

Research Article

Psychiatric disorders and sexual dysfunctions

Authors

Gholam Hossein ghaedi^{*1}, samaneh shakeri Hossein abad²

1. Associate Professor of Psychiatry, Neurophysiology Research Center, Shahid University, Tehran, Iran. (Corresponding author) ghaedi.psychiatrist.ac@gmail.com

2. Doctoral student of family and sexual health at Shahed University. Tehran . Iran. S.shakeri63@gmail.com

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Sexual dysfunctions have a high prevalence in psychiatric patients. These malfunctions may be formed due to the pathology or drug treatment approaches of psychiatric disorders. Several studies have investigated the relationship between sexual dysfunctions and psychiatric disorders. In this review study, an attempt has been made to examine this relationship and its dimensions by examining numerous researches conducted in this field. In general, the results of the studies show the effective role of psychiatric disorders and drugs in the formation of sexual dysfunctions. The positive symptoms of schizophrenia (such as psychosis and hallucinations) and its negative symptoms (such as Anhedonia), may negatively affect interpersonal relationships and sexual relationships. Depression and mood disorders may affect libido, sexual arousal, orgasm, and erectile function. Classic antidepressants have more side effects on sexual functions than second generation antidepressants. Also, anxiety disorders affect sexual dysfunctions such as sexual desire disorder, erectile function and orgasm problems. Patients with Feeding and eating disorders may suffer from sexual problems. Personality disorders, especially borderline personality disorder and histrionic personality disorder, are related to sexual dysfunctions. Despite all these results, the study in this field has basic methodological limitations that should be taken into consideration in future studies

Keywords

sexual dysfunctions, psychiatric disorders, drug therapy

Corresponding Author's E-mail

ghaedi.psychiatrist.ac@gmail.com

اختلالات روان‌پزشکی و بدکارکردی‌های جنسی

نویسندگان

غلامحسین قائدی^{۱*}، سمانه شاکری حسین اباد^۲

۱- دانشیار روان‌پزشکی مرکز تحقیقات نوروفیزیولوژی دانشگاه شاهد تهران ایران. (نویسنده مسئول)
ghaedi.psychiatrist.ac@gmail.com

۲- دانشجوی دکتری خانواده و سلامت جنسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
s.shakeri63@gmail.com

چکیده

بدکارکردی‌های جنسی، از شیوع بالایی در بیماران روان‌پزشکی برخوردار هستند. این بدکارکردی‌ها، ممکن است به دلیل آسیب‌شناسی و یا رویکردهای دارودرمانی اختلالات روان‌پزشکی شکل بگیرند. مطالعات متعددی به بررسی رابطه بین بدکارکردی‌های جنسی و اختلالات روان‌پزشکی پرداخته‌اند. در این مطالعه مروری سعی شده است با بررسی پژوهش‌های متعدد انجام شده در این حوزه، این رابطه و ابعاد آن بررسی گردند. به طور کلی، نتایج مطالعات نشان دهنده نقش موثر اختلالات روان‌پزشکی و داروهای مصرفی در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی می‌باشند. علائم مثبت اسکیزوفرنی (مانند سایکوز و توهمات) و علائم منفی آن (مانند فقدان احساس لذت)، ممکن است به شکل منفی باعث اختلال در روابط بین‌فردی و روابط جنسی گردند. افسردگی و اختلالات خلقی ممکن است بر میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و عملکرد نعوظ تأثیر بگذارند. داروهای ضدافسردگی کلاسیک نسبت به ضدافسردگی‌های نسل دوم، اثرات جانبی بیشتری بر کارکردهای جنسی دارند. همچنین، اختلالات اضطرابی بر بدکارکردی‌های جنسی مانند اختلال میل جنسی، عملکرد نعوظ و مشکلات ارگاسم تأثیر می‌گذارند. بیماران دارای اختلالات خوردن، ممکن است از مشکلات جنسی رنج ببرند. اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت نمایشی با بدکارکردی‌های 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.

تاریخ دریافت:

....../.../...

تاریخ پذیرش:

....../.../...



کلیدواژه‌ها

بدکارکردی‌های جنسی، اختلالات روان‌پزشکی، دارودرمانی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

ghaedi.psychiatrist.ac@gmail.com

مقدمه:

کارکرد جنسی مناسب، یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی و حفظ روابط صمیمانه، رضایت‌بخش می‌باشد. اهمیت رفتار جنسی و نقش مهمی که در روابط عاطفی ایفا می‌کند، نشان می‌دهد که رفتار جنسی، می‌تواند در بهداشت روانی، افزایش کیفیت زندگی و حفظ آن نقش مهمی داشته باشد. اختلال در عملکرد جنسی، در بیماران روانی شایع بوده و ممکن است با آسیب‌شناسی روانی اختلال و یا دارودرمانی مرتبط باشد. اختلال در کارکرد جنسی، می‌تواند در یک یا همه مراحل چرخه رفتار جنسی به وجود آید. البته این ارتباط، ارتباطی پیچیده، چندوجهی و اغلب تعاملی می‌باشد. [1]

بدکارکردی‌های جنسی، مجموعه اختلالات ناهمگنی هستند که معمولاً با اختلال قابل‌ملاحظه بالینی در توانایی پاسخ دادن جنسی فرد یا تجربه کردن لذت جنسی مشخص می‌شوند. بدکارکردی‌های جنسی شامل تأخیر در انزال، انزال زودرس، اختلال در عملکرد نعوظ، اختلال ارگاسم، بی‌میلی جنسی، اختلال در برانگیختگی جنسی، اختلال درد در زنان، بدکارکردی جنسی ناشی از مصرف مواد/ دارو، بدکارکردی جنسی مشخص دیگر و بدکارکردی نامشخص می‌باشد. [2]

شیوع افسردگی و اضطراب در افراد دارای بدکارکردی جنسی بالا است. بک^۱ بیان می‌کند که در ۶۱٪ افراد مبتلا به افسردگی شدید، میل جنسی، کاهش قابل توجهی خواهد داشت. داروهایی همچون مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRI)، نورولپتیک‌ها و آنتی‌سایکوتیک‌ها منجر به اختلال در عملکرد جنسی هم در زنان و هم در مردان می‌باشند. اختلالات روانی به عنوان یکی از عوامل اولیه بدکارکردی‌های جنسی شناخته می‌شوند؛ به گونه‌ای که بسیاری از اختلالات روانی (از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس، سایکوز، اختلالات شخصیتی و مانند آن) با مشکلات جنسی بویژه کاهش میل جنسی همراه هستند. [3]

بدکارکردی‌های جنسی گزارش شده در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که با داروهای ضد سایکوز درمان می‌شوند بین ۳۰ تا ۶۰ درصد می‌باشد و این میزان در بین افراد مبتلا به

افسردگی که با داروهای ضد افسردگی تحت درمان هستند به ۷۰ درصد و در بیمارانی که از اختلالات اضطرابی رنج می‌برند به ۸۰ درصد می‌رسد. در سایر بیماران که از اختلالات نظیر وسواس، فوبیا اختلالات جسمانی و نظیر آن رنج می‌برند به طور متوسط بین ۷ تا ۲۳ درصد در اختلالات مختلف گزارش شده است. [4]

دی اس ام-۵،^۲ ۲۲ طبقه عمده اختلالات روانی را فهرست کرده است که بیش از ۱۵۰ بیماری مجزا را در بر می‌گیرد. برای هر کدام از این اختلالات، تعریفی مجزا ارائه شده است، در اینجا سعی می‌گردد که به بعضی از مهمترین آن‌ها که با بدکارکردی جنسی ارتباط دارند، پرداخته شود. [2]

روش کار

در این مطالعه مروری، مقالاتی که بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۲۳ که به نوعی به بررسی رابطه بین اختلالات روان‌پزشکی و بدکارکردی‌های جنسی پرداخته بودند، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. جستجوی مطالعات با بررسی مطالعات در پایگاه‌های اطلاعات فارسی و انگلیسی معتبر نظیر اس. آی. دی،^۳ گوگل اسکولار^۴، اسپرینگر^۵، پاب مد^۶ و با کلید واژه‌هایی نظیر افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی، اختلالات روان‌پزشکی، اختلالات شخصیت، اختلالات خوردن، داروهای روان‌پزشکی، بدکارکردی‌های جنسی و ... صورت گرفت. بر اساس این کلید واژه‌ها، عواملی نظیر نقش انتقال دهنده‌های عصبی در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی و داروهای مصرفی و در نهایت نقش خود اختلالات در بدکارکردی جنسی بررسی گردید.

انتقال دهنده‌های عصبی و عملکرد جنسی

کارکردهای جنسی از طریق حالات روانی مانند محبت، صمیمیت، حمایت و رضایت از زندگی، بخش جدایی ناپذیر از زندگی انسان را تشکیل می‌دهد و این حالات روانی فرآیندهای فیزیولوژیکی متعددی در سراسر ارگانسیم هستند که به دلیل اتصالات هورمونی و عصبی محکم، از طریق محور مغز-اندام جنسی بر کارکرد جنسی تاثیر می‌گذارند. [5]

^۲ DSM-5

^۳ SID

^۴ Google scholar

^۵ Springer

^۶ pubmed

^۱ Beck

عوامل مرتبط با غدد درون ریز^۷ شامل اندروژن‌ها^۸، استروژن‌ها^۹، پروژسترون^{۱۰}، پرولاکتین^{۱۱}، اکسی توسین^{۱۲} و کورتیزول^{۱۳} می‌باشند. انتقال دهنده‌های عصبی که در شکل‌گیری کارکردهای جنسی نقش دارند عمدتاً شامل دوپامین، سروتونین و اپی نفرین هستند که در آسیب‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی و داروهایی مرتبط با آن نقش دارند.^[4]

دوپامین

دوپامین نقش کلیدی در رفتار جنسی دارد.^[6] سیستم دوپامینرژیک به دلیل راه‌اندازی مدار پاداش در عملکرد جنسی، به عنوان یک انتقال دهنده عصبی پیش رفتار جنسی شناخته می‌شود. رابطه جنسی با تحریک دوپامین، این مدار را فعال کرده و حس خوشایند مرتبط با فعالیت جنسی را القا می‌کند.^[5] در ناحیه پری‌پتیک میانی، که محل اصلی یکپارچه‌سازی رفتار جنسی در مردان است، ترشح دوپامین، باعث افزایش رفتار جنسی، رفلکس تناسلی و انگیزه جنسی می‌شود. علاوه بر این، دوپامین، آزاد شدن پرولاکتین را کاهش می‌دهد که با میل جنسی تداخل دارد.^[6]

داروهای دوپامینرژیک مدت‌هاست که برای تسهیل عملکرد جنسی مردان شناخته شده‌اند. مطالعات نشان داده است آپومورفین، آگونیست کلاسیک دوپامین در درمان اختلال نعوظ، موثر است.^[6]

سروتونین

فعال شدن سروتونین بر نواحی وسیعی از مغز تأثیر می‌گذارد و به نظر می‌رسد که در رفتار جنسی نیز نقش داشته باشد.^[7] یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد که گیرنده‌های ۵-اچ تی^{۱۴}، بسته به اینکه چه نوع گیرنده سروتونینی دخالت داشته باشد، ممکن است باعث تسهیل یا بازداری رفتار جنسی گردند و یا اینکه هیچ تأثیری بر رفتار جنسی نداشته

باشند.^[4] همه گیرنده‌های ۵-اچ تی که پس‌سیناپسی هستند، اثر واسطه‌ای بازدارنده بر انزال، ارگاسم و نعوظ دارند. گیرنده ۵-اچ تی ۱^{۱۵} در پیش‌سیناپس، اثر تسهیلی بر انزال داشته و سیری جنسی را معکوس می‌کند.^[7]

اپی نفرین

انسداد آدرنرژیک، می‌تواند به طور بالقوه بر نعوظ، انزال و میل جنسی تأثیر بگذارد. گیرنده‌های آدرنرژیک آلفا ۱ در بافت آلت تناسلی انسان یافت شده‌اند و مهار گیرنده‌های آلفا ۱، باعث ایجاد نعوظ می‌شود.^[7] در مقابل، در زنان، توقف فعالیت آدرنرژیک باعث آسیب به برانگیختگی جنسی و ارگاسم می‌گردد.^[4]

نوراپی نفرین

با در نظر گرفتن این موضوع که نوراپی نفرین، نقش تسهیل‌کننده‌ای در تنظیم رفتار جنسی انسان ایفا می‌کند، افزایش سطح نوراپی نفرین در مغز، می‌تواند باعث متعادل کردن اثر منفی ۵-اچ تی بر تمایلات جنسی شود، بنابراین می‌توان بیان داشت گروه‌های جدیدتر داروهای ضد افسردگی که بر انتقال دهنده عصبی NE^{۱۶} تأثیر می‌گذارند، در بروز اختلال عملکرد جنسی، نقش کمتری نسبت به SSRIها داشته باشند. تجویز یوهیمین، آنتاگونیست آلفا ۱، نعوظ آلت تناسلی را از طریق فعال‌سازی سیستم خودمختار، تحریک می‌کند. علاوه بر این، مشخص شده است که این دارو می‌تواند در درمان اختلال نعوظ و آنورگاسمی مفید باشد.^[7]

استیل کولین

به نظر می‌رسد عملکرد انزال و به دنبال آن تجربه ارگاسم، با نوراپی نفرین در سیستم عصبی سمپاتیک و استیل کولین مرتبط باشد.^[8] استیل کولین در نعوظ آلت تناسلی نقش دارد و نشان داده شده است که در معکوس کردن مشکلات نعوظ و انزال ناشی از داروهای ضد افسردگی مفید است. تأثیر استیل کولین بر کارکرد جنسی زنان چندان مشخص نیست.^[4]

هیستامین

^۷ Endocrine

^۸ Androgens

^۹ Estrogens

^{۱۰} Progesterone

^{۱۱} Prolactin

^{۱۲} Oxytocin

^{۱۳} Cortisol

^{۱۴} 5-HT

HT1a-^{۱۵} 5

^{۱۶} Norepinephrine

اثر هیستامین هسته شکمی هیپوتالاموس^{۱۷} (VHM) در تعدیل رفتار جنسی، در مطالعات انجام شده حیوانی شناخته شده است. این مطالعات نشان داده است که آنتاگونیست های اچ ۲، سایمتیدین و رانیتیدین، باعث از دست دادن میل جنسی و بدکارکردی نعوظ می‌شوند که ممکن است تا حدی ناشی از کاهش جذب تستسترون باشد. از نظر محیطی، هیستامین در اتساع عروق آلت تناسلی نقش دارد، زیرا تزریق آن به اجسام غاری باعث ایجاد نعوظ کامل یا جزئی از طریق فعال شدن گیرنده‌های اچ ۲ و اچ ۳ می‌شود. [7]

بدکارکردی‌های جنسی و اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی، یک اختلال روانی مزمن است که نیاز به درمان طولانی مدت با داروهای ضد روان‌پریشی دارد. این داروها، می‌توانند اثرات نامطلوب مختلفی داشته باشند که به طور بالقوه، باعث اختلال در عملکرد جنسی می‌شوند. به طور خاص، ۳۰ تا ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، دارای نوعی از بدکارکردی جنسی هستند که به طور قابل توجهی، بیشتر از جمعیت عمومی و بیماران مبتلا به سایر اختلالات روانی است. [9] میزان اختلال عملکرد جنسی در افراد اسکیزوفرنی در مطالعات مختلف متفاوت است. دلیل این تفاوت معنی دار را می‌توان با تفاوت فرهنگی-اجتماعی و تفاوت در ابزار اندازه‌گیری برای ارزیابی اختلال عملکرد جنسی توضیح داد. [10]

اختلال در عملکرد جنسی در افراد مبتلا به اختلالات روان‌پریشی و کسانی که با داروهای ضد روان‌پریشی درمان می‌شوند، شایع است. این عناصر با هم مرتبط هستند، اما ارتباط دقیق بین آنها هنوز ناشناخته است. علاوه بر این، گمان می‌رود که اختلال در عملکرد جنسی، تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند خود اختلال روان‌پریشی، جنبه‌های روانی-اجتماعی، ژنتیک، ویژگی‌های عصبی غدد درون‌ریز [11]، اختلال جنسی قبلی [12] یا ترکیبی از این عوامل باشد. در اسکیزوفرنی، علائم منفی اختلال را می‌توان به کاهش عملکرد جنسی نسبت داد. [11] اسکیزوفرنی، در توانایی فرد برای ایجاد روابط بین فردی، اختلال ایجاد خواهد کرد. روابط بین فردی، برای ایجاد رابطه جنسی مهم هستند. مردان و زنان مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال در عملکرد

جنسی را به شکل کاهش میل جنسی، کاهش برانگیختگی جنسی (اختلال نعوظ، پریاپیسم، کاهش روانکاری واژن)، آنورگاسمی، اختلال در انزال، و اختلال قاعدگی، گالاکتوره یا ژنیکوماستی گزارش داده‌اند. [12]

به تازگی، نورواناتومی و انتقال دهنده‌های عصبی که رفتار جنسی را تعدیل می‌کنند، توصیف شده‌اند. تالاموس، هیپوتالاموس، آمیگدال، ناحیه سپتال، قشر جلوی مغز، قشر سینگولیت و اینسولا، همگی نقش مهمی در دریافت، [13] تعدیل و انتقال سیگنال‌های حسی در میل جنسی دارند. علاوه بر این، انتقال دهنده‌های عصبی و ساختارهای درگیر در مسیر پاداش، مانند دوپامین، گابا، هسته اکومبنس، قشر اوربیتوفرونتال، قشر سینگولیت قدامی پشتی و ناحیه نگمنتال شکمی، نقش مهمی در میل جنسی دارند. مطالعات نشان داده است که ناهنجاری‌های بسیاری از این ساختارهای داخل جمجمه و انتقال دهنده‌های عصبی در پاتوفیزیولوژی اسکیزوفرنی نقش دارند. بنابراین منطقی است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال در عملکرد جنسی قابل توجهی داشته باشند. [14]

با توجه به اختلال عملکرد جنسی در اسکیزوفرنی، تحقیقات در درجه اول، بر روی عوارض جانبی داروهای ضد روان‌پریشی در ایجاد بدکارکردی جنسی متمرکز شده است. تئوری رایج این است که داروهای ضد روان‌پریشی نسل دوم، به دلیل میزان کمتری از پرولاکتین، منجر به اختلال کمتری در عملکرد جنسی نسبت به هم‌تایان نسل اول خود می‌شوند. پیچیدگی بیشتر بحث این است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اغلب با اختلالات جنسی متفاوتی قبل از شروع درمان، مراجعه می‌کنند. [9,12,14]

آنتی‌سایکوتیک‌های افزایش دهنده پرولاکتین (هالوپریدول، ریسپریدون و آمی‌سوپراید) نسبت به داروهای نگهدارنده پرولاکتین، باعث اختلال در عملکرد جنسی بیشتر شدند [15,16]. در مطالعه اولوس و همکارانش^{۱۸}، رابطه‌ای بین سن در شروع بیماری و اختلال در عملکرد جنسی، در بین آزمودنی‌ها پیدا نشد و ارتباط آماری معنی‌داری بین تعداد دوره‌های بیماری و اختلال در عملکرد جنسی در بین آزمودنی‌ها نیز وجود نداشت. ارتباط معنی‌داری، بین اختلال در عملکرد جنسی و

هیپروپرولاکتینمی وجود دارد. هیچ ارتباطی بین تعداد داروهای ضد روان‌پریشی تجویز شده از یک طرف، و وقوع و شدت اختلال عملکرد جنسی، از سوی دیگر یافت نشد. بوبس و همکاران^{۱۹} تأثیر دوز دارو بر وجود اختلال عملکرد جنسی طبقه‌بندی شده بر اساس محدوده دوز را ارزیابی کردند. این مطالعه، تفاوت معنی‌داری را برای اولانزاپین بین دوزهای کم (کمتر از ۱۰ میلی‌گرم در روز؛ ۲۸/۴ درصد اختلال عملکرد جنسی) و متوسط (بین ۱۰ و ۲۰ میلی‌گرم در روز؛ ۴۷ درصد اختلال عملکرد جنسی) و برای ریسپریدون بین دوز پایین (کمتر از ۳ میلی‌گرم در روز ۳/۲۹ درصد اختلال عملکرد جنسی)، متوسط (بین ۳ تا ۶ میلی‌گرم در روز؛ ۹/۴۸ درصد اختلال عملکرد جنسی) و دوزهای بالا (بیشتر از ۶ میلی‌گرم در روز؛ ۶/۵۳ درصد اختلال عملکرد جنسی) نشان داد؛ بدین معنا که اختلال در عملکرد جنسی، در گروه‌هایی که دوز بالاتری دریافت می‌کنند، شیوع بالاتری دارد. این مطالعه هیچ ارتباطی بین سن در شروع بیماری و تعداد دوره‌های بیماری و وجود اختلال در عملکرد جنسی، در بین آزمودنی‌ها پیدا نکرد. بعلاوه، هیچ ارتباطی بین پایبندی به درمان از یک سو و شدت ($p=0/85$) و تحمل ($p=0/58$) اختلال از سوی دیگر یافت نشد. [16] هیچ ارتباطی در رابطه با مدت استفاده از داروهای ضد روان‌پریشی و شکل‌گیری بدکارکردی جنسی نیز، یافت نشد. این نتایج، نشان می‌دهد که درک بیمار از عملکرد جنسی و ارتباط آن با مصرف داروهای ضد روان‌پریشی است که بر پایبندی او به درمان تأثیر می‌گذارد. این موضوع نشان می‌دهد که بسیار مهم است فعالانه، بازخورد بیمار را در مورد اثرات درمان با داروهای ضد روان‌پریشی، به ویژه تأثیر آن‌ها را بر عملکرد جنسی‌اش، جويا شویم. همچنین نتایج نشان داد اختلال در عملکرد جنسی در مردانی که سیگار می‌کشند نسبت به افرادی که سیگار نمی‌کشند، شیوع کمتری دارد. آن‌ها توضیح دادند که این موضوع می‌تواند به دلیل تمایل تنباکو به القای متابولیسم داروهای ضد روان‌پریشی باشد که منجر به کاهش سطح پلازما می‌شود. این ادعا با یافته‌های سایر مطالعات پشتیبانی می‌شود. [9,17,18]

کوتیاپین و آریپیپرازول کمترین پتانسیل ایجاد اختلال

در عملکرد جنسی را دارند. این داروها، به ویژه آریپیپرازول، ممکن است توانایی جنسی بیمار را بهبود بخشیده و حتی ممکن است به عنوان درمانی برای اختلالات جنسی استفاده شود. [17,18]

هیچ ارتباطی در رابطه با مدت استفاده از داروهای ضد روان‌پریشی یافت نشد. [19] این نتایج را می‌توان با این واقعیت توضیح داد که بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی مزمن در حال حاضر، نرخ بالایی از عدم پایبندی به دارو دارند. در هر دو جنس، شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، کاهش میل جنسی بود. شایع‌ترین اختلال عملکرد جنسی گزارش شده توسط مردان، اختلال نعوظ و کاهش میل جنسی است، در حالی که زنان از دست دادن میل جنسی را توصیف می‌کنند و به دنبال آن اختلال عملکرد هیجانی نیز وجود دارد. [10] در جدول (۱) نوع اختلال و درصد شیوع آن در افراد مصرف‌کننده داروهای ضد روان‌پریشی، ذکر شده است. [20-23]

در هنگام نیاز به درمان فوری اختلال جنسی^{۲۰} (TE) بدکارکردی جنسی، توجه به یک توالی سه مرحله‌ای مفید است: (۱) جلوگیری از بدکارکردی جنسی^{۲۱} در جمعیت مستعد (۲) انجام بررسی‌های معمول برای TE بدکارکردی جنسی در بیماران فعال جنسی که برایشان آنتی‌سایکوتیک تجویز می‌شود (۳) انجام مداخلات بالینی زمانی که TE بدکارکردی جنسی مشکلی برای بیمار است یا خطر ترک درمان را به همراه دارد. [20]

مرحله ۱. پیشگیری اولیه (استفاده از آنتی‌سایکوتیک با بروز کم اختلال جنسی): به طور کلی، ریسپریدون و سایر آنتی‌سایکوتیک‌های کلاسیک در مقایسه با سایر داروهای ضد روان‌پریش غیر معمول مانند کلوزاپین، اولانزاپین، کوتیاپین یا آریپیپرازول، بروز بدکارکردی جنسی بیشتری دارند.

مرحله ۲، اندازه‌گیری TE بدکارکردی جنسی ناشی از داروهای ضد روان‌پریشی: تنها راه برای شناخت اثر واقعی دارو، بررسی صحیح عملکرد جنسی قبل و بعد از شروع درمان با داروهای ضد روان‌پریشی است. در عین حال،

^{۲۰} Treatment Emergent Sexual Dysfunction
^{۲۱} Sexual Dysfunction

^{۱۹} Bobes, et al

جدول (۱) میزان شیوع اختلالات جنسی در افراد مصرف کننده داروهای ضد روان‌پریشی

داروهای آنتی سایکوتیک	درصد شیوع اختلال عملکرد جنسی	نوع اختلال عملکرد جنسی
کوتیاپین	16%	میل (۰.۱۸)، برانگیختگی (۰.۱۲)، ارگاسم (۰.۷)
زیپراسیدون	18%	میل (۰.۱۵)، برانگیختگی (۰.۱۸)، ارگاسم (۰.۱۹)
پرفنازین	25%	داده ها کافی نبود
اریپرازول	27%	میل (۰.۱۲)، برانگیختگی (۰.۰۶)، ارگاسم (۰.۵)
اولانزپین	40%	میل (۰.۲۴)، برانگیختگی (۰.۱۵)، ارگاسم (۰.۲۱)
رسیپریدون	43%	میل (۰.۲۵)، برانگیختگی (۰.۲۱)، ارگاسم (۰.۲۲)
هالوپریدول	45%	میل (۰.۳۷)، برانگیختگی (۰.۲۳)، ارگاسم (۰.۱۴)
کلوزاپین	52%	میل (۰.۳۷)، برانگیختگی (۰.۱۷)، ارگاسم (۰.۱۸)
تیوریدازین	60%	برانگیختگی (۰.۴۶)، ارگاسم (۰.۴۹)

دانش

مهارکننده‌های فسفودی استراز-۵ (PDEi-5)^{۲۲} هستند که برای بهبود بدکارکردی نعوظ^{۲۳} (ED) ناشی از APS^{۲۴} مورد استفاده قرار می‌گیرند. [26] هیچ یک از این روش‌ها عاری از ریسک مانند عود بیماری نیستند، بنابراین یک رویکرد فردی دقیق پیشنهاد می‌شود تا بیماران بتوانند انتخاب آگاهانه‌ای داشته باشند. در نهایت آریپپرازول، کوتیاپین و زیپراسیدون، و شاید الانزاپین با دوز کمتر از ۱۵ میلی‌گرم در روز، بهترین داروها برای پیشگیری یا کاهش بدکارکردی جنسی هستند. رسیپریدون، هالوپریدول، آمی سولپراید و آنتی سایکوتیک‌های معمول، نباید در بیمارانی که زندگی جنسی فعال دارند و بدتر شدن آن را نمی‌پذیرند، انتخاب اول باشند. با این حال، در برخی شرایط که امکان اجتناب از آن‌ها وجود ندارد، به نظر می‌رسد همراهی با آریپپرازول، بهترین گزینه باشد. همچنین همراهی

تن اینک جنبه‌های جنسی، تا چه اندازه با کیفیت زندگی بیمار مرتبط هستند، می‌تواند به ما کمک کند تا خطر ترک درمان را به دلیل تحمل پایین بدکارکردی جنسی، زودتر شناسایی کنیم. [20,15]

مرحله ۳، مداخله: هنگامی که بدکارکردی جنسی شناسایی شد، اگر بیمار، تحمل پایینی داشته باشد و پایبندی به درمان را به خطر بیاندازد، بسته به علائم بالینی خاص وی، در هر مورد ممکن است مداخله صورت گیرد هم برای درمان اختلال و هم برای پایبندی به درمان. [20]

مطالعات نشان داده است آریپپرازول، بهترین گزینه برای درمان است، زیرا چندین مطالعه ثابت کرده‌اند که میزان بدکارکردی جنسی را در تمام مولفه‌های رفتار جنسی (میل، برانگیختگی و ارگاسم) بهبود می‌بخشد. [25]

همچنین آریپپرازول، بهترین گزینه برای جابجایی دارو هنگام مواجهه با بدکارکردی جنسی است؛ هم باعث کاهش سطح پرولاکتین و هم بهبودی بدکارکردی جنسی در صورت مصرف همزمان با سایر داروهای ضد روان‌پریشی گزینه دیگر،

^{۲۲} phosphodiesterase-5 inhibitors
^{۲۳}erectile dysfunction
^{۲۴} antipsychotics

مهارکننده‌های **PDEI-5** مانند سیلدنافیل، تادالافیل یا واردنافیل می‌توانند بدکارکردی نعوظ را در بیماران مرد بهبود بخشند. [20]

بدکارکردی جنسی و افسردگی

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که شیوع رو به رشد آن، به یک نگرانی جهانی تبدیل شده است. بر اساس آمارهای بین‌المللی، حدوداً ۱۵ درصد از افراد سنین ۱۵ تا ۷۴ سالگی که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم بارز افسردگی مانند عدم توانایی تفکر، تمرکز، یا تصمیم‌گیری هستند. [27]

حدوداً ۵۰ تا ۷۰ درصد افراد دارای افسردگی، دارای نوعی اختلال در عملکرد جنسی (بدکارکردی جنسی) هستند، این در حالی است بدکارکردی جنسی، خطر ابتلا به افسردگی را دو برابر افزایش می‌دهد. به دلیل رابطه دو طرفه اختلال عملکرد جنسی با افسردگی، تشخیص بدکارکردی جنسی می‌تواند دشوار باشد. همچنین بدکارکردی جنسی، یکی از عوارض جانبی رایج در بسیاری از داروهای ضد افسردگی است که منجر به عدم انطباق با درمان می‌شود. در حالی که پزشکان اغلب روی بیماران برای گزارش بدکارکردی جنسی به شکل خوداظهاری حساب می‌کنند، درمان، زمانی بهینه می‌شود که پزشک، ارزیابی کاملی از عملکرد جنسی فرد، قبل از درمان و در طول درمان دارویی با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد شده، انجام دهد. [28,29]

در زمینه درمان افسردگی و در عین حال به حداقل رساندن بدکارکردی جنسی، داروهای ضد افسردگی که به شکل گسترده در دسترس هستند را با توجه به پروفایل عوارض جانبی آن‌ها بر عملکرد جنسی، در گروه‌های زیر دسته‌بندی کرده‌اند:

داروهای سطح **A**: داروهایی هستند که می‌توانند ایمن بوده و با داروهای ضد افسردگی از جمله **SSRI** ها، مصرف شوند. مطالعات نشان داده است این داروها، علائم جنسی را بهبود می‌بخشند؛ مانند مهارکننده‌های فسفودی استراز

PDEI-5 [28]

داروهای سطح **B**: داروهای ضد افسردگی موثری هستند که نشان داده شده است در مقایسه با دارونماها، تأثیر منفی کمتری بر عملکرد جنسی داشته یا هیچ اثر

منفی از خود نشان نمی‌دهند؛ مانند آگوملاتین. مولوبمید، اثر ضد افسردگی مشابهی با **SSRI** ها (فلوکستین، فلووکسامین، سرتالین و پاروکستین) نشان داده است، اما در مقایسه با **SSRI** ها، اختلال کمتری در عملکرد جنسی به عنوان عوارض جانبی گزارش داده شده است. [28]

داروهای سطح **C**: شامل آن دسته از داروهای ضد افسردگی (**MOAI**^{۲۵}، **SSRI**) می‌باشد که نشان داده شده است نسبت به دارونماها، به شکل قابل توجهی، در شکل‌گیری بدکارکردی جنسی، تأثیر بیشتری دارند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد سیتالوپرام، فلوکستین، پاروکستین، سرتالین و نوافلاکسین بالاترین میزان بدکارکردی جنسی را نشان می‌دهند. [28]

در نهایت، داروهای سطح **D** شامل داروهای ضد افسردگی است که شواهد محکمی برای تأثیر آن‌ها در شکل‌گیری بدکارکردی جنسی وجود ندارد. [28]

به طور کلی داروهایی که بیشترین فراوانی اختلال در عملکرد جنسی را به عنوان عوارض جانبی دارند، از متوسط تا شدید عبارتند از فوووکسامین، نوافلاکسین، دولوکستین و کلومیپرامین (تقریباً ۷۵٪ بیماران برای هر دارو، یعنی، داروهای ضد افسردگی سروتونرژیک (به عنوان مثال، **SSRIs**^{۲۶} و **SNRIs** و کلومیپرامین). [30,31]

داروهای غیر سروتونرژیک (مانند بوپروپیون، میرتازاپین و آگوملاتین) کمترین تأثیر را در شکل‌گیری اختلال در عملکرد جنسی دارند. [26,31] در جدول (۲) مقایسه‌ای از میزان شیوع بدکارکردی جنسی با داروهای ضد افسردگی بر اساس شواهد موجود، هرچند محدود، ارائه شده است.

[29,31,32]

اختلالات شخصیت و بدکارکردی جنسی

افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، الگوهای ریشه‌ای عمیق، انعطاف‌ناپذیر و ناسازگاری در شرح حال دادن و ادراک محیط و خودشان دارند. [4,34]

اگرچه نقش ابعاد شخصیت در سبب شناسی 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 می‌-

^{۲۵} Monoamine Oxidase Inhibitor;

^{۲۶} Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitor

کنند؛ از بی‌فید و بندی در روابط جنسی تا پرهیز و اجتناب به خشونت علیه فرد صمیمی در زندگی‌شان، ۱۷/۵ درصد

جدول (۲) مقایسه خطر اختلال عملکرد جنسی بین داروهای ضد افسردگی

عوامل خطر	داروها	گروه
همه اس اس ار ای ها دارای ریسک بالایی هستند به خصوص پاروکستین و اس سیتالوپرام	سیتالوپرام اس سیتالوپرام فلوکستین فلووکسامین پاروکستین سرتالین	SSRIs
اس ان ار ای ها نیز ریسک بالایی دارند . وبه نظر دلوکستین آسیب جنسی کمتری نسبت به ونلافاکسین دارد	دسونلافاکسین دلوکستین ونلافاکسین	SNRIs
کلومی پرامین مانند SSRIs دارای ریسک بالایی است و دیگر TCA ریسک متوسط تری دارند	کلومی پرامین امی تریپتالین دوکسپین دوکسپین ایمی پرامین نورترپتالین	TCA
ریسک پایینی دارند در مقایسه با پلاسیبو	موکلوبمید فنلزین ترینیل سیپرومین	RIMA or MAOI
اگوملانتین و بوپروپین ریسک پایینی نسبت به پلاسیبو دارد. میرتازاپین ریسک کمتری نسبت به SSRI ها دارد. ورتیوکستین ریسک متوسط و بالایی دارد ولی کمتر از دلوکستین با دوز ۵-۱۰ میلی گرم است	اگوملانتین بوپروپین میرتازاپین ربوکستین ورتیوکستین	Others

صفات پارانوئیدی را نشان دادند. ادبیات روانکاوی کلاسیک و تجدید نظرهای بعدی، ارتباط بین روان‌پریشی پارانوئید و اختلال هویت جنسی را گزارش کرده اند. [4,34]

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و

بدکارکردی جنسی

شخصیت اسکیزوتایپال، کناره‌گیری اجتماعی را با ترسی عمومی، پراکنده و فراگیر نسبت به دیگران به اشتراک می‌گذارد. این ویژگی‌ها می‌تواند به طور چشمگیری بر مهارت‌های همسرگزینی تأثیر بگذارد. افراد اسکیزوتایپال، اغلب از هم جدا شده و طلاق گرفته‌اند. برعکس، برخلاف اختلال پارانوئید، برخی از ویژگی‌های شخصیتی اسکیزوتایپی، مانند خلاقیت هنری، عدم انطباق تکانشی (مانند رفتارهای

از داشتن رابطه جنسی. بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت ممکن است به طور چشمگیری نسبت به جمعیت عادی، از اختلالات جنسی بیشتری رنج ببرند. [35]

اختلال شخصیت پارانوئید و

بدکارکردی‌های جنسی

اختلال شخصیت پارانوئید با عملکرد ناسازگار در روابط صمیمانه مشخص می‌شود. عصبانیت، بدگمانی، عدم اعتماد به شریک زندگی، و حسادت می‌تواند بر حفظ یک رابطه صمیمی طولانی مدت تأثیر منفی بگذارد. به همین دلیل، افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید نسبت به سایر افراد مبتلا به اختلال شخصیت یا افراد بدون اختلال شخصیت، نرخ طلاق بیشتری دارند. در یک نمونه از مجرمان محکوم

خشونت آمیز و بی‌ملاحظه)، و تجربیات غیرعادی (مانند خطاهای ادراکی و شناختی و تفکر جادویی) ارتباط مثبتی با همسرگزینی دارند. در افراد غیر بالینی که از طریق خودگزارشی ارزیابی شدند، به نظر می‌رسد که ارتباط بین همسرگزینی و تجربیات غیرمعمول با واسطه خلاقیت هنری صورت می‌گیرد.

برخی از محققان نظریه‌ای ارائه کرده‌اند که توضیح می‌دهد سوژه‌های اسکیزوتایپال، در صورتی که دارای پروفایل ژنتیکی خوب و مثبت (سطح پایین جهش‌های مضر) باشند و در یک محیط خانوادگی مساعد (وضعیت تغذیه خوب و بدون روابط خانوادگی استرس‌زا) بزرگ شوند، موفقیت همسرگزینی خواهند داشت. [34,36]

اختلال شخصیت اسکیزوئید و بدکارکردی جنسی عدم علاقه به ایجاد روابط و صمیمیت با دیگران، مشخصه شخصیت اسکیزوئید است. این ویژگی با عدم امکان همنشینی افراد اسکیزوئید در ترجیح آنها برای روابط کوتاه‌مدت یا بلند مدت تأیید می‌شود. اختلالات اسکیزوئید و اسکیزوتایپی با بی‌علاقگی به ایجاد روابط مشخص می‌شوند. [34]

اختلال شخصیت مرزی و بدکارکردی

جنسی

در واقع، شخصیت‌های مرزی با مشکلات فراگیر در حفظ یک رابطه پایدار و با کمبود در بازنمایی خود، همراه است. افراد متاهل مبتلا به BPD^{۲۷} سن کمتری در ازدواج داشته و نسبت به سایرین نرخ بالاتری از جدایی و طلاق را دارند. به طور خاص، مردان مبتلا به

BPD نسبت به زنان مبتلا به BPD نرخ بالاتری از جدایی و طلاق دارند، احتمالاً به این دلیل که طبق دیدگاه داروینی، زنان تمایل به داشتن صفات وابسته‌تری نسبت به مردان دارند. در افراد مرزی، تکانشگری جنسی، باعث افزایش حاملگی‌های ناخواسته می‌شود. زنان مبتلا به BPD با سابقه آزار جسمی و عاطفی در دوران کودکی، تمایل به ایجاد روابط صمیمانه با شرکای خشن و بدرفتاری داشتند. با این حال، مردان مبتلا به BPD، شریک خشن‌تری نسبت به مردان با سایر PD^{۲۸} بودند. مردان مبتلا به BPD

حساسیت کمتری نسبت به ابراز خوشحالی همسرانشان نشان دادند و این می‌تواند متغییر واسطه‌ای بین ویژگی‌های BPD و اعمال خشونت علیه همسر باشد. با توجه به گرایش جنسی، بیماران مبتلا به BPD نسبت به افراد مبتلا به دیگر انواع PD، تمایل بیشتری به همجنس‌گرایی یا دوجنس‌گرایی دارند. اختلال هویت، یکی از ویژگی‌های اصلی BPD است. نتایج مطالعات نشان می‌دهند که BPD در چندین مرحله پاسخ جنسی (برانگیختگی، روان‌سازی، ارگاسم، رضایت و درد) عملکرد پایین‌تری نسبت به افراد سالم دارد. [37] به نظر می‌رسد افراد دارای BPD، به طور قابل توجهی نسبت به همسالان خود، فعالیت جنسی را در سنین پایین‌تری تجربه می‌کنند. شروع زودتر فعالیت جنسی با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی مرتبط است. گروه BPD به احتمال زیاد از هیچگونه وسایل پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند، در حالی که گروه کنترل بیشتر از کاندوم استفاده می‌کردند و در طول زندگی خود با مردان بیشتری درگیر رابطه دهانی بودند. آنها تعداد بیشتری از شرکای مرد داشتند که در دوره ۱۲ ماهه گذشته با آنها آمیزش دخولی یا رابطه جنسی دهانی داشتند. زنان جوان دارای علائم BPD در معیارهای سلامت جنسی، خطر و ایمنی، نمره پایین‌تری داشتند و در شکل‌گیری هویت جنسی خود، بلا تکلیفی بیشتری نشان دادند. جالب است که زنان جوان با علائم BPD در مقایسه با همسالان خود، در زمان مصاحبه، بیشتر در یک رابطه قرار داشتند. در حالی که آنها در مقایسه با گروه کنترل، سطوح مشابهی از لذت جسمانی از روابط خود را گزارش می‌دادند، با این حال به شکل قابل توجهی، سطح پایین‌تری از رضایت عاطفی را گزارش کردند. این امر، ممکن است نشان دهنده ماهیت پرفراز و نشیب روابط صمیمی آنها باشد یا صرفاً ماهیت اتفاقی بودن روابط عاطفی و عدم سرمایه‌گذاری عاطفی آنها را نشان دهد. از طرف دیگر، ممکن است این یافته، نشان دهنده ضعف شناخت اجتماعی و اختلال در مهارت‌های حل مسئله این گروه باشد و ممکن است به ترجیح آنها برای درگیر شدن در رفتار جنسی برای حفظ شریک زندگی مربوط باشد. [37]

اختلال شخصیت ضد اجتماعی و بدکارکردی

جنسی

^{۲۷} Borderline personality disorder
^{۲۸} personality disorder

افراد ضداجتماعی معمولاً روابط کوتاه مدت را ترجیح می‌دهند. برخی از ویژگی‌های اختلال شخصیت ضداجتماعی، مانند آسیب رساندن و استثمار دیگران بدون هیچ واکنش عاطفی آشکار، به طور مثبت با ترجیح برای برقراری روابط کوتاه مرتبط است. علاوه بر این، در مطالعه‌ای نشان داده شده که بیماران ضداجتماعی، بیشترین خشونت را نسبت به همسر خود دارند. [38]

احساس گناه و شرم دو احساس اخلاقی هستند، اما در رابطه بین صفات ضداجتماعی و خشونت شریک جنسی در مردان، به شیوه‌های متفاوتی عمل می‌کنند. مردانی که بیشتر مستعد شرم بودند، خشونت روانی و فیزیکی بیشتری نسبت به شریک زندگی خود مرتکب شدند. برعکس، مردانی که گزارش دادند بیشتر در معرض گناه هستند، کمتر احتمال دارد که مرتکب خشونت فیزیکی و جنسی شوند. به نظر می‌رسد مردانی که دارای ویژگی‌های ضداجتماعی بالایی هستند، شرم خود را تحمل نمی‌کنند، احتمالاً به این دلیل که می‌خواهند وجهه اجتماعی خود را حفظ کنند. بنابراین با خشونت علیه شریک زندگی خود واکنش نشان می‌دهند. با این حال، به نظر می‌رسد احساس گناه، مانع از واکنش آشکار علیه شریک جنسی می‌شود و رابطه بین ویژگی‌های ضد اجتماعی و خشونت صمیمی را تعدیل می‌کند. زنان با ویژگی‌های شخصیت ضداجتماعی و مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد، تجارب بیشتری از قربانی شدن و ارتکاب خشونت شریک جنسی را نسبت به مردان با ویژگی‌های مشابه گزارش کرده‌اند. علیرغم این داده‌ها، برخی از مطالعات نشان داده‌اند که ازدواج برای افراد ضداجتماعی می‌تواند با علائم منفی مقابله کند. در واقع، افراد متاهل با شخصیت ضداجتماعی در طول زمان، بیشتر از افراد غیر متاهل بهبود پیدا کرده‌اند. ازدواج، تمایل آنها به پرهیز از رفتارهای ضد اجتماعی را تشدید می‌کند. سطوح بالای صفات ضداجتماعی در مردان می‌تواند فرصت ازدواج را «مسدود» کند و وضعیت ازدواج می‌تواند در برابر رفتارهای ضداجتماعی بعدی «حائل» شود. [4,38]

اختلال شخصیت نمایشی و بدکارکردی جنسی زنان نمایشی، خواهان توجه دیگران هستند. از نظر جنسی با شدت و فرکانس بالا اغواکننده بوده و تغییرات خلقی نمایشی و سریع را نشان می‌دهند. این تغییرات می‌تواند بر تعادل رابطه صمیمی تأثیر منفی بگذارد. آنها

همچنین به دنبال توجه خارج از رابطه زناشویی هستند و روابط زوج فعلی را تضعیف می‌کنند. میل به اغوای جنسی و توجه جنسی می‌تواند رفتارهای زنان هیستریونیک را نسبت به شرکای بالقوه سوق دهد. [38]

بیشترین مطالعات انجام شده بر روی اختلالات شخصیت در ارتباط با اختلال عملکرد جنسی، اختلال شخصیت نمایشی بوده است. با این اختلال با الگوی جلب توجه، تحقق ارضای نفس، رفتار دستکاری شده و تغییر سریع احساسات مشخص می‌شود. در یک مطالعه مقطعی جالب، گروهی از زنان با شخصیت هیستریونیک در چندین حوزه جنسی با گروه کنترل مقایسه شدند. مشخص شده است که زنان هیستریونیک به طور قابل توجهی، قاطعیت جنسی کمتر، نگرش اروتوفوبیک بیشتری نسبت به رابطه جنسی، و نارضایتی زناشویی بیشتری نسبت به افراد کنترل دارند. علاوه بر این، آنها مشغله جنسی بیشتر، میل جنسی کمتر، کسالت جنسی بیشتر و اختلال ارگاسمیک بیشتر را نشان دادند. در پایان، آنها بیشتر از هم‌تایان خود وارد یک رابطه خارج از ازدواج شده‌اند. این داده‌ها مطالعات قبلی را تایید می‌کنند که بر مهار میل جنسی و ناهنجاری‌های جنسی در مقایسه با گروه کنترل در زنان هیستریونیک تاکید داشتند. در مقابل، در مطالعه دیگری که بر روی نمونه بزرگی از مردان، که در یک کلینیک سرپایی برای اختلال عملکرد جنسی حضور داشتند، انجام شد، یافته‌ها، نشان داد که مردان با سطوح بالاتر ویژگی‌های هیستریونیک، آندروژنیزه شدن بالاتر و عملکرد جنسی بهتری دارند. این تضاد ممکن است با یک دیدگاه «ارزیابی» توضیح داده شود. ویژگی‌های هیستریونیک، می‌تواند به شکلی «مستقیم» برای مردان هیستریونیک مؤثر باشد، زیرا می‌توانند فرصت‌های رابطه جنسی و سپس تولید مثل را بهبود بخشد. برعکس، زنان هیستریونیک ممکن است در یک تضاد روانی بین نیاز به محافظت و مراقبت توسط یک شریک زندگی منفرد (شرایط محتاطانه برای فرزندان، به دنبال یک دیدگاه ارزشی) و نیاز به ارضای نفس و غیره قرار داشته باشند. توجه به شرکای جنسی و عاطفی بیشتر در این تعارض، ممکن است باعث نارضایتی جنسی و زناشویی در فرد هیستریونیک شود. [35]

اختلال شخصیت خود شیفته و بدکارکردی

جنسی

اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت وابسته یک ویژگی مشترک دارند؛ نیاز به داشتن فرد دیگری در کنار خود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته از زندگی صمیمی خود ناراضی هستند. افراد دارای اختلال شخصیت نمایشی، به دنبال رضایت شخصی خارج از ازدواج است، در حالی که فرد وابسته ترجیح می دهد باقی بماند و آزارها را تحمل کند. [38]

اختلال شخصیت اجتنابی و بدکارکردی

جنسی

اختلال شخصیت اجتنابی دارای ویژگی های مشابهی با اختلال وابسته است. در واقع، فرد اجتنابی ممکن است ترجیح دهد که مطیع شریک باشد زیرا می خواهد از یافتن شریک جدید در یک محیط اجتماعی جدید اجتناب کند. به همین دلیل، فرد اجتنابی ترجیح می دهد با شریک خود غیرقاطعانه رفتار کند. این وضعیت را می توان منفی دانست، زیرا فرد اجتنابی می تواند آزادی جنسی خود را از دست بدهد و با بیزاری و اجتناب جنسی واکنش نشان دهد. [35]

اختلال شخصیت اجتنابی، مشخصه افرادی است که از وضعیت تاهل خود رنج میبرند، اما میزان طلاق کمتری نسبت به سایرین دارند. آنها ممکن است ترجیح دهند متاهل بمانند اما ناراضی باشند، زیرا نمی خواهند به دنبال شریک جدیدی بگردند و با موقعیت های استرس زا اجتماعی جدید کنار بیایند. [38]

اختلال شخصیت وسواسی اجباری و

بدکارکردی جنسی

اختلال شخصیت وسواسی اجباری (OCPD) با یک الگوی ناسازگار پایدار و فراگیر از کمال گرایی بیش از حد، نظم و کنترل سخت و سخت مشخص می شود. این الگو ممکن است از طریق راه های شناختی، رفتاری و عاطفی ظاهر شود و بدیهی است که بر زندگی بین فردی تأثیر بگذارد. [35]

OCPD با مولفه هایی همچون دقت زیاد، وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری شدید در زندگی فردی مشخص می شود و با استرس و ناراضیاتی زناشویی مرتبط است. افراد مبتلا به OCPD همچنین ممکن است با شریک زندگی خود رفتاری خشونت آمیز داشته باشند،

بیماران خودشیفته در ایجاد روابط طولانی مدت مشکل دارند. آنها اغلب ترجیح می دهند تنها یک شب با شریک جنسی خود باشند و/یا رابطه دوستانه ای ایجاد کنند که مشخصه آن رابطه جنسی باشد. این استراتژی جفت گیری کوتاه در مردان با ویژگی های خودشیفتگی و روان پریشی، بیشتر از زنان با ویژگی های مشابه وجود دارد. با این وجود، برخی از این افراد، روابط طولانی مدتی دارند، اما با شریک زندگی خود، با خشونت عمل می کنند. صفات خودشیفتگی بیشتر از سایر صفات در گروهی که مرتکب خشونت صمیمی علیه شریک زندگی بودند، یافت شد. کاهش رضایت جنسی در افراد یا زوج های مبتلا به خودشیفتگی جنسی مشاهده شده است. برخی از جنبه های خودشیفتگی، مانند فقدان همدلی جنسی یا بهره کشی جنسی، ارتباط مثبتی با خیانت داشتند. [4,38]

اختلال شخصیت وابسته و بدکارکردی

جنسی

اختلال شخصیت وابسته با الگوی رفتار مطیعانه مرتبط با نیاز به مراقبت، مشخص می شود. به راحتی قابل درک است که زنان و مردان وابسته ممکن است رفتار غیر جرات مندانانه داشته باشند. این عدم قاطعیت، ممکن است به از دست دادن میل جنسی خودشان نیز مرتبط باشد. مطالعات کمی در مورد اختلال شخصیت وابسته انجام شده است. داده ها نشان داده است که زنان دارای شخصیت وابسته، از خشونت شریک زندگی خود رنج می برند. این افراد به دلیل احساس بی کفایتی، می خواهند از رها شدن و تنهایی دوری کنند، بنابراین ترجیح می دهند در کنار شریک زندگی خود باقی بمانند و آزار و اذیت را تحمل کنند. مطالعه دیگری نشان داد که انتظار می رود مردان برعکس زنان رفتار کنند. افراد وابسته ممکن است برای اجتناب از رها شدن، نسبت به شریک خود، با خشونت رفتار کنند و از آن به عنوان آخرین راه چاره استفاده کنند و نتیجه معکوسی در دستیابی به خودشکوفایی داشته باشند. [38]

نتایج یک مطالعه در خصوص ویژگی های اختلال شخصیت وابسته و اختلال عملکرد جنسی در نمونه ای از زنان مبتلا به فیبرومیالژیا نشان داد که ویژگی های شخصیت وابسته با بیزاری و اجتناب جنسی مرتبط است [34].

احتمالاً به این دلیل که شرکای زندگی، به آن‌ها احترام نمی‌گذارند و دیدگاه آنها را به اشتراک نمی‌گذارند. از این رو، افراد مبتلا به **OCPD** نرخ طلاق بالایی دارند. [34]

رابطه جنسی در **OCPD** موضوعی است که کمتر شناخته شده است. یکی از اولین مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که حدود ۱۰٪ از بیماران زن مبتلا به **OCPD**، دارای آنورگاسمی و ۲۲٪ آنان، اختلال در برانگیختگی جنسی دارند، در حالی که ۲۵٪ از بیماران مرد، دارای برانگیختگی جنسی کمتر، ۱۲٪ مشکلات انزال زودرس، ۶٪ اختلال نعوظ، و ۳۹٪ از بیماران نیز نارضایتی جنسی داشتند. اخیراً تاکورتا و همکارانش گزارش کردند که اختلال عملکرد جنسی، ۳۳ درصد از نمونه‌ای از زنان مبتلا به **OCPD** را تحت تأثیر قرار داده است. اختلال در عملکرد ارگاسم، شایع‌ترین بدکارکردی جنسی بود. (۵٪ از زنان مشکل ارگاسم داشتند و پس از آن مشکلات میل جنسی در ۱۵/۳۸٪ وجود داشت. قاسم زاده و همکاران دریافتند که اختلال عملکرد جنسی در ۸۰/۶ درصد از زنان و ۲۵ درصد از مردان دارای اختلال وسواس وجود دارد. برخی شواهد از تحقیقات اجتماعی و بالینی نشان می‌دهد که علائم وسواس فکری اجباری و تشخیص **OCPD** با عملکرد جنسی بدتر، بدکارکردی جنسی و رضایت جنسی کمتر، مرتبط است. در یک مطالعه اپیدمیولوژیک ملی، رفتارهای وسواسی اجباری، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال عملکرد جنسی در زنان بود. کندور و همکاران، نشان دادند که اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به **OCPD** (۵۰٪) در مقایسه با افراد سالم (۳۰٪) شایع‌تر بود. [39]

دلایل متعددی وجود دارد که چرا بیماران مبتلا به **OCPD** ممکن است عملکرد جنسی یا رضایت جنسی خود را مختل بدانند. اولین مورد ممکن است مربوط به اثرات داروهای روان‌پزشکی باشد. مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (**SSRIs**) ممکن است به خصوص انزال و ارگاسم زنان را به تاخیر بیندازند، اما همچنین می‌توانند باعث کاهش میل جنسی و مشکلات نعوظ شوند. اگرچه عوارض جانبی جنسی ناشی از **SSRI** وابسته به دوز و معمولاً برگشت‌پذیر است، اما از این داروها، معمولاً دوزهای بالایی در درمان **OCPD** استفاده می‌شود و عوارض جانبی جنسی ممکن است گاهی پس از قطع درمان و تا

مدت‌ها باقی بماند. با توجه به تحقیقات بالین، بروز اختلال در عملکرد جنسی مرتبط با **SSRI** بین ۳۰ تا ۵۰ درصد است. یکی دیگر از جنبه‌های بالینی که ممکن است بهزیستی جنسی پایین را در بیماران مبتلا به **OCPD** تبیین کند، مربوط به محتوای برخی علائم وسواسی از جمله وسواس‌های مربوط به آلودگی و وسواس ابتلا به بیماری‌ها، موضوعات جنسی/مذهبی/اخلاقی و آسیب‌پذیری جسمانی است. متغیرهای دیگری که ممکن است به اختلال در زندگی جنسی کمک کند، ممکن است سلامت جسمانی ضعیف یا رفتارهای ناسالم باشد. تحقیقات اولیه نشان می‌دهد که مشارکت همسر در درمان (به عنوان مثال زوج‌درمانی با هدف قرار دادن مشکلات/استرس‌های زوج‌هایی با اختلال شخصیت وسواسی و بدون اختلال شخصیت وسواسی) می‌تواند باعث کاهش علائم و بهبود عملکرد زوج شود. بنابراین، روابط صمیمی، از جمله یک رابطه جنسی رضایت‌بخش، می‌تواند یک هدف مرتبط در درمان **OCPD** باشد. دلیل مهم دیگر برای ضرورت بررسی زندگی جنسی در **OCPD** این واقعیت است که علائم افسردگی در بین بیماران مبتلا به **OCPD** بسیار رایج است. علائم افسردگی را می‌توان به عنوان تعدیل‌کننده اختلال شدید در عملکرد جنسی و رضایت جنسی کمتر فرض کرد، زیرا شواهد قابل‌توجهی نشان می‌دهد که ارتباط جهت‌دار قابل‌توجهی بین افسردگی و اختلال عملکرد جنسی وجود دارد. همچنین، برخی از علائم **OCPD**، مانند ترس از آلودگی یا وسواس مذهبی، و برخی از احساسات منفی که معمولاً با **OCPD** مرتبط هستند، مانند انزجار و احساس گناه، ممکن است تأثیر منفی بر تمایلات جنسی داشته باشند. [34,38]

شواهد نشان می‌دهد شیوع بیشتر اختلالات جنسی و رضایت جنسی کمتر در بیماران مبتلا به **OCPD** در مقایسه با افراد سالم، به دلیل وجود داروهای روان‌پزشکی همزمان است، زیرا **SSRIs** ممکن است انزال و ارگاسم زنان را به تاخیر بیندازند و همچنین می‌توانند باعث کاهش میل جنسی و مشکلات نعوظ شوند، دلیل دیگر اینکه علائم افسردگی در بین بیماران مبتلا به **OCPD** بسیار شایع است. [38]

بدکارکردی جنسی و اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی گروهی از اختلالات بالینی هستند که میزانی غیرطبیعی از اضطراب، علامت بارز آنان است. این گروه شامل اختلال هراس، فوبیای خاص و اضطراب اجتماعی، اختلال وحشت زدگی و اختلال اضطراب فراگیر است. اضطراب نقش مهمی در آسیب شناسی و تداوم بدکارکردی‌های جنسی دارد.[40]

رابطه پیچیده بین اختلالات اضطرابی و بی میلی جنسی، به ندرت در ادبیات پزشکی روشن شده است. کاپلان بر شیوع شدید اختلال هراس (۲۵٪) در بیماران مبتلا به اختلال بی‌بازاری جنسی تأکید می‌کند.[41] اضطراب در برانگیختگی جنسی نیز مؤثر است. علاوه بر میل و برانگیختگی، ارگاسم ممکن است با اضطراب نیز مختل شود. در حالی که به طور گسترده پذیرفته شده است که افکار یا احساسات اضطرابی، ارگاسم را در زنان مختل می‌کند، اما مطالعات کمی به بررسی دقیق این رابطه پرداخته‌اند یا سعی کرده‌اند جنبه‌های خاصی از اضطراب مرتبط با اختلال ارگاسم را شناسایی کنند.[42,43] احساسات منفی، از جمله اضطراب یا ترس از برآورده نشدن انتظارات شریک زندگی، یکی از شایع ترین علل انزال زودرس^{۲۹} (PE) را نشان می‌دهد.[43,44]

سطوح بالایی از اضطراب در زنان مبتلا به دیسپارونی مشاهده شده است، که به نظر می‌رسد درد شدیدی را در طول رابطه جنسی تجربه می‌کند. عوامل پاتوفیزیولوژیکی تنظیم کننده این پدیده، هنوز ناشناخته هستند.[45]

هراس اجتماعی و بدکارکردی جنسی

مؤلفه اصلی اختلال هراس اجتماعی، ترس شدید از رفتارهای جمعی است که ممکن است باعث تمسخر، شرمندگی و خجالت گردد. این مساله، در واقع ترکیبی از اضطراب عملکردی و اضطراب بین فردی است که در حدود ۷ درصد از افراد جامعه را در بر می‌گیرد. بنابراین طبیعی است که این نوع اختلالات اضطرابی با بدکارکردی‌های جنسی همراه باشد.[4]

کاپلان، شیوع بدکارکردی جنسی را ۷۵ درصد در بیماران مبتلا به اختلال هراس پیشنهاد کرد. این داده‌ها توسط فیگویرا و همکارانش تأیید شد، که در مطالعه خود به روش گذشته‌نگر، عملکرد جنسی و سابقه جنسی ۳۰ بیمار

مبتلا به اختلال هراس و فوبیای اجتماعی را ارزیابی کردند. آنها دریافتند که در تحقیقاتشان، بی‌بازاری جنسی ثانویه به اختلال هراس، مرتبط است: بیماران می‌گویند که از رابطه جنسی اجتناب می‌کنند زیرا می‌ترسیدند که در حین مقاربت دچار حمله وحشت زدگی شوند. این نتایج هم در مردان و هم در زنان یافت شد و نشان می‌دهد که تنفر جنسی ممکن است بخشی از طیف آگورافوبیک باشد. مطالعات انجام شده در مورد تمایلات جنسی در بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی، همبودی را در حدود ۳۰٪ نشان می‌دهد. اختلال در برانگیختگی (از دست دادن میل در حین مقاربت) و اختلالات ارگاسم-انزال در مردان مبتلا به فوبیای اجتماعی شیوع بیشتری دارد. برخی از مطالعاتی که فوبیای اجتماعی را در جمعیت‌های مرد مورد تجزیه و تحلیل قرار داده‌اند، شیوع بالایی از PE (۴۷٪) را نشان داده‌اند، در حالی که برخی دیگر، با تأخیر در انزال (۳۳٪) مرتبط بوده‌اند. همبستگی بین PE و فوبیای اجتماعی پذیرفته شده است. به نظر می‌رسد لذت و رضایت جنسی در افراد مبتلا به فوبیای اجتماعی مختل می‌شود. زنان مبتلا به فوبیای اجتماعی بیشتر احتمال دارد که همزمان بدکارکردی‌های جنسی همچون بی میلی جنسی (۴۶٪)، درد به هنگام رابطه جنسی (۴۲٪) و دفعات کمتر آمیزش جنسی تجربه کنند.[42]

اختلال استرس پس از سانحه^{۳۰} و بدکارکردی‌های جنسی

اختلال استرس پس از سانحه، یک اختلال مزمن، ناتوان کننده و خارج از تحمل انسان است که به دنبال قرار گرفتن در معرض حوادث تروماتیک شدید، تجربه موقعیت‌های آسیب‌زا و مواجهه با حوادثی مانند جنگ، سیل، زلزله، تصادفات رانندگی، بمباران، وحشت، زندگی در اردوگاه‌های جنگ، شکنجه، حمله و تجاوز بروز می‌نماید.[46,47]

در DSM-5، چهار گونه علائم برای اختلال استرس پس از سانحه توصیف شده است: A-علائم نفوذ (شامل خاطرات مکرر و ناخواسته، کابوس‌های شبانه، بازگشت به گذشته و پریشانی شدید یا واکنش‌های فیزیولوژیکی پس از قرار گرفتن در معرض یادآورهای تروماتیک است) B-علائم

^{۳۰} Post-traumatic stress disorder

^{۲۹} premature ejaculation

اجتناب (منعکس کننده اجتناب از افکار، احساسات یا یادآوری های آسیب‌ها است) C- تغییرات منفی در شناخت یا خلق و خوی (ممکن است شامل باورهای منفی مداوم در مورد خود یا جهان، احساسات منفی مرتبط با آسیب (مانند گناه، شرم، خشم، وحشت)، از دست دادن علاقه به فعالیت های مهم و احساس بیگانگی از دیگران باشد. همچنین ناتوانی در تجربه احساسات مثبت یا عاشقانه) D- تغییرات در برانگیختگی و واکنش پذیری، شامل تحریک پذیری یا پرخاشگری، رفتارهای خود تخریب کننده یا بی ملاحظه، هوشیاری بیش از حد، واکنش مبالغه آمیز، و مشکلات تمرکز و خواب است.

اختلال استرس پس از سانحه بر زندگی عاطفی، اجتماعی، حرفه‌ای و جنسی تأثیر می‌گذارد. [48] هنوز مشخص نیست که آیا جمعیت‌های مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، دارای سطوح طبیعی میل جنسی هستند یا خیر. مطمئناً این بیماران دارای بدکارکردی‌های جنسی از جمله اختلال در عملکرد نعوظ (شیوع حدود ۶۹٪) و مشکلات ارگاسم هستند و بنابراین سطح پایین رضایت جنسی را گزارش می‌کنند. [40] اختلال استرس پس از سانحه ممکن است بر انواع پیامدهای جنسی، از جمله میل جنسی، عملکرد (مانند برانگیختگی جنسی، ارگاسم)، درد تناسلی لگنی، رضایت جنسی، پریشانی جنسی، و فراوانی فعالیت جنسی تأثیر بگذارد. علاوه بر این، مشکلات جنسی ممکن است با درمان اختلال استرس پس از سانحه از بین نرود. [47-49]

تحقیقات نشان می‌دهد که در بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه، قرار گرفتن در معرض تروما به تنهایی، ارتباط نزدیکی با مشکلات جنسی دارد. با این حال، داشتن یک ترومای جنسی ممکن است خطر منحصر به فردی را برای مشکلات جنسی در مقایسه با داشتن یک ترومای غیرجنسی ایجاد کنند. ارتباط بین اختلال استرس پس از سانحه و مشکلات جنسی در برخی موارد بر اساس جنسیت متفاوت است، اما هیچ توافق کلی در متون مرتبط یافت نمی‌شود. زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با جنگ، بدکارکردی جنسی بیشتری را در مقایسه با مردان تجربه کردند. به طور خاص، نتایج ممکن است بر اساس جنسیت برای سازه‌هایی که از نظر اجتماعی توسط جنسیت مشروط می‌شوند متفاوت باشد (مثلاً انتظارات

فراوانی جنسی یا اهمیت جنسی). علاوه بر این، در برخی موارد (به عنوان مثال، عملکرد ارگاسم)، تعداد نامتناسب مطالعات انجام شده در نمونه‌های صرفاً مردان، نتیجه گیری در مورد عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را نامناسب می‌کند. [49]

مطالعات انجام شده رابطه بین اختلال استرس پس از سانحه را با انواع اختلالات در حوزه‌های خاص بدکارکردی‌های جنسی (مانند میل، برانگیختگی و ارگاسم) به وضوح نشان داده‌اند. از سوی دیگر، علائم خاص اختلال استرس پس از سانحه یا همان علائم ۴ گانه اختلال استرس پس از سانحه، ممکن است بر شیوع بدکارکردی جنسی به شکلی نابرابر تأثیر بگذارد. به عنوان مثال، به نظر می‌رسد که علائم احساسی و اجتنابی، ارتباط نزدیک‌تری با اختلال در عملکرد جنسی و سطح بالاتر اضطراب جنسی داشته باشند تا سایر علائم. [50] به نظر می‌رسد نمره بالا در علائم گروه C (تغییرات منفی مرتبط با تروما در شناخت و خلق و خوی) شایع‌ترین پیش‌بینی کننده بدکارکردی جنسی در میان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه باشد. علائم گروه C، همچون انتظارات منفی از خود، دیگران یا جهان، سرزنش تحریف شده مداوم خود یا دیگری برای تروما، و وضعیت عاطفی منفی فراگیر، کاهش علاقه یا مشارکت در فعالیت‌های مهم، احساس جدایی یا بیگانگی از دیگران، یا ناتوانی مداوم در تجربه احساسات مثبت، مانع از ظرفیت فرد برای مشارکت کافی در رفتار(های) جنسی می‌شود. در نتیجه، علائم گروه C، سطوح پایین‌تری از رضایت در زندگی جنسی را پیش‌بینی می‌کنند. [51]

وجود همسر، پیش‌بینی کننده برجسته بعدی بدکارکردی جنسی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است. نتایج در نمونه کلی نشان داد که داشتن همسر، خطر ابتلا به بدکارکردی‌های جنسی (عدم نعوظ، تاخیر در انزال، کم میلی جنسی) را کاهش و رضایت جنسی کلی را افزایش می‌دهد. بودن در یک رابطه، ارزش پیش‌بینی کننده‌ای برای PE ندارد. [52]

علاوه بر این، اختلال استرس پس از سانحه، ممکن است به طور غیرمستقیم از طریق تغییر الگوهای رفتاری، بر روابط و عملکرد جنسی تأثیر بگذارد. برای مثال، بی‌خوابی و کابوس‌های شبانه، ممکن است تأثیر کمتری بر عملکرد جنسی داشته باشند. در عین حال، همین علائم ممکن است

منجر به خوابیدن در تخت‌های جداگانه شود و تشریفات و رفتارهای اجتنابی را که کیفیت رابطه و عملکرد جنسی را کاهش می‌دهد، افزایش دهد. این یافته نشان می‌دهد که تلاش‌های درمانی برای ارتقای رضایت از رابطه در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، می‌تواند تأثیر مثبتی بر عملکرد جنسی در بیشتر حوزه‌های آن داشته باشد. [52-53]

استفاده از داروهای ضد افسردگی، پیش‌بینی‌کننده قابل توجهی برای اختلال در عملکرد ارگاسم و میل جنسی است، به عنوان مثال، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که از داروهای ضد افسردگی استفاده می‌کنند، خطر ابتلا به بدکارکردی جنسی مانند: انزال تاخیری (DE^{۳۱}) و کم‌میلی جنسی (HSD^{۳۲}) را افزایش می‌دهند. [52-54]

حملات وحشت زدگی و بدکارکردی های

جنسی

فیگوریا و همکارانش دریافتند که اختلال بی‌زاری جنسی، شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در بیماران مبتلا به اختلال پانیک است. تجزیه و تحلیل ۶۰۹۴۹ بیمار مبتلا به بدکارکردی نعوظ نشان داد که در مردان مبتلا به اختلال پانیک، نسبت به جمعیت عادی، احتمالاً ابتلا به اختلال نعوظ بیشتر است. [40]

اختلال وسواس فکری - عملی و

بدکارکردی های جنسی

اختلال وسواس فکری عملی (OCD) یک وضعیت سلامت روان مزمن است که با افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی مکرر و ناخواسته به نام وسواس، همراه با رفتارهای تکراری به نام اجبار مشخص می‌شود. [2]

رابطه جنسی در بیماران OCD موضوعی است که کمتر شناخته شده است. یکی از اولین مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داد که حدود ۱۰٪ از بیماران زن مبتلا به OCD، آنورگاسمی و ۲۲٪ مشکلات برانگیختگی جنسی داشتند، در حالی که ۲۵٪ از بیماران مرد دارای برانگیختگی جنسی کمتر و ۱۲٪ مشکلات انزال زودرس داشتند. ۶٪ اختلال نعوظ، و ۳۹٪ از بیماران ناراضی جنسی. [55]

اخیراً، تاکورتا و همکارانش گزارش کردند که اختلال

عملکرد جنسی، ۳۳ درصد از نمونه‌ای از زنان مبتلا به OCPD را تحت تأثیر قرار داده است. اختلال در عملکرد ارگاسم، شایع‌ترین بدکارکردی جنسی بود. ۵۱٪ از زنان مشکل ارگاسم داشتند و پس از آن مشکلات میل جنسی در ۱۵/۳۸٪ وجود داشت. قاسم زاده و همکاران دریافتند که اختلال عملکرد جنسی در ۸۰/۶ درصد از زنان و ۲۵ درصد از مردان دارای اختلال وسواس وجود دارد. برخی شواهد از تحقیقات اجتماعی و بالینی نشان می‌دهد که علائم وسواس فکری اجباری و تشخیص OCPD با عملکرد جنسی بدتر، بدکارکردی جنسی و رضایت جنسی کمتر، مرتبط است. [57]

شیوع بدکارکردی جنسی در زنان مبتلا به OCD، ۳۹ درصد است. بیماران ممکن است انزجار جنسی، فقدان میل جنسی، برانگیختگی جنسی بسیار کم، آنورگاسمی و اجتناب زیاد از آمیزش جنسی را گزارش کنند. بیماران مبتلا به OCD اختلال شدیدی در روابط بین فردی و جنسی نشان می‌دهند و تمایل دارند خود را در مقایسه با بیماران مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی کمتر احساسی و شهوانی بدانند. [40]

دلایل متعددی وجود دارد که چرا بیماران مبتلا به OCPD ممکن است عملکرد جنسی یا رضایت جنسی خود را مختل بدانند. اولین مورد ممکن است مربوط به اثرات داروهای روان‌پزشکی باشد، مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) ممکن است به خصوص انزال و ارگاسم زنان را به تاخیر بیندازند، اما همچنین می‌توانند باعث کاهش میل جنسی و مشکلات نعوظ شوند. اگرچه عوارض جانبی جنسی ناشی از SSRI وابسته به دوز و عموماً برگشت‌پذیر است، اما از این داروها، معمولاً دوزهای بالایی در درمان OCPD استفاده می‌شود و عوارض جانبی جنسی ممکن است گاهی پس از قطع درمان و تا مدت‌ها باقی بماند. تمرکز ارزیابی روی تمایلات جنسی در OCD ممکن است پیش‌آگهی، پاسخ درمانی به علائم OCD و کیفیت زندگی را بهبود بخشد. افزایش دانش در مورد تمایلات جنسی در OCD ممکن است معرفی راهبردهای درمانی اختصاص داده شده به تمایلات جنسی را پیشنهاد کند. تحقیقات اخیر نشان داده است که مشارکت همسر در درمان (یعنی زوج درمانی با هدف قرار دادن مشکلات و

^{۳۱} delayed ejaculation

^{۳۲} hypoactive sexual desire

استرس های زوجی مرتبط با OCD و غیر OCD) می تواند باعث کاهش علائم و بهبود عملکرد زوج شود. [55]

جنسیت در اختلال وسواس اجباری (OCD) مورد مطالعه قرار نگرفته است. مطالعات صورت گرفته نشان می دهد مشکلات جنسی در بیماران OCD، به ویژه تحریک جنسی کم (SE) و بازداری جنسی (SI) شیوع بیشتری دارند. بازداری جنسی در بیمارانی که حساسیت به انزجار، وسواس آلودگی، وسواس شستشو و کمال گرایی بالاتری دارند، بیشتر است. [58]

اختلال بدریخت انگاری بدن و بدکارکردی

های جنسی

افراد مبتلا به بدریخت انگاری بدن (BDD^{۳۳})، بیش از حد درگیر یک نقص در ظاهر خود هستند که یا برای دیگران قابل مشاهده نیست یا جزئی به نظر می رسد. فرد، معمولاً رفتارهای تکراری (مثلاً بررسی یا مقایسه) را در پاسخ به نگرانی ها انجام می دهد. آنها همچنین باید از لحاظ بالینی، پریشانی یا اختلال قابل توجهی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های مهم را تجربه کنند. [59]

مطالعات انجام شده بر روی ناتوانی جنسی و بدریخت انگاری بدن نشان می دهد که بین تصویر ذهنی از بدن و عملکرد جنسی و رضایت، رابطه معناداری وجود دارد. علاوه بر این، مطالعات، رابطه معناداری بین شاخص توده بدنی و اختلال عملکرد جنسی نشان دادند. رضایت جسمانی نیز، با عملکرد جنسی رابطه معناداری داشت. [60] زنانی که نسبت به بدن خود احساس خوبی دارند بیشتر از زنانی که احساس بدی دارند از عملکرد جنسی لذت می برند. [61] تحقیقات اخیر ویل^{۳۴} بر روی مردان مبتلا به BDD که عمدتاً مرتبط با اندازه آلت تناسلی بود، نشان داد که مردان مبتلا به BDD در مورد آلت تناسلی خود در مقایسه با مردانی که اضطراب آلت تناسلی کوچک دارند و همچنین افراد گروه کنترل، شرم و دخالت بیشتری در روابط خود گزارش کردند. [59] باید به این نکته مهم توجه کرد افسردگی، استرس، اضطراب، خشم و ترس ناشی از اختلال بدریخت انگاری بدن، می تواند در عملکرد جنسی اختلال ایجاد کند و از

فعالیت جنسی مطلوب جلوگیری کند. [59,62]

اختلالات خوردن و بدکارکردی های جنسی

تعداد زیادی از مطالعات انجام شده، به مشکلات جنسی قابل توجه در میان زنان مبتلا به اختلال خوردن اشاره می کنند. بی اشتهاهی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری، اغلب با بدکارکردی های جنسی، مانند میل کم، درد جنسی و اختلال ارگاسم همراه هستند. [63,64]

نگرانی های جنسی در میان زنان مبتلا به اختلال خوردن، هم پیامدهای فیزیولوژیکی و روانی اختلال خوردن و هم رفتارهای جبرانی (مانند استفراغ، مصرف ملین) را منعکس می کند. هم اختلالات خوردن و هم شرایط رفتار جنسی، هر دو در عوامل مرتبط با علت شناسی و ویژگی های آسیب شناسختی روانی، اشتراکاتی دارند. با توجه به همپوشانی بین اختلالات خوردن و بدکارکردی های جنسی، برخی از ویژگی های روانشناسختی ممکن است به عنوان عوامل خطر و نگهدارنده برای هر دو نوع اختلال عمل کنند. [65] به عنوان مثال، اضطراب و اختلالات خلقی از نگرانی های مشترک رایج در میان زنان مبتلا به اختلال خوردن و زنان دارای بدکارکردی جنسی هستند. ویژگی های روان شناسختی مختلف و نسبتاً پایدار مانند کمال گرایی، دلبستگی ناایمن، عزت نفس پایین و نارضایتی از بدن، به طور مشابه در زنان مبتلا به اختلال خوردن و زنان با بدکارکردی جنسی مشخص است. در میان یک نمونه جامعه از زنان، گرایش به رفتارهای پرخوری و احترام ضعیف به تصویر بدن با ناراحتی جنسی و گسستگی بیشتر در طول رابطه جنسی با شریک زندگی مرتبط بود. [64]

در نمونه ای از زنان با مدرک کارشناسی، نامنی های جنسی با شدت رفتار خوردن آشفته همراه بود، و سطوح بالای اختلال خوردن، نامنی های جنسی بیشتر را پیش بینی می کرد. [66] یک مطالعه دیگر نشان داد که انگیزه لاغری، پرخوری عصبی و نارضایتی از بدن برای پیش بینی مشکلات جنسی در حوزه های مختلف عملکرد جنسی، از جمله میل، برانگیختگی، ارگاسم، روان سازی، رضایت جنسی، درد جنسی، و ناراحتی جنسی وجود دارد. [67]

پر خوری عصبی، نارضایتی از بدن، نگرانی های مربوط به خوردن، و نگرانی های بدنی، پیش بینی کننده های مهمی برای حواس پرتی های شناختی مبتنی بر ظاهر و عملکرد در

^{۳۳} Body Dysmorphic Disorder

^{۳۴} Veale

هیپوگانادیسیم ثانویه است، تناقض دارد. توضیح فرضی این است که مراحل درون روانی مربوط به اثرات CBT باعث کاهش ناراحتی بدن بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی و پر خوری عصبی می‌شود و بهبود رابطه با بدن خود، می‌تواند به بهبود تمایلات جنسی کمک کند. بر این اساس گزارش شده است که وقتی افراد به نگرش سالمی نسبت به بدن خود دست می‌یابند، میل به داشتن رفتار جنسی بیشتری پیدا می‌کنند و اعتماد به نفس بیشتری خواهند داشت؛ این امر، رضایت بهتری را نسبت به فعالیت جنسی در آنها نشان می‌دهد. به طور کلی، این نتایج می‌تواند مفهوم بهبودی در بیماران مبتلا به ED را به چالش بکشد. به نظر می‌رسد ارزیابی که عمدتاً بر روی وزن یا رفتارهای غذایی متمرکز است، نمی‌تواند نمایش مناسبی از روند بهبودی ارائه دهد.^[68]

بحث و نتیجه‌گیری

با مروری بر مطالعات انجام گرفته، شواهدی بر نقش انتقال دهنده‌های عصبی در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی یافت شد. دوپامین نقش کلیدی در رفتار جنسی دارد، بخصوص در مردان باعث تسهیل در نعوظ و انزال می‌گردد. سروتونین باعث کاهش عملکرد جنسی در هر دو جنس می‌گردد. نوراپی‌نفرین، نقش تسهیل‌کننده‌ای در تنظیم رفتار جنسی انسان ایفا می‌کند. اپی‌نفرین در مردان باعث شکل‌گیری بدکارکردی نعوظ و در زنان منجر به آسیب در برانگیختگی و ارگاسم می‌شود. استیل‌کولین در نعوظ آلت تناسلی نقش دارد. تأثیر استیل‌کولین بر کارکرد جنسی زنان چندان مشخص نیست.

بررسی رابطه بین اسکیزوفرنی و بدکارکردی‌های جنسی، هرچند متأثر از عواملی نظیر ماهیت بیماری و داروهای مصرفی است، با این حال نتایج مطالعات نشان دهنده رابطه معناداری بین اسکیزوفرنی و بدکارکردی‌های جنسی می‌باشد. اسکیزوفرنی یک اختلال روانی مزمن است که نیاز به درمان طولانی مدت با داروهای ضد روان‌پریشی دارد. این داروها می‌توانند اثرات نامطلوب مختلفی داشته باشند که به طور بالقوه در پایبندی به درمان، اختلال ایجاد می‌کنند. مطالعات اخیر نشان داده است که داروهایی نظیر اولانزپین، کوتیپین و زیپراسیدون اثرات منفی کمتری بر

طول فعالیت جنسی هستند. نگرانی‌های مربوط به افزایش وزن نیز، به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم برای حواس‌پرتهای شناختی مبتنی بر عملکرد شناخته می‌شود. اختلال خوردن، نارضایتی از بدن، و ویژگی‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال خوردن، پیش‌بینی‌کننده ناراحتی جنسی بیشتر، بدکارکردی جنسی بیشتر، حواس‌پرتهای شناختی مبتنی بر ظاهر و عملکرد بیشتر در طول فعالیت جنسی، و خودکارآمدی جنسی ضعیف است. نارضایتی از بدن و نگرانی‌های خوردن، پیش‌بینی‌کننده‌های مهم برای عملکرد کلی جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگاسم هستند، در حالی که نارضایتی از بدن به تنهایی، لزج شدن، میل، درد و رضایت جنسی را پیش‌بینی می‌کند. به طور کلی، ارتباط قوی‌تری بین ناامنی‌های جنسی، پریشانی جنسی، و اختلال در خوردن نسبت به اختلال خوردن و عملکرد جنسی وجود دارد. شاید ناامنی جنسی، منعکس‌کننده یک تمایل شناختی کلی به سمت ناامنی و اعتماد به نفس ضعیف باشد که در بین زنان مبتلا به اختلال خوردن رایج است.^[67]

از میان جنبه‌های اختلال خوردن که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، نارضایتی از بدن به عنوان شایع‌ترین و برجسته‌ترین پیش‌بینی‌کننده نگرانی‌های جنسی، شناخته شد. در نتیجه بهبود عملکرد جنسی با کاهش برخی از ویژگی‌های آسیب‌شناختی روانی خاص (اختلال خوردن)، مانند ناراحتی بدن، مرتبط است. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که بازیابی وزن و کاهش پرخوری، ارتباط مستقیمی با این نتایج ندارد.^[68]

به عبارت دیگر، برخی از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی^{۳۵} (AN) به وزن طبیعی بازگشتند، اما همچنان تمایلات جنسی مختل را نشان دادند، و برخی از بیماران مبتلا به پرخوری عصبی^{۳۶} (BN) پرخوری را قطع کردند اما همچنان اختلالات جنسی را گزارش کردند. این مشاهدات، مطالعات قبلی را تأیید می‌کند که رابطه‌ای خاص بین آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن و اختلال عملکرد جنسی وجود دارد و تا حدی با این فرضیه که اختلال عملکرد جنسی در AN منحصراً به دلیل کاهش وزن و

^{۳۵} anorexia nervosa

^{۳۶} bulimia nervosa

کارکرد جنسی دارند.

تاثیر اختلال افسردگی و داروهای ضد افسردگی نیز در مطالعات متعددی ثابت شده است. داروهای ضد افسردگی سروتونرژیک (به عنوان مثال، SNRIs, SSRI) و کلومیپرامین) همگی با شیوع بالایی از اختلال در عملکرد جنسی مرتبط بودند. داروهای غیر سروتونرژیک (مانند بوپروپیون، میرتازاپین و آگوملاتین) با کمترین میزان اختلال در عملکرد جنسی همراه بودند. همچنین مطالعات نشان داد اختلال در عملکرد جنسی با مصرف داروهای ضد افسردگی سروتونرژیک نسل دوم رابطه دارد. داروهای ضد افسردگی غیر سروتونرژیک مانند میرتازاپین و به ویژه بوپروپیون خطر کمتری برای اختلال در عملکرد جنسی دارند.

اضطراب در برانگیختگی جنسی نیز مؤثر است. اضطراب ناشی از عوامل استرس‌زای مختلف، می‌تواند تمرکز را از محرک‌های وابسته به عشق شهوانی منحرف کند و برانگیختگی جنسی را، عمدتاً از طریق افزایش مسیر سمپاتیک، مختل کند. علاوه بر میل و برانگیختگی، ارگاسم ممکن است با اضطراب نیز مختل شود. هراس اجتماعی، بر انزال زودرس مردان تاثیر گذاشته و منجر به کاهش لذت جنسی و رضایت جنسی در هر دو جنس می‌شود. اختلال استرس پس از سانحه، بر انزال زودرس و بدکارکردی نعوظ در مردان تاثیر گذاشته و باعث بدکارکردی میل و برانگیختگی زنان می‌شود. هراس اجتماعی بر برانگیختگی و میل در هر دو جنس تاثیر دارد. اختلال وسواس فکری - جبری احتمالاً مضرتر از اضطراب اجتماعی یا اختلال اضطراب فراگیر است. اختلال وسواس فکری و جبری باعث بروز طیف وسیعی از بدکارکردی‌های جنسی در هر دو جنس می‌گردد.

مطالعاتی که بر اختلالات شخصیت پرداخته‌اند بسیار اندک است و بیشتر به اختلالات مرزی و نمایشی اشاره شده است. فقدان یا کاهش میل جنسی، مشکل در ارگاسم و فقدان رضایت جنسی در افراد با اختلالات شخصیت نمایشی دیده می‌شود. در اختلال شخصیت مرزی به علت عدم ثبات خلقی، داشتن یک ارتباط زناشویی طولانی مدت بسیار بعید می‌باشد.

مطالعاتی که بر اختلالات خوردن متمرکز بوده‌اند، نشان می‌دهد، نارضایتی از بدن و نگرانی‌های خوردن،

به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم برای عملکرد کلی جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگاسم ظاهر شدند، در حالی که نارضایتی بدن به تنهایی لزج شدن، میل، درد و رضایت را پیش‌بینی می‌کرد.

با توجه به اثراتی که خود اختلالات بر عملکرد جنسی دارند و اثراتی که درمان آنها بر بدکارکردی جنسی می‌گذارد ایجاد یک پروتکل درمانی و دقت در ارزیابی‌های اولیه بیماران می‌تواند بسیار مفید باشد.

پرکاربردترین و متضادترین روش‌های تجربی برای درمان بدکارکردی‌های جنسی همراه با اختلالات روانی عبارتند از: ارزیابی عملکرد جنسی قبل و بعد از شروع داروهای روان‌پزشکی؛ این امر در ویزیت‌های اولیه و بعدی مهم است. این ارزیابی‌ها، اطلاعات مهمی در مورد کاهش عملکرد جنسی (به دلیل اثرات نامطلوب دارو) یا بهبود (به دلیل کاهش افسردگی) ارائه می‌دهد. سایر علل یا عوامل مؤثر در اختلال عملکرد جنسی عبارتند از: خود اختلال روانی، مصرف الکل، دیابت، تصلب شرایین، بیماری قلبی و شرایط سیستم عصبی مرکزی و محیطی. سایر داروها نیز می‌توانند با تغییراتی در پاسخ جنسی همراه باشند (به عنوان مثال، آنتی‌سایکوتیک‌ها، لیتیوم، تثبیت‌کننده‌های خلق و خو، دیورتیک‌ها، مسدودکننده‌های بتا). در نتیجه اتخاذ یک روند به شرح زیر در درمان اختلالات روانی بسیار عالی می‌باشد:

۱- استفاده از داروهایی که بر عملکرد جنسی اثر کمتری دارند. ۲- انتظار بهبود خود به خود ۳- کاهش دوز دارو ۴- افزودن یک پادزهر مانند: مهارکننده‌های فسفو دی استراز ۵- ایجاد تعطیلات دارویی ۶- اقدامات غیردارویی.

بررسی همه عوامل مؤثر در رفتارهای جنسی که می‌تواند منجر به بدکارکردی جنسی در افراد دارای اختلالات روانی گردد، کاری بسیار پیچیده و سخت است و تفکیک این موضوع که چه اندازه از مشکلات و بدکارکردی‌های جنسی به دلیل استفاده از دارو یا خود اختلال است، کار ساده‌ای نیست. با توجه به این مشکلات، 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.

- polypharmacy: a naturalistic study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2022 Jun;31(3):576-90
- 12) Edinoff AN, Nix CA, Fort JM, Kimble J, Guedry R, Thomas G, Cornett EM, Kaye A, Kaye AD. Sexual Dysfunction in Schizophrenia: A Narrative Review of the Mechanisms and Clinical Considerations. *Psychiatry International*. 2022 Mar;3(1):29-42.
 - 13) Calabrò RS, Cacciola A, Bruschetta D, Milardi D, Quattrini F, Sciarrone F, la Rosa G, Bramanti P, Anastasi G. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue?. *Brain and Behavior*. 2019 Dec;9(12):e01389
 - 14) Kane JM, Correll CU. Optimizing treatment choices to improve adherence and outcomes in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*. 2019 Sep 17;80(5):13505.
 - 15) Serretti A, Chiesa A. A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *International clinical psychopharmacology*. 2011 May 1;26(3):130-40.
 - 16) Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Bou Khalil R, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. *Journal of Mental Health*. 2020 Nov 1;29(6):623-30.
 - 17) Byerly MJ, Nakonezny PA, Bettcher BM, Carmody T, Fisher R, Rush AJ. Sexual dysfunction associated with second-generation antipsychotics in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: an empirical evaluation of olanzapine, risperidone, and quetiapine. *Schizophrenia research*. 2006 Sep 1;86(1-3):244-50.
 - 18) Kelly DL, Conley RR. A randomized double-blind 12-week study of quetiapine, risperidone or fluphenazine on sexual functioning in people with schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2006 Apr 1;31(3):340-6.
 - 19) Adelufosi AO, Adebowale TO, Abayomi O, Mosanya JT. Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *General hospital psychiatry*. 2012 Jan 1;34(1):72-9
 - 20) Montejo AL, de Alarcón R, Prieto N, Acosta JM, Buch B, Montejo L. Management strategies for antipsychotic-related sexual dysfunction: a clinical approach. *Journal of Clinical Medicine*. 2021 Jan 15;10(2):308.
 - 21) Nebhinani N, Grover S, Avasthi A. Sexual dysfunction in male subjects receiving trifluoperazine, risperidone, or olanzapine: Rates vary with assessment questionnaire. *The*
- 1) امیرفخرایی. اثربخشی مقدماتی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال نعوظ جنسی و شدت علائم روان‌شناختی همبود: پژوهش مورد منفرد. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۲۰۲۰. Sep 26 (۲): ۶۹-۷۹.
 - 2) **Ma F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5 (DSM-5). In Encyclopedia of Gerontology and Population Aging 2022 May 24 (pp. 1414-1425). Cham: Springer International Publishing**
 - 3) **Nosratabadi M, Afzali Grouh A. Effect of Schematic Therapy on Anxiety and Depression Reduction and Improving the Sexual Function of Women with Vaginismus. Clinical Psychology and Personality. 2020 Sep 22;18(2):11-9.**
 - ۴) قائدی. اختلالات روان‌پزشکی و بدکارکردی‌های جنسی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۲۰۱۷ (۱): ۱۴۷-۱۷۸.
 - 5) Gombert M, Ballester P, Segura A, Peiró AM. Introducing sexual dysfunction in mental care. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2021 Jan 2;20(1):69-79.
 - 6) Contaldi E, Magistrelli L, Gallo S, Comi C. Striatal dopamine transporter imaging in Parkinson's disease drug-naïve patients: focus on sexual dysfunction. *Neurological Sciences*. 2022 Aug;43(8):4769-76.
 - 7) Calabrò RS, Cacciola A, Bruschetta D, Milardi D, Quattrini F, Sciarrone F, la Rosa G, Bramanti P, Anastasi G. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue?. *Brain and Behavior*. 2019 Dec;9(12):e01389
 - 8) Atmaca M. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: current management perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2020 Apr 20:1043-50
 - 9) Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Bou Khalil R, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. *Journal of Mental Health*. 2020 Nov 1;29(6):623-30
 - 10) Fanta T, Haile K, Abebaw D, Assefa D, Hibdye G. Assessment of sexual dysfunction and associated factors among patients with schizophrenia in Ethiopia, 2017. *BMC psychiatry*. 2018 Dec;18:1-9.
 - 11) Martínez-Giner G, Giménez-De Llano E, Romero-Rubio D, Abad-Pérez MJ, Sánchez-Martínez V. Sexual dysfunction in people treated with long-acting injectable antipsychotics in monotherapy or

- world patient experience with sexual dysfunction and antidepressant use in patients with self-reported depression: A cross-sectional survey study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 2020 Jun 1; 36:57-64
- 33) Jacobsen PL, Nomikos GG, Zhong W, Cutler AJ, Affinito J, Clayton A. Clinical implications of directly switching antidepressants in well-treated depressed patients with treatment-emergent sexual dysfunction: a comparison between vortioxetine and escitalopram. *CNS spectrums*. 2020 Feb;25(1):50-63.
- 34) Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Bou Khalil R, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. *Journal of Mental Health*. 2020 Nov 1;29(6):623-30.
- 35) Olose EO, Adubina IB, Okafor CJ, Busari CO, Edet B, Chukwujekwu DC. Sexual Dysfunction among Psychiatric Patients on Antipsychotic Medications. *Biol Med*. 2021; 13:100291.
- 36) Rosell DR, Futterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*. 2014 Jul; 16:1-2.
- 37) Edinoff AN, Nix CA, Fort JM, Kimble J, Guedry R, Thomas G, Cornett EM, Kaye A, Kaye AD. Sexual Dysfunction in Schizophrenia: A Narrative Review of the Mechanisms and Clinical Considerations. *Psychiatry International*. 2022 Mar;3(1):29-42.
- 38) Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Bou Khalil R, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. *Journal of Mental Health*. 2020 Nov 1;29(6):623-30.
- 39) Montejo AL, de Alarcón R, Prieto N, Acosta JM, Buch B, Montejo L. Management strategies for antipsychotic-related sexual dysfunction: a clinical approach. *Journal of Clinical Medicine*. 2021 Jan 15;10(2):308.
- 40) Corretti G, Baldi I. The relationship between anxiety disorders and sexual dysfunction. *Psychiatric Times*. 2007 Aug 1;24(9):16-21
- 41) Kaplan HS. Anxiety and sexual dysfunction. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1988 Oct
- 42) Forbes MK, Baillie AJ, Schniering CA. A structural equation modeling analysis of the relationships between depression, anxiety, and sexual problems over time. *The Journal of Sex Research*. 2016 Oct 12;53(8):942-54
- 43) Zuk M. The case of the female orgasm. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2006;49(2):294-8.
- 44) Pyke RE. Sexual performance anxiety. *Sexual medicine reviews*. 2020 Apr;8(2):183-90.
- primary care companion for CNS disorders. 2012 Apr 26;14(2):26855
- 22) Shanmugasundaram N, Nivedhya J, Karthik MS, Ramanathan S. Risperidone-induced retrograde ejaculation and lurasidone may be the alternative. *Industrial Psychiatry Journal*. 2019 Jan;28(1):152.
- 23) Montejo AL, Prieto N, de Alarcón R, Casado-Espada N, de la Iglesia J, Montejo L. Management strategies for antidepressant-related sexual dysfunction: a clinical approach. *Journal of clinical medicine*. 2019 Oct 7;8(10):1640
- 24) Downing L, Kim DD, Procyszyn RM, Tibbo P. Management of sexual adverse effects induced by atypical antipsychotic medication. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2019 Jul 1;44(4):287-8.
- 25) Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's health*. 2018 Apr 9; 14:1745506518762664.
- 26) Kelly DL, Powell MM, Wehring HJ, Sayer MA, Kearns AM, Hackman AL, Buchanan R, Nichols RB, Adams HA, Richardson CM, Vyas G. Adjunct Aripiprazole Improves Prolactin and Prolactin-Related Side Effects in Premenopausal Women with Psychosis: Results from the DAAMSEL Clinical Trial. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2018 Aug;38(4):317.
- ۲۷) افضلی گروه، فرخزادیان، علی اصغر. بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در تغییر سطح رضایت جنسی، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر بدنی در کارمندان زن متأهل مبتلا به افسردگی. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲۰۲۰. **Sep** ۲۶؛ ۱۶(۲): ۱۱۳-۲۱.
- 28) Chokka PR, Hankey JR. Assessment and management of sexual dysfunction in the context of depression. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 2018 Jan;8(1):13-23.
- 29) Rothmore J. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Medical Journal of Australia*. 2020 Apr;212(7):329-34.
- 30) Montejo AL, Prieto N, de Alarcón R, Casado-Espada N, de la Iglesia J, Montejo L. Management strategies for antidepressant-related sexual dysfunction: a clinical approach. *Journal of clinical medicine*. 2019 Oct 7;8(10):1640.
- 31) Montejo AL, Calama J, Rico-Villademoros F, Montejo L, González-García N, Pérez J. A real-world study on antidepressant-associated sexual dysfunction in 2144 outpatients: the SALSEX I study. *Archives of sexual behavior*. 2019 Apr; 48:923-33.
- 32) Jacobsen PL, Thorley EM, Curran C. Real-

- Fallah J, Sorayani M, Ebrahimkhani N. A study on sexual function in obsessive-compulsive disorder (OCD) patients with and without depressive symptoms. *Perspectives in psychiatric care*. 2017 Jul;53(3):208-13.
- 57) Pozza A, Angelo NL, Prestia D, Dèttore D. The role of disgust propensity and sensitivity on sexual excitations and inhibition in obsessive-compulsive disorder. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*. 2019 Dec 12;22(3).
- 58) Castellini G, Lelli L, Cassioli E, Ricca V. Relationships between eating disorder psychopathology, sexual hormones and sexual behaviours. *Molecular and Cellular endocrinology*. 2019 Nov 1; 497:110429.
- 59) Veale D, Miles S, Read J, Troglia A, Wylie K, Muir G. Sexual functioning and behavior of men with body dysmorphic disorder concerning penis size compared with men anxious about penis size and with controls: A cohort study. *Sexual Medicine*. 2015 Sep;3(3):147-55.
- 60) Noqabi MS, Ebrahimi-Nejad G, Toloue M, Arjmand MM. The Relationship and Prediction Rate of Internet Sex Addiction with Body Dysmorphic Disorder (BDD) in Men. *International Journal of Indian Psychology*. 2023;11(1).
- 61) Haghtalab T, Ahmadpanah M, Madanchi F. Prediction of Female Sexual Dysfunction Based on Perceived Stress and Body Dysmorphic Disorder. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*. 2022 Jul 10;9(3):0-.
- 62) Grant JE, Lust K, Chamberlain SR. Body dysmorphic disorder and its relationship to sexuality, impulsivity, and addiction. *Psychiatry research*. 2019 Mar 1; 273:260-5
- 63) Dunkley CR, Brotto LA. Disordered eating and body dissatisfaction associated with sexual concerns in undergraduate women. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2021 Jul 4;47(5):460-80.
- 64) Dunkley CR, Svatko Y, Brotto LA. Eating disorders and sexual function reviewed: A trans-diagnostic, dimensional perspective. *Current Sexual Health Reports*. 2020 Mar; 12:1-4.
- 65) Dunkley CR, Gorzalka BB, Brotto LA. Disordered eating and sexual insecurities in young women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2016 Aug;25(2):138-47.
- 66) Dunkley CR, Gorzalka BB, Brotto LA. Associations between sexual function and disordered eating among undergraduate women: An emphasis on sexual pain and distress. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2020 Jan 2;46(1):18-34.
- 67) Castellini G, Lelli L, Corsi E, Campone B, 45) Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's health*. 2018 Apr 9; 14:1745506518762664.
- ۴۶) مسعود سیرتی نیر، عباس عبادی، مسعود فلاحی خشکناز، عباس تولایی. پیامدهای زندگی با اختلال استرس پس از ضربه: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. 1391. (۲): ۹۲-۱۰۱.
- 47) Karimi S, Mottaghi S, Moradi A. The effectiveness of prolonged exposure therapy on resilience and the clinical symptoms in sexually abused girls with post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Personality*. 2022 Aug 23;20(1):59-73.
- 48) Yehuda R, Lehrner AM, Rosenbaum TY. **بدکارکردی جنسی** and sexual dysfunction in men and women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015 May 1;12(5):1107-19.
- 49) Bird ER, Piccirillo M, Garcia N, Blais R, Campbell S. Relationship between posttraumatic stress disorder and sexual difficulties: a systematic review of veterans and military personnel. *The journal of sexual medicine*. 2021 Aug;18(8):1398-426.
- 50) Leticia-Crepulja M, Stevanović A, Protuđer M, Popović B, Salopek-Žiha D, Vondraček S. Predictors of sexual dysfunction in veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Medicine*. 2019 Mar 29;8(4):432.
- 51) Birkley EL, Eckhardt CI, Dykstra RE. Posttraumatic stress disorder symptoms, intimate partner violence, and relationship functioning: A meta-analytic review. *Journal of Traumatic Stress*. 2016 Oct;29(5):397-405.
- 52) Kratzer L, Heinz P, Schennach R, Knefel M, Schiepek G, Biedermann SV, Büttner M. Sexual symptoms in post-traumatic stress disorder following childhood sexual abuse: A network analysis. *Psychological Medicine*. 2022 Jan;52(1):90-101.
- 53) Lorenz T, Rullo J, Faubion S. Antidepressant-induced female sexual dysfunction. In *Mayo Clinic Proceedings* 2016 Sep 1 (Vol. 91, No. 9, pp. 1280-1286). Elsevier.
- 54) Pozza A, Veale D, Marazziti D, Delgadillo J, Albert U, Grassi G, Prestia D, Dèttore D. Sexual dysfunction and satisfaction in obsessive compulsive disorder: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*. 2020 Dec; 9:1-3.
- 55) Thakurta RG, Dhar OP, Sarkar S, Ray P, Mallick AK. Prevalence and nature of sexual dysfunctions in OCD in a tertiary medical college. *East J Psychiatry*. 2016;17(2):20-30.
- 56) Ghassemzadeh H, Raisi F, Firoozikhojastefar R, Meysamie A, Karamghadiri N, Nasehi AA,

Ciampi E, Fisher AD, Mallardo L, Monteleone AM, Rotella F, Tofani T, Vignozzi L. Role of Sexuality in the Outcome of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2017 Jan 1;86(6):376-8.

- 68) Castellini G, Lelli L, Lo Sauro C, Fioravanti G, Vignozzi L, Maggi M, Faravelli C, Ricca V. Anorectic and bulimic patients suffer from relevant sexual dysfunctions. *The journal of sexual medicine*. 2012 Oct;9(10):2590-9.

روزانه
پایه ویدئو
پیش نشانه