‌اند و به نظر می‌رسد، این مطالعات در مورد اختلالات دیگر هنوز در ابتدای راه هستند. به نظر می‌رسد این مسئله به دلیل محدودیت‌های نسبتاً زیادی است که در حوزه روش‌شناسی، طرح‌های تحقیقاتی، ابزارهای سنجش و نیز محیط‌ها و گروه‌های مورد بررسی وجود دارد. قبل از هر چیزی، عمده ابزارهای گردآوری اطلاعات در این حوزه مبتنی بر پرسشنامه‌های مداد-کاغذی هستند و کمتر از ابزارهای عینی برای بررسی بدکارکردی‌های جنسی استفاده می‌گردد، دوم گروه‌های نمونه متفاوتی که در پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته‌اند، امکان تعمیم نتایج و بررسی تفاوت‌ها و شباهت‌ها را با مشکل مواجه ساخته است، سوم و به‌ویژه در حیطه

14. Pfaus, J. G. & Everitt, B. J. (1995). The psychopharmacology of sexual behavior. In Bloom, F. E, & Kupfer, D. J. (Eds), *Psychopharmacology: The fourth Generation of Progress*. New York: Raven Press, pp .743-758.
 15. Meston, C. M. & Frohlich, P. F. (2000). The neurobiology of sexual function. *Arch. Gen. Psychiatry*.: Vol. 57: pp. 1012-1030.
 16. Finkel, M. S., Laghrissi-Thode, F., Pollock, B. G. & Rong, J. (1996). Paroxetine is a novel nitric oxide synthase inhibitor. *J. Psychopharmacol. Bull.*: Vol. 32: pp. 653-658.
 17. Kumarsha, S. (2013). A Comparative Study of Sexual Dysfunction in Schizophrenia Patients Taking Aripiprazole versus Risperidone. *J. Kathmandu. Univ. Med.*: Vol. 42(2): pp. 121-125.
 18. Ghadirian, A. M., Chouinard, G. & Annable, L. (1982). Sexual dysfunction and plasma prolactin levels in neuroleptic- treated schizophrenic outpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.*: Vol. 170: pp. 463-467.
 19. Smith, S. M., O'Keane, V. & Murray, R. (2002). Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *Br. J. Psychiatry*.: Vol. 181: pp. 49-55.
 20. Aizenberg, D., Zemishlany, Z., Dorfman-Etrog, P. & Weizman, A. (1995). Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 56: pp. 137-141.
 21. Macdonald, S., Halliday, J., MacEwan, T., Sharkey, V., Farrington, S., Wall, S. & McCreadie, R. G. (2003). Nithsdale schizophrenia surveys 24: sexual dysfunction. *Br. J. Psychiatry*. Vol. 182: pp. 50-56.
 22. Angrist, B. & Gershon, S. (1997). Clinical response to several dopamine agonists of schizophrenic and non-schizophrenic subjects. In Costa, E. & Gessa, G. L. (Eds), *Adv Biochem psychopharmacol*. New York: Raben Press, vol. 16, pp. 677-680.
 5. Peuskens, J., Sienaert, P. & De Hert, M. (1998). Sexual dysfunction: the unspoken side effect of antipsychotics. *J. Eur Psychiatry*.: Vol. 13: pp. 23-30.
 6. Rosen, R. C., Lane, R. M. & Menza, M. (1999). Effects of SSRI's on sexual function: a critical review. *J. Clin. Psychopharmacol*. Vol. 19: pp. 67-85.
 7. Clayton, A. H., Pradko, J. F., Croft, H. A., Montano, C. B., Leadbetter, R. A., Bolden-Watson, C., Bass, K. I., Donahue, R. M. J., Jamerson, B. D. & Metz, A. (2002). Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 63: pp. 357-366.
 8. Osvath, P., Fekete, S., Voros, V. & Vitrai, J. (2003). Sexual dysfunction among patients treated with antidepressants - a Hungarian retrospective study. *J. Eur. Psychiatry*. Vol. 18: pp. 412-414.
 9. Kaplan, H, S. (1998). Anxiety and sexual dysfunction. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 49: pp. 21-25.
 10. Letourneau, E. J., Schewe, P. A. & Frueh, B. C. (1997). Preliminary evaluation of sexual problems in combat veterans with PTSD. *J. Trauma. Stress*. Vol. 10: pp. 125-132.
 11. Waldinger, M. (2015). Psychiatric disorders and sexual dysfunction. In. Vodusek, D. B. & Bpller, F. *Handbook of Clinical Neurology*. Vol. 130: pp. 469-489.
۱۲. قائدی، غلامحسین؛ ثابتی، آزاد و ساسانی نژاد، مهدیه (۱۳۹۲). اختلالات روانی و بدکارکردی‌های جنسی. *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشور پزشکی*، سال بیستم، شماره ۱۰۴، صص ۹-۱۸.
۱۳. سلگی، رحیم؛ افشین مجد، سیامک؛ قنبرلو، حمیده و قائدی، غلامحسین (۱۳۸۸). رابطه اختلالات جنسی و اختلالات روانی. تهران: چهارمین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی.

- sexual function in patients with schizophrenia: 12-month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study. *J. Eur. Psychiatry.*: Vol. 21: pp. 251–258.
32. Hamner, M. (2002). The effect of atypical antipsychotics on serum prolactin levels. *Ann. Clin. Psychiatry.* Vol. 14: pp. 163–173.
33. Benatov, R., Reznik, I. & Zemishlany, Z. (1999). Sildenafil citrate (Viagra) treatment of sexual dysfunction in a schizophrenic patient. *J. Eur. Psychiatry.*: Vol. 14: pp. 353–355.
34. Aviv, A., Shelef, A. & Weizman, A. (2004). An open-label trial of sildenafil addition in risperidone-treated male schizophrenia patients with erectile dysfunction. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 65: pp. 197–103.
35. Gopalakrishnan, R., Jacob, K. S., Kuruvilla, A., Vasantharaj, B. & John, J. K. (2006). Sildenafil in the treatment of antipsychotic-induced erectile dysfunction: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose, two-way crossover trial. *Am. J. Psychiatry.*: Vol. 163: pp. 494–499.
36. Kessler, R. C., Berglund, P. & Demler, O. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *J. AMA.*: Vol. 289: pp. 3095–3105.
37. Kessler, R. C. & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *J. Depress. Anxiety.* Vol. 7: pp. 3–14.
۳۸. محمدی، ابوالفضل؛ قاندي، غلامحسین و محمدی جوینده، سمیه (۱۳۸۶). ارتباط باورهای بدکارکردی جنسی و افسردگی در افراد مبتلا به اختلالات جنسی. تهران: سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی.
۳۹. آقانی؛ الهام؛ عبادی، احمدی و جمالی پاقله، سمیه (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی مداخلات شناختی/ رفتاری بر میزان نشانه‌های افسردگی (ایران ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰). روانشناسی بالینی و شخصیت، سال نوزدهم، دوره جدید، شماره ۶، صص ۸۰–۶۹.
23. Schiavi, R. C. & Segraves, R. T. (1995). The biology of sexual function. *Psychiatry. Clin. North. Am.*: Vol. 18: pp. 7–23.
24. Valevski, A., Modai, I., Zbarski, E., Zemishlany, Z. & Weizman, A. (1998). Effect of amantadine on sexual dysfunction in neuroleptic-treated male schizophrenic patients. *J. Clin. Neuropharmacol.* Vol. 21: pp. 355–357.
25. Kodesh, A., Weizman, A., Aizenberg, D., Hermesh, H., Gekkopf, M. & Zemishlany, Z. (2003). Selegiline in the treatment of sexual dysfunction in schizophrenia patients maintained on neuroleptics: a pilot study. *J. Clin. Neuropharmacol.* Vol. 26: pp. 193–195.
26. Cutler, A. J. (2003). Sexual dysfunction and antipsychotic treatment. *J. Psychoneuroendocrinology.*: Vol. 28: pp. 69–82.
27. Hummer, M., Kemmler, G., Kurz, M., Kurzthaler, I., Oberbauer, H. & Fleischhacker, W. (1999). Sexual disturbances during clozapine and haloperidol treatment for schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.*: Vol. 156: pp. 631–633.
28. Aizenberg, D., Modai, I., Landa, A., Gil-Ad, I. & Weizman, A. (2001). Comparison of sexual dysfunction in male schizophrenic patients maintained on treatment with classical antipsychotics versus clozapine. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 62: pp. 541–544.
29. Bitter, I., Basson, B. R. & Dossenbach, M. R. (2005). Antipsychotic treatment and sexual functioning in first-time neuroleptic-treated schizophrenic patients. *Int. Chil. Psychopharmacology.* Vol. 20: pp. 19–21.
30. Tran, P. V., Hamilton, S. H, Kuntz, A. J., Potvin, J. H., Andersen, S. W., Beasley, C. & Tollefson, G. D. (1997). Doubleblind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. *J. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 17: pp. 407–418.
31. Dossenbach, M., Dyachkova, Y., Pirildar, S., Anders, M., Khalil, A., Araszkievicz, A., Shakhnovich, T., Akram, A., Pecenek, J., McBride, M. & Treuer, T. (2006). Effects of atypical and typical antipsychotic treatments on

49. Yang, J. C., Park, K. & Eun, S. J. (2008). Assessment of cerebocortical areas associated with sexual arousal in depressive women using functional MR imaging. *J. Sex. Med.* Vol. 5: pp. 602-609.
50. Kennedy, S. H. & Rizvi, S. (2009). Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 29: pp. 157-164.
51. Cyranowski, J. M., Bromberger, J. & Youk, A. (2004). Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Arch. Sex. Behav.* Vol. 33: pp. 539-548.
52. Dording, C. M., Schettler, P. J., Dalton, E. D., Parkin, S. R., Walker, R. S. W., Fehling, K. B., Fava, M., & Mischoulon, D. (2015). A Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Maca Root as Treatment for Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction in Women. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.*: vol. 2015: Article ID 949036, 9 pages.
53. Harrison, W. M., Rabkin, J. G., Ehrhardt, A. A., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Ross, D. & Quitkin, F. M. (1986). Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study. *J. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 6: pp. 144-149.
54. Monteiro, W. O., Noshirvani, H. F. & Marks, I. M. (1987). Anorgasmia from clomipramine in obsessive compulsive disorder: a controlled trial. *Br. J. Psychiatry.*: Vol. 151: pp. 107-112.
55. Monteiro, W. O., Noshirvani, H. F., Marks, I. M. & Lelliott, P. T. (1987). Anorgasmia from clomipramine in obsessive compulsive disorder: a controlled trial. *Br. J. Psychiatry.*: Vol. 151: pp. 107-112.
56. Patterson, W. M. (1993). Fluoxetine-induced sexual dysfunction. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 54: pp. 71-87.
57. Clayton, A. H., Zajecka, J., Ferguson, J. M., Filipiak-Reisner, J. K., Brown, M. T. & Schwartz, G. E. (2003). Lack of sexual dysfunction with the selective noradrenaline reuptake inhibitor reboxetine during treatment for major depressive disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 18: pp. 151-156.
40. Casper, R. C., Redmond, D. E., Katz, M. M., Schaffer, C. B., Davis, J. M. & Doslow, S. H. (1985). Somatic symptoms in primary affective disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.*: Vol. 42: pp. 1098-1104.
41. Laurent, S. M. & Simons, A. D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin. Psychol. Rev.*: Vol. 29: pp. 573-585.
42. Quinta Gomes, A. L. & Nobre, P. (2011). Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: An empirical study. *J. Sex. Med.*: Vol. 8: pp. 461-469.
43. Lin, C. F., Juang, Y. Y. & Wen, J. K. (2012). Correlations between sexual dysfunction, depression, anxiety, and somatic symptoms among patients with major depressive disorder. *Chang. Gung. Med. J.*: Vol. 35: pp.323-331.
44. Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.*: Vol. 151: pp. 54-61.
45. Thase, M. E., Reynolds, C. F., Jennings, J. R., Frank, E., Howell, J. R., Houck, P. R., Berman, S. & Kupfer, D. (1998). Nocturnal penile tumescence is diminished in depressed men. *J. Biol. Psychiatry.*: Vol. 24: pp. 33-46.
46. Kennedy, S. H., Rizvi, S. & Fulton, K. (2008). A double-blind comparison of sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability between agomelatine and venlafaxine XR. *J. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 28: pp. 329-333.
47. Perelman, M. A. (2011). Erectile dysfunction and depression: screening and treatment. *Urol. Clin. North. Am.*: Vol. 38: pp. 125-139.
48. Yang, J. C. (2004). Functional neuroanatomy in depressed patients with sexual dysfunction: blood oxygenation level dependent functional MR imaging. *Korean. J. Radiol.*: Vol. 5: pp. 87-95.

65. Delgado, P. L., Brannan, S. K., Mallinckrodt, C. H., Tran, P. V., McNamara, R. K., Wang, F., Watkin, J. G. & Detke, M. J. (2005). Sexual functioning assessed in 4 double-blind placebo- and paroxetine-controlled trials of duloxetine for major depressive disorder. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 66: pp. 686-692.
66. Rothschild, A. J. (1995). Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: efficacy of a drug holiday. *Am. J. Psychiatry*.: Vol. 152: pp. 1514-1516.
67. Aizenberg, D., Zemishlany, Z. & Weizman, A. (1995). Cyproheptadine treatment of sexual dysfunction induced by serotonin reuptake inhibitors. *Clin. Neuropharmacol*. Vol. 18: pp. 320-324.
68. Aizenberg, D., Gur, S., Zemishlany, Z., Granek, M., Jeczmiem, P, & Weizman, A. (1997). Mianserin, a 5-HT_{2a/2c} and alpha 2 antagonists, in the treatment of sexual dysfunction induced by serotonin reuptake inhibitors. *Clin. Neuropharmacol*. Vol. 20: pp. 210-214.
69. Aizenberg, D., Naor, S., Zemishlany, Z. & Weizman, A. (1999). The serotonin antagonist mianserin for treatment of serotonin reuptake inhibitor induced sexual dysfunction in women: an open-label add-on study. *Clin. Neuropharmacol*. Vol. 22: pp. 347-350.
70. Feiger, A., Kiev, A., Shrivastava, R. K., Wisselink, P, G. & Wilcox, C. S. (1996). Nefazodone versus sertraline in outpatients with major depression: focus on efficacy, tolerability, and effects on sexual function and satisfaction. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 57: pp. 53-62.
71. Norden, M. J. (1994). Buspirone treatment of sexual dysfunction associated with selective serotonin reuptake inhibitors. *J. Depression*.: Vol. 2: pp. 109-112.
72. Masand, P. S., Ashton, A. K., Gupta, S. & Frank, B. (2001). Sustained-release bupropion for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: a randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Am. J. Psychiatry*.: Vol. 158: pp. 805-807.
58. Balon, R., Yeragani, V. K., Pohl, R. & Ramesh, C. (1993). Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 54: pp. 209-212.
59. Gonzales, A. L., Llorca, G., Izquierdo, J. A., Ledesma, A., Bouso, M., Calcedo, A., Carrasco, J. L., Ciudad, J., Daniel, E., Dela Gand, J., Derecho, J., Franco, M., Gomez, M.J., Macias, J. A., Martin, T., Perez, V., Sanchez, J. M., Sanchez, S. & Vicens, E. (1997). SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J. Sex. Marital. Ther*. Vol. 23: pp. 176-194.
60. Williams, V. S., Baldwin, D. S, Hogue, S. L., Fehnel, S. E, Hollis, K. A., & Edin, H. M. (2006). Estimating the prevalence and impact of antidepressant induced sexual dysfunction in 2 European countries: a cross-sectional patient survey. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 67: pp. 204-210.
61. Khazaie, H, Rezaie, L. Rezaei Payam, N. & Najafi, F. (2015). Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with fluoxetine, sertraline and trazodone; a randomized controlled trial. *General. Hospital. Psychiatry*. Vol. 37: pp. 40-45.
62. Clayton, A. H., McGarvey, E. L. & Clavet, G. J. (1997). The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. *Psychopharmacol. Bull*.: Vol. 33: pp. 731-745.
63. Landén, M., Hgberg, P., Thase, M. E. (2005). Incidence of sexual side effects in refractory depression during treatment with citalopram or paroxetine. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 66: pp. 100-106.
64. Walker, P. W., Cole, J. O., Gardner, E. A., Hughes, A. R., Johnston, J. A., Batey, S. R. & Lineberry, C. G. (1993). Improvement in fluoxetine-associated sexual dysfunction in patients switched to bupropion. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 54: pp. 459-465.

81. Leary, M. R. & Dobbins, S. E. (1983). Social anxiety, sexual behavior, and contraceptive use. *J. Pers.Soc. Psychol.*: Vol. 45: pp. 1347-1354.
82. Figueira, I., Possidente, E., Marques, C. & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Arch. Sex. Behav.* Vol. 30: pp. 369-377.
83. Bodinger, L., Hermesh, H., Aizenberg, D., Valevski, A., Marom, S., Shiloh, R., Gothelf, D., Zemishlany, Z. & Weizman, A. (2002). Sexual function and behavior in social phobia. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 63: pp. 874-879
84. Fossey, M. D. & Hamner, M. B. (1995). Clonazepam-related sexual dysfunction in male veterans with PTSD. *J. Anxiety.*: Vol. 1: pp. 233-236.
85. Yehuda, R., Lehrner, A. & Rosenbaum, T. Y. (2015). PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. *J. Sex. Med.*: Vol. 12: pp. 1107-1119.
86. Kotler, M., Cohen, H., Aizenberg, D., Matar, M., Loewenthal, U., Kaplan, Z., Miodownik, H. & Zemishlany, Z. (2000). Sexual dysfunction in male posttraumatic stress disorder patients. *Psychother. Psychosom.* Vol. 69: pp. 309-315.
87. Reznik, I., Zemishlany, Z., Kotler, M., Spivak, B., Weizman, A. & Mester, R. (2002). Sildenafil citrate for the sexual dysfunction in antidepressant treated male patients with posttraumatic stress disorder. A preliminary pilot open-label study. *Psychother. Psychosom.* Vol. 71: pp. 173-176.
88. Jonusiene, G. & Griffioen, T. (2013). Psychiatric disorders and sexual dysfunctions. In Kirana, F., Tripodi, Y., Reisman, H. (Eds.). *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology: ESSM Educational Committee, Medix Publishers.* Amsterdam. The Netherlands, pp. 380-927.
89. Van Minnen, A. & Kampman, M. (2000). Interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual. And. Relationship. Therapy.* Vol. 15: pp. 47-57.
73. Koutouvidis, N., Pratikakis, M. & Fotiadou, A. (1999). The use of mirtazapine in a group of 11 patients following poor compliance to selective serotonin reuptake inhibitor treatment due to sexual dysfunction. *Int. Clin. Psychopharmacol.* Vol. 14: pp. 253-255.
74. Clayton, A. H., Warnock, J. K., Kornstein, S. G., Pinkerton, R., Sheldon-Keller, A. & McGarvey, E. L. (2004). A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 65: pp. 62-67.
75. Nurnberg, H. G., Gelenberg, A., Hargreave, T. B., Harrison, W. M., Siegel, R. L. & Smith, M. D. (2001). Efficacy of sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men taking serotonin reuptake inhibitors. *Am. J. Psychiatry.*: Vol. 158: pp. 1926-1928.
76. Fava, M., Nurnberg, H. G., Seidman, S. N., Holloway, W., Nicholas, S., Tseng, L. J. & Stecher, V. J. (2006). Efficacy and safety of sildenafil in men with serotonergic antidepressant-associated erectile dysfunction: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J. Clin. Psychiatry.* Vol. 67: pp. 240-246.
77. Aizenberg, D., Weizman, A. & Barak, Y. (2003). Sildenafil for selective serotonin reuptake inhibitor-induced erectile dysfunction in elderly male depressed patients. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 29: pp. 297-303.
78. Hedon, F. (2003). Anxiety and erectile dysfunction: a global approach to ED enhances results and quality of life. *Int. J. Impot. Res.*: Vol. 15: pp. 16-S19.
79. Janssen, P. L. (1985). Psychodynamic study of male potency disorders: An overview. *Psychother. Psychosom.* Vol. 44: pp. 6-17.
80. Heimberg, R. G & Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics.* Vol. 29: pp. 27-37.

99. Raboch, J. (1984). The sexual development and life of female schizophrenic patients. *Arch. Sex. Behav.* Vol. 13: pp. 341–349.
100. Raboch, J. & Faltus, F. (1991). Sexuality of women with anorexia nervosa. *Acta. Psychiatr. Scand.* Vol. 84: pp. 9–11.
101. Simpson, W. S. & Ramberg, J. A. (1992). Sexual dysfunction in married female patients with anorexia and bulimia nervosa. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 18: pp. 44–45.
102. Tuiten, A., Panhuysen, G. & Everaerd, W. (1993). The paradoxical nature of sexuality in anorexia nervosa. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 19: pp. 259–275.
103. Morgan, C. D., Wiederman, M. W. & Pryor, T. L. (1995). Sexual functioning and attitudes of eating-disordered women: a followup study. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 21: pp. 67–77.
104. Caligor, E., Levy, K. N. & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges. *Am. J. Psychiatry.* Vol. 172: pp. 5–17.
105. Gorton, G. & Akhtar, S. (1990). The literature on personality disorders, 1985-88: trends, issues and controversies. *Hosp. Community. Psychiatry.* Vol. 41: pp. 39–51.
106. O'Neill, M. & Kempler, B. (1969). Approach and avoidance responses of the hysterical personality to sexual stimuli. *J. Abnorm. Psychol.* Vol. 74: pp. 300–305.
107. Hurlbert, D. F., & Apt, C. (1991). Sexual narcissism and the abusive male. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 17: pp. 279–292.
108. Apt, C. & Hurlbert, D. F. (1994). The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 20: pp. 125–133.
109. Raboch, J. (1986). Sexual development and life of psychiatric female patients. *Arch. Sex. Bahav.* Vol. 15: pp. 341–353.
90. طوبائی، مصطفی؛ شعیری، محمدرضا؛ قاندي، غلامحسین و شمس، گیتی (۱۳۹۳). مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، سال بیست و یکم، دوره جدید، شماره ۱۱، ص ۱۳۲–۱۲۱.*
91. دلیر، مجتبی و علی اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۹۱). تأثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس-بی‌اختیاری. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، سال نوزدهم، دوره جدید، شماره ۷، ص ۱۰۲–۹۱.*
92. Freund, B. & Steketee, G. (1989). Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patient. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 15: pp. 31–41.
93. Staebler, C. & Pollard, C. A. (1993). Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: a comparison with two other psychiatric samples. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 19: pp. 147–153.
94. Aksaray, G. & Yelken, B. (2001). Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 27: pp. 30–41.
95. Aksoy, U. M., Aksoy, S. G. & Maner, F. (2012). Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatr. Danub.* Vol. 24: pp. 381–385.
96. Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive – compulsive disorder. *Can. J. Psychiatry.* Vol. 42: pp. 919–928.
97. Vulink, N. C. C., Denys, D. & Bus, L. (2006). Sexual pleasure in women with obsessive compulsive disorder. *J. Affect. Disord.* Vol. 91: pp. 19–25.
98. Fontenelle, L. F., Souza, W. F. & Menezes, G. B. (2007). Sexual function and dysfunction in Brazilian patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* Vol. 195: pp. 254–257.

119. Reich, D. B. & Zanarini, M. C. (2008). Sexual orientation and relationship choice in borderline personality disorder over ten years of prospective follow-up. *J. Personal. Disord.* Vol. 22: pp. 564-572.
110. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R. & Reich, D. B. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *J. Nerv. Ment. Dis.:* Vol. 187: pp. 65-71.
111. Sansone, R. A. & Wiederman, M. W. (2009). Borderline personality symptomatology, casual sexual relationships, and promiscuity. *Psychiatry*. (Edgmont). Vol. 6: pp. 36-40.
112. Sansone, R. A., Chu, J. W. & Wiederman, M. W. (2011a). Sexual behaviour and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. *Int. J. Psychiatry*. Vol. 15: pp. 69-73.
113. Sansone, R. A., Lam, C. & Wiederman, M. W. (2011b). The relationship between borderline personality disorder and number of sexual partners. *J. Personal. Disord.* Vol. 25: pp. 782-788.
114. Schulte-Herbruggen, O., Ahlers, C. J. & Kronsbein, J. M. (2009). Impaired sexual function in patients with borderline personality disorder is determined by history of sexual abuse. *J. Sex. Med.:* Vol. 6: pp. 3356-3363.
115. Hurlbert, D. F., Apt, C. V. & White, L. C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *J. Sex. Marital. Ther.* Vol. 18: pp. 231-242.
116. Hull, J. W., Clarkin, J. F. & Yeomans, F. (1993). Borderline personality disorder and impulsive sexual behavior. *Hosp. Community Psychiatry*. Vol. 44: pp. 1000-1002.
117. Zanarini, M. C., Parachini, E. A. & Frankenburg, F. R. (2003). Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *J. Nerv. Ment. Dis.* Vol. 191: pp. 479-482.
118. Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S. & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *J. of Child. Abuse. & Neglect*. Vol. 39: pp. 147-155.