

Research Article

Psychiatric Disorders and Sexual Dysfunctions

Authors

Gholam Hossein Ghaedi^{1*}, Samaneh Shakeri Hossein Abad²

1. Associate Professor in Psychiatry, Neurophysiology Research Center, Shahid University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2. Ph.D Student in Family and Sexual Health at Shahid University. Tehran. Iran.
s.shakeri63@gmail.com

Abstract

Receive Date:
07/03/2024

Accept Date:
15/06/2024



Sexual dysfunctions have a high prevalence in psychiatric patients. These dysfunctions may arise due to the pathology or drug treatment approaches of psychiatric disorders. Several studies have explored the connection between sexual dysfunctions and psychiatric disorders. This review study aims to investigate this relationship and its various aspects by analyzing numerous research studies in this area. Overall, the findings of these studies indicate the significant impact of psychiatric disorders and medications on the development of sexual dysfunctions. Positive symptoms of schizophrenia (such as psychosis and hallucinations) and its negative symptoms (such as anhedonia) can have adverse effects on interpersonal and sexual relationships. Depression and mood disorders can influence libido, sexual arousal, orgasm, and erectile function. Traditional antidepressants have more adverse effects on sexual functions compared to second-generation antidepressants. Additionally, anxiety disorders can impact sexual dysfunctions like sexual desire disorder, erectile function, and orgasm issues. Individuals with feeding and eating disorders may experience sexual problems. Personality disorders, particularly borderline personality disorder and histrionic personality disorder, are associated with sexual dysfunctions. Despite these findings, studies in this field have fundamental methodological limitations that need to be considered in future research.

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 حسین‌آباد^۲

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

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. علایم مثبت اسکیزوفرنی (مانند سایکوز و توهمات) و علائم منفی آن (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 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، به ویژه 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:

۱۴۰۲/۱۲/۱۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۳/۲۶



کلیدواژه‌ها

بدکارکردی‌های جنسی، اختلالات روان‌پزشکی، دارودرمانی

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

ghaedi.psychiatrist.ac@gmail.com

مقدمه

برند به ۸۰ درصد می‌رسد. در سایر بیماران که از اختلالاتی نظیر وسواس، فوبیا اختلالات جسمانی و نظایر آن رنج می‌برند به طور متوسط بین ۷ تا ۲۳ درصد در اختلالات مختلف گزارش شده است [۴].

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 [۲].

روش

در این مطالعه مروری، مقالاتی که بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۲۳ م. به نوعی به بررسی رابطه بین اختلالات روان پزشکی 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 واژه‌های کلیدی نظیر افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی، اختلالات روان پزشکی، اختلالات شخصیت، اختلالات خوردن، داروهای روان پزشکی، بدکارکردی‌های جنسی و ... صورت گرفت. بر اساس این واژه‌های کلیدی، 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 جدایی‌ناپذیر 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 تأثیر می‌گذارند [۵].

کارکرد جنسی مناسب، یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی و حفظ روابط صمیمانه، رضایت بخش 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 آسیب شناسی 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 [۱]. بدکارکردی‌های جنسی، مجموعه اختلالات ناهمگنی هستند که معمولاً با اختلال قابل ملاحظه 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، بی میلی جنسی، اختلال در برانگیختگی جنسی، اختلال درد در زنان، بدکارکردی جنسی ناشی از مصرف مواد/ دارو، بدکارکردی جنسی مشخص دیگر و بدکارکردی نامشخص می‌باشد [۲].

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 آنتی سایکوتیک‌ها منجر به اختلال در عملکرد جنسی زنان و مردان می‌شود. 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 [۳].

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 می‌

2. DSM-5

3. SID.

4. Google scholar.

5. Springer.

6. Pubmed

1. Beck

سیناپسی هستند، اثر واسطه‌ای بازدارنده بر انزال، ارگاسم و نعوظ دارند. گیرنده ۵ - اچ تی ۱ ای^۹ در پیش‌سیناپس، اثر تسهیلی بر انزال داشته و سیری جنسی را معکوس می‌کند [۷].

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 شده اند و مهار گیرنده های آلفا ۱، باعث ایجاد نعوظ می‌شود [۷]. در مقابل، در زنان، توقف فعالیت آدرنرژیک باعث آسیب به برانگیختگی جنسی و ارگاسم می‌گردد [۴].

نوراپی نفرین

با در نظر گرفتن این موضوع که نوراپی نفرین، نقش تسهیل کننده‌ای 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^{۱۰} تأثیر می‌گذارند، در بروز اختلال عملکرد جنسی، نقش کمتری نسبت به SSRIها داشته باشند. تجویز یوهیمین، آنتاگونیست آلفا ۲، 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 [۷].

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 [۸]. 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 [۴].

هیستامین

اثر هیستامین هسته شکمی هیپوتالاموس^{۱۱} (VHM) در تعدیل رفتار جنسی، در مطالعات انجام شده حیوانی شناخته

عوامل مرتبط با غدد درون ریز^۱ شامل اندروژن‌ها^۲، استروژن‌ها^۳، پروژسترون^۴، پرولاکتین^۵، اکسی توسین^۶ و کورتیزول^۷ می‌باشند. انتقال دهنده‌های عصبی که در شکل گیری کارکردهای جنسی نقش دارند، عمدتاً شامل دوپامین، سروتونین و اپی نفرین هستند که در آسیب‌شناسی اختلالات روان پزشکی و داروهای مرتبط با آن نقش دارند [۴].

دوپامین

دوپامین نقش کلیدی در رفتار جنسی دارد [۶]. 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 [۵]. در ناحیه پری اپتیک میانی، که محل اصلی یکپارچه سازی 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 [۶].

داروهای دوپامینرژیک مدت هاست که برای تسهیل عملکرد جنسی مردان شناخته شده‌اند. مطالعات نشان داده است آپومورفین، آگونیست کلاسیک دوپامین در درمان اختلال نعوظ، موثر است [۶].

سروتونین

فعال شدن سروتونین بر نواحی وسیعی از مغز تأثیر می‌گذارد و به نظر می‌رسد که در رفتار جنسی نیز نقش داشته باشد [۷]. یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد، گیرنده‌های ۵ - اچ تی^۸، 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 [۴]. همه گیرنده‌های ۵ - اچ تی که پس

- 1 . Endocrine.
- 2 . Androgens.
- 3 . Estrogens.
- 4 . Progesterone.
- 5 . Prolactin.
- 6 . Oxytocin.
- 7 . Cortisol.
- 8 . 5-HT.

9 . 5-HT1a.

10 . Norepinephrine.

11 . Ventromedial Nucleus of the Hypothalamus

به تازگی، نورواناتومی و انتقال دهنده‌های عصبی که رفتار جنسی را تعدیل می‌کنند، توصیف شده‌اند. تالاموس، هیپوتالاموس، آمیگدال، ناحیه سیتال، قشر جلوی مغز، قشر سینگولیت و اینسولا، همگی نقش مهمی در دریافت [۱۳]، 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 اکومینس، قشر اوربیتوفرونتال، قشر سینگولیت قدامی پشتی و ناحیه تگمنتال 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 [۱۴].

با توجه به اختلال عملکرد جنسی در اسکیزوفرنی، تحقیقات در درجه نخست، 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 [۲، ۹، ۱۲].

آنتی‌سایکوتیک‌های افزایش دهنده پرولاکتین (هالوپریدول، ریسپریدون و آمی‌سوپراید) نسبت به داروهای نگهدارنده پرولاکتین، باعث اختلال در عملکرد جنسی بیشتر شدند [۱۵، ۱۶]. در مطالعه اولوس و همکارانش^۱، 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 هیپرپرولاکتینمی وجود دارد. هیچ ارتباطی بین تعداد داروهای ضد روان‌پریشی تجویز شده از یک طرف، وقوع و شدت اختلال عملکرد جنسی، از سوی دیگر یافت نشد. بوبس و همکاران^۲ همکاران^۲ تأثیر دوز دارو بر وجود اختلال عملکرد جنسی

شده است. این مطالعات نشان داده است که آنتاگونیست‌های 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 [۱۷].

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 [۹]. میزان اختلال عملکرد جنسی در افراد اسکیزوفرنی در مطالعات مختلف، متفاوت است. دلیل این تفاوت معنی‌دار را می‌توان با تفاوت فرهنگی - اجتماعی و تفاوت در ابزار اندازه‌گیری برای ارزیابی اختلال عملکرد جنسی توضیح داد [۱۰].

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 [۱۱]، اختلال جنسی قبلی [۱۲]. یا ترکیبی از این عوامل باشد. در اسکیزوفرنی، علائم منفی اختلال را می‌توان به کاهش عملکرد جنسی نسبت داد [۱۱]. 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 [۱۲].

1 . Olose. et al.

2 . Bobes, et al.

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 ضدروان‌پریشی باشد که منجر به کاهش سطح پلازما می‌شود. این ادعا با یافته‌های سایر مطالعات پشتیبانی می‌شود [۹، ۱۷، ۱۸].

کوتیپین و آریپیرازول کمترین پتانسیل ایجاد اختلال در عملکرد جنسی را دارند. این داروها، به ویژه آریپیرازول، ممکن است توانایی جنسی بیمار را بهبود بخشیده و حتی ممکن است به عنوان درمانی برای اختلالات جنسی استفاده شود [۱۷، ۱۸].

هیچ ارتباطی در رابطه با مدت استفاده از داروهای ضد روان‌پریشی یافت نشد [۱۹]. این نتایج را می‌توان با این واقعیت توضیح داد که بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی مزمن در حال حاضر، نرخ بالایی از پایبندی نبودن 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 [۱۰]. در جدول (۱) نوع اختلال و درصد شیوع آن در افراد مصرف‌کننده داروهای ضد روان‌پریشی، ذکر شده است [۲۰ - ۲۳].

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 [۱۶]. 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 بر عملکرد جنسی اش، جویا شویم. همچنین نتایج نشان داد،

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

داروهای آنتی‌سایکوتیک	درصد شیوع اختلال عملکرد جنسی	نوع اختلال عملکرد جنسی
کوتیپین	٪۱۶	میل (٪۱۸)، برانگیختگی (٪۱۲)، ارگاسم (٪۷)
زیپراسیدون	٪۱۸	میل (٪۱۵)، برانگیختگی (٪۱۸)، ارگاسم (٪۱۹)
پرفنازین	٪۲۵	داده‌ها کافی نبود
اریپیرازول	٪۲۷	میل (٪۱۲)، برانگیختگی (٪۶)، ارگاسم (٪۵)
اولانزاپین	٪۴۰	میل (٪۲۴)، برانگیختگی (٪۱۵)، ارگاسم (٪۲۱)
ریسپریدون	٪۴۳	میل (٪۲۵)، برانگیختگی (٪۲۱)، ارگاسم (٪۲۲)
هالوپریدول	٪۴۵	میل (٪۲۷)، برانگیختگی (٪۲۳)، ارگاسم (٪۱۴)
کلوزاپین	٪۵۲	میل (٪۳۷)، برانگیختگی (٪۱۷)، ارگاسم (٪۱۸)
تیوریدازین	٪۶۰	برانگیختگی (٪۴۶)، ارگاسم (٪۴۹)

هنگام مواجهه با بدکارکردی جنسی است برای کاهش سطح پرولاکتین و هم بهبودی بدکارکردی جنسی در صورت مصرف همزمان با سایر داروهای ضد روان‌پریشی است. گزینه دیگر، مهارکننده‌های فسفودی استراز-۵^۳ (PDEi-5) هستند که برای بهبود بدکارکردی نعوظ^۴ (ED) ناشی از APS^۵ مورد استفاده قرار می‌گیرند [۲۶]. هیچ یک از این روش‌ها عاری از ریسک مانند بازگشت بیماری نیستند. بنابراین، برای یک رویکرد فردی دقیق پیشنهاد می‌شود تا بیماران بتوانند انتخاب آگاهانه‌ای داشته باشند. در نهایت آریپیپرازول، کوتیپین و زیپراسیدون، و شاید الانزاپین با دوز کمتر از ۱۵ میلی‌گرم در روز، بهترین داروها برای پیشگیری یا کاهش بدکارکردی جنسی هستند. ریسپریدون، هالوپریدول، آمی سولپراید و آنتی‌سایکوتیک‌های معمول، نباید در بیمارانی که زندگی جنسی فعال دارند و بدتر شدن آن را نمی‌پذیرند، انتخاب نخست باشد. با این حال، در برخی شرایط که امکان اجتناب از آن‌ها وجود ندارد، به نظر می‌رسد همراهی با آریپیپرازول، بهترین گزینه باشد. همچنین همراهی مهارکننده‌های PDEI-5 مانند سیلدنافیل، تادالافیل یا واردنافیل می‌توانند بدکارکردی نعوظ را در بیماران مرد بهبود بخشند [۲۰].

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 نداشتن توانایی تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری هستند [۲۷].

حدود 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 بی‌انطباقی با

در هنگام نیاز به درمان فوری اختلال جنسی^۱ (TE بدکارکردی جنسی)، توجه به یک توالی سه مرحله‌ای مفید است:

۱. جلوگیری از بدکارکردی جنسی^۲ 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 [۲۰].

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 ضدروان‌پریش غیر معمول مانند کلوزاپین، اولانزاپین، کوتیپین 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 ضدروان‌پریشی است. در عین حال، دانستن اینکه 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 [۱۵، ۲۰].

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 برای درمان اختلال و نیز پایبندی به درمان صورت گیرد [۲۰].

مطالعات نشان داده است، آریپیپرازول بهترین گزینه برای درمان است؛ زیرا چندین مطالعه ثابت کرده‌اند که میزان بدکارکردی جنسی را در تمام مؤلفه‌های رفتار جنسی (میل، برانگیختگی و ارگاسم) بهبود می‌بخشد [۲۵]. همچنین آریپیپرازول، بهترین گزینه برای جایجایی دارو

3 . Phosphodiesterase-5 Inhibitors.

4 . Erectile dysfunction.

5 . Antipsychotics.

1 . Treatment Emergent Sexual Dysfunction.

2 . Sexual Dysfunction.

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 [۲۸].

داروهای سطح B: داروهای ضد افسردگی اثربخشی 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 آگوماتین، موکلوبمید، 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 [۲۸].

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 [۲۸، ۲۹].

در زمینه درمان افسردگی و در عین حال به حداقل رساندن بدکارکردی جنسی، داروهای ضدافسردگی 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

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

عوامل خطر	دارو ها	گروه
همه اس اس ار ای ها به ویژه پاروکستین و اس سیتالوپرام دارای ریسک بالایی هستند	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 متوسط‌تری دارند.	کلومی پرامین امی تریپتالین دوکسپین دوکسپین ایمی پرامین نورترپتیلین	TCA
ریسک پایینی در مقایسه با پلاسیبو دارند.	موکلوبمید فنلزین ترنیل سیپرومین	RIMA or MAOI
اگوماتین و بوپروپین ربوکستین 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	اگوماتین بوپروپین میرتازاپین ربوکستین ورتیوکستین	Others

صمیمانه مشخص می‌شود. عصبانیت، بدگمانی، بی‌اعتمادی 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 به خشونت علیه فرد صمیمی در زندگی‌شان، ۱۷/۵ درصد صفات پارانوئیدی را نشان دادند. ادبیات روانکاوی کلاسیک و تجدید نظرهای بعدی، ارتباط بین روان پریشی پارانوئید و اختلال هویت جنسی را گزارش کرده اند [۴، ۳۴].

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، بی‌انطباقی تکانشی (مانند رفتارهای خشونت‌آمیز 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 پژوهشگران نظریه‌های ارائه کرده‌اند که توضیح می‌دهد سوزده‌های 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 [۳۴، ۳۶].

اختلال شخصیت اسکیزوبیید و بدکارکردی جنسی

بی‌علاقگی به ایجاد روابط و صمیمیت با دیگران، مشخصه شخصیت اسکیزوبیید است. این ویژگی با نبود امکان همنشینی افراد اسکیزوبیید در ترجیح آنها برای روابط کوتاه‌مدت یا بلندمدت تأیید می‌شود. اختلالات اسکیزوبیید و اسکیزوتایپی با بی‌علاقگی به ایجاد روابط مشخص می‌شوند [۳۴].

اختلال شخصیت مرزی و بدکارکردی جنسی

در واقع، شخصیت‌های مرزی با مشکلات فراگیر در

داروهای سطح C: شامل آن دسته از داروهای ضد افسردگی (MOAI^۱، SSRI) که 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 ونلافاکسین بالاترین میزان بدکارکردی جنسی را نشان می‌دهند [۲۸]. در نهایت، داروهای سطح D، شامل داروهای ضد افسردگی است و شواهد محکمی برای اثربخشی آنها در شکل‌گیری بدکارکردی جنسی وجود ندارد [۲۸].

به طور کلی داروهایی که بیشترین فراوانی اختلال در عملکرد جنسی را به عنوان عوارض جانبی دارند، از متوسط تا شدید عبارتند از فووکسامین، ونلافاکسین، دولوکستین و کلومیپرامین (تقریباً ۷۵٪ بیماران برای هر دارو)، یعنی، داروهای ضد افسردگی سروتونرژیک (به عنوان مثال، SSRIs^۲، SNRIs و کلومیپرامین) [۳۰، ۳۱].

داروهای غیر سروتونرژیک (مانند بوپروپیون، میرتازاپین و آگوملاتین) کمترین تأثیر را در شکل‌گیری اختلال در عملکرد جنسی دارند [۲۶، ۳۱]. در جدول (۲) مقایسه‌ای از میزان شیوع بدکارکردی جنسی با داروهای ضد افسردگی بر اساس شواهد موجود، هرچند محدود، ارائه شده است [۲۹، ۳۰، ۳۱].

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 [۴، ۳۴].

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 بی‌قید و بندی در روابط جنسی تا پرهیز و اجتناب از داشتن رابطه جنسی. بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت ممکن است به طور چشمگیری نسبت به جمعیت عادی، از اختلالات جنسی بیشتری رنج ببرند [۳۵].

اختلال شخصیت پارانوئید و بدکارکردی‌های جنسی

اختلال شخصیت پارانوئید با عملکرد ناسازگار در روابط

1. Monoamine Oxidase Inhibitor.
2. Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitor.

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 نشان‌دهنده ماهیت پر فراز و نشیب روابط صمیمی آنها باشد یا صرفاً ماهیت انفاقی بودن روابط عاطفی و فقر عاطفی آنها را نشان دهد. از طرف دیگر، ممکن است این یافته، نشان‌دهنده 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 [۳۷].

اختلال شخصیت ضد اجتماعی و بدکارکردی جنسی

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 [۳۸].

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،

حفظ یک رابطه پایدار و با کمبود در بازنمایی خود، همراه است. افراد متاهل مبتلا به BPD^۱ 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 بد رفتاری داشتند. با این حال، مردان مبتلا به BPD، شریک خشن‌تری نسبت به مردان با سایر PD^۲ 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 [۳۷]. 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، بلاتکلیفی بیشتری نشان دادند. جالب است که زنان جوان با علائم BPD در مقایسه با همسالان خود، در زمان مصاحبه، بیشتر در یک رابطه قرار

1. Borderline Personality Disorder
2. Personality Disorder.

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 [۳۵].

اختلال شخصیت خود شیفته و بدکارکردی جنسی

بیماران خودشیفته در ایجاد روابط طولانی مدت مشکل دارند. آنها اغلب ترجیح می‌دهند تنها یک شب با شریک جنسی خود باشند و/یا رابطه دوستانه‌ای ایجاد کنند که مشخصه آن رابطه جنسی باشد. این استراتژی جفت‌گیری کوتاه در مردان با ویژگی‌های خودشیفتگی و روان‌پریشی، بیشتر از زنان با ویژگی‌های مشابه وجود دارد. با این وجود، برخی از این افراد، روابط طولانی مدتی دارند، اما با شریک زندگی خود، با خشونت عمل می‌کنند. صفات خودشیفتگی بیشتر از سایر صفات در گروهی که مرتکب خشونت صمیمی علیه شریک زندگی بودند، یافت شد. کاهش رضایت جنسی در افراد یا زوج‌های مبتلا به خودشیفتگی جنسی مشاهده شده است. برخی از جنبه‌های خودشیفتگی، مانند فقدان همدلی جنسی یا بهره‌کشی جنسی، ارتباط مثبتی با خیانت داشتند [۳۸، ۴].

اختلال شخصیت وابسته و بدکارکردی جنسی

اختلال شخصیت وابسته با الگوی رفتار مطیعانه مرتبط با نیاز به مراقبت، مشخص می‌شود. به راحتی قابل درک است که زنان و مردان وابسته ممکن است رفتار جرأت‌مندانه نداشته باشند. قاطعیت نداشتن، ممکن است به از دست دادن میل جنسی خودشان نیز مرتبط باشد. مطالعات کمی در مورد اختلال شخصیت وابسته انجام شده است. داده‌ها نشان داده است که زنان دارای شخصیت وابسته، از خشونت شریک زندگی خود رنج می‌برند. این افراد به دلیل احساس بی‌کفایتی از رها شدن و تنهایی دوری می‌کنند و با

برخی از مطالعات نشان داده‌اند، 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 [۴، ۳۸].

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 [۳۸].

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؛ 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 تأیید می‌کنند که بر مهار میل جنسی و ناهنجاری‌های جنسی در مقایسه با گروه کنترل در زنان هیستریونیک تأکید 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،

بگذارد [۳۵].

OCPD با مولفه‌هایی همچون دقت زیاد، وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری شدید در زندگی فردی مشخص می‌شود و با استرس و ناراضی‌زناشویی مرتبط است. افراد مبتلا به OCPD همچنین ممکن است با شریک زندگی خود رفتاری خشونت‌آمیز داشته باشند، 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 [۳۴].

رابطه جنسی در OCPD موضوعی کمتر شناخته شده است. از آن خستین مطالعات انجام شده در این زمینه 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 ناراضی‌زناشویی 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. 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، 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. [۳۹].

دلایل متعددی وجود دارد مبنی بر اینکه بیماران مبتلا به OCPD ممکن است عملکرد جنسی یا رضایت جنسی خود را مختل بدانند. نخستین مورد مربوط به اثرات داروهای روان‌پزشکی باشد. مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) ممکن است به خصوص انزال و ارگاسم زنان را به تأخیر بیندازند. اما همچنین می‌توانند باعث

حضور در کنار شریک زندگی خود ترجیح می‌دهند آزار و اذیت را تحمل کنند. مطالعه دیگری نشان داد، انتظار می‌رود 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 راه‌چاره استفاده کنند و نتیجه معکوسی در دستیابی به خودشکوفایی داشته باشند [۳۸]. تایج یک مطالعه در خصوص ویژگی‌های اختلال شخصیت وابسته و اختلال عملکرد جنسی در نمونه‌ای از زنان مبتلا به فیبرومیالژیا نشان داد، ویژگی‌های شخصیت وابسته با بی‌زاری و اجتناب جنسی مرتبط است [۳۴].

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 می‌دهد باقی‌ماند و آزارها را تحمل کند [۳۸].

اختلال شخصیت اجتنابی و بدکارکردی جنسی

اختلال شخصیت اجتنابی دارای ویژگی‌های مشابهی با اختلال وابسته است. در واقع، ممکن است فرد اجتنابی ترجیح دهد که مطیع شریک باشد تا از یافتن شریک جدید در یک محیط اجتماعی جدید اجتناب کند. به همین دلیل، فرد اجتنابی ترجیح می‌دهد با شریک خود غیرقاطعانه رفتار کند. این وضعیت را می‌توان منفی دانست، زیرا فرد اجتنابی می‌تواند آزادی جنسی خود را از دست بدهد و با بی‌زاری و اجتناب جنسی واکنش نشان دهد [۳۵]. 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 نمی‌خواهند به دنبال شریک جدیدی بگردند و با موقعیت‌های استرس‌زا اجتماعی جدید کنار بیایند [۳۸].

اختلال شخصیت وسواسی اجباری و بدکارکردی جنسی

اختلال شخصیت وسواسی اجباری (OCPD) با یک الگوی ناسازگار پایدار و فراگیر از کمال‌گرایی بیش از حد، نظم و کنترل سفت و سخت مشخص می‌شود. این الگو ممکن است از طریق راه‌های شناختی، رفتاری و عاطفی ظاهر شود و بدیهی است که بر زندگی بین فردی تأثیر

بدکارکردی جنسی و اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی، گروهی از اختلالات بالینی هستند که میزان غیرطبیعی از اضطراب، علامت بارز آنان است. این گروه شامل اختلال هراس، فوبیای خاص و اضطراب اجتماعی، اختلال وحشت‌زدگی و اختلال اضطراب فراگیر است. اضطراب نقش مهمی در آسیب‌شناسی و تداوم بدکارکردی‌های جنسی دارد [۴۰].

رابطه پیچیده بین اختلالات اضطرابی و بی‌میلی جنسی، به ندرت در ادبیات پزشکی روشن شده است. کاپلان بر شیوع شدید اختلال هراس (۲۵٪) در بیماران مبتلا به اختلال بیزاری جنسی تأکید می‌کند [۴۱]. 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 [۴۲، ۴۳]. احساسات منفی، از جمله اضطراب یا ترس از برآورده نشدن انتظارات شریک زندگی، یکی از شایع‌ترین علل انزال زودرس^۱ (PE) را نشان می‌دهد [۴۳، ۴۴].

سطوح بالایی از اضطراب در زنان مبتلا به دیسپارونی مشاهده شده است و به نظر می‌رسد درد شدیدی را در طول رابطه جنسی تجربه می‌کنند. عوامل پاتوفیزیولوژیکی تنظیم‌کننده این پدیده، هنوز ناشناخته هستند [۴۵].

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 مسئله، در واقع ترکیبی از اضطراب عملکردی و اضطراب بین‌فردی است و در حدود ۷ درصد از افراد جامعه را در برمی‌گیرد. بنابراین، طبیعی است که این نوع اختلالات اضطرابی با بدکارکردی‌های جنسی همراه باشد [۴].

کاپلان، شیوع بدکارکردی جنسی را ۷۵ درصد در بیماران مبتلا به اختلال هراس پیشنهاد کرد. این داده‌ها توسط فیگوریرا و همکارانش تأیید شده است که در مطالعه

کاهش میل جنسی و مشکلات نعوظ شوند. اگرچه عوارض جانبی جنسی ناشی از SSRI وابسته به دوز و عموماً برگشت پذیر 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 بالن، بروز اختلال در عملکرد جنسی مرتبط با SSRI بین ۳۰ تا ۵۰ درصد است. یکی دیگر از جنبه‌های بالینی که بهزیستی جنسی پایین را در بیماران مبتلا به OCPD تبیین کند، مربوط به محتوای برخی علائم و سواسی 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، 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 و 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 نشانه‌ای افسردگی در بین بیماران مبتلا به OCPD بسیار رایج است. علائم افسردگی را می‌توان به عنوان تعدیل‌کننده پریشانی شدید در عملکرد جنسی و رضایت جنسی کمتر فرض کرد، زیرا شواهد نشان می‌دهد، ارتباط جهت‌دار قابل توجهی 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 [۳۴، ۳۸].

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 SSRI ممکن است انزال و ارگاسم زنان را به تأخیر بیندازد و همچنین می‌تواند باعث کاهش میل جنسی و مشکلات نعوظ شوند، دلیل دیگر اینکه علائم افسردگی در بین بیماران مبتلا به OCPD بسیار شایع است.

1. Premature Ejaculation.

۲. B علائم اجتناب (منعکس کننده اجتناب از افکار، احساسات یا یادآوری‌های آسیب‌ها است؛

۳. 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 فعالیت‌های مهم و احساس بیگانگی از دیگران باشد. همچنین ناتوانی در تجربه احساسات مثبت یا عاشقانه؛

۴. تغییرات در برانگیختگی و واکنش‌پذیری، شامل تحریک‌پذیری یا پرخاشگری، رفتارهای خود تخریب‌کننده یا بی‌ملاحظه، هوشیاری بیش از حد، واکنش مبالغه‌آمیز و مشکلات تمرکز و خواب است.

اختلال استرس پس از سانحه بر زندگی عاطفی، اجتماعی، حرفه‌ای و جنسی تأثیر می‌گذارد [۴۸]. 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 [۴۰]. 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 [۴۷ - ۴۹].

تحقیقات نشان می‌دهد، 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 کند. 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

خود به روش گذشته‌نگر، عملکرد جنسی و سابقه جنسی ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال هراس و فوبیای اجتماعی را ارزیابی کردند. آنها دریافتند، در تحقیقاتشان، بیزاری 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، همزمان بدکارکردی‌های جنسی همچون بی‌میلی جنسی (۴۶٪)، درد به هنگام رابطه جنسی (۴۲٪) و دفعات کمتر آمیزش جنسی تجربه کنند [۴۲].

اختلال استرس پس از سانحه^۱ و بدکارکردی‌های جنسی

اختلال استرس پس از سانحه، یک اختلال مزمن، ناتوان‌کننده 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 [۴۶، ۴۷].

در DSM-5، چهار گونه علائم برای اختلال استرس پس از سانحه توصیف شده است:

۱. 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؛

1. Post-Traumatic Stress Disorder

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 [۵۲ - ۵۳].

استفاده از داروهای ضد افسردگی، پیش‌بینی کننده 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)^۱ و کم میلی جنسی (HSD)^۲ را افزایش می‌دهند [۵۲ - ۵۴].

حملات وحشت‌زدگی و بدکارکردی‌های جنسی

فیگوریا و همکارانش دریافتند، اختلال بیزاری جنسی، شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در بیماران مبتلا به اختلال پانیک است. تجزیه و تحلیل ۶۰۹۴۹ بیمار مبتلا به بدکارکردی نعوظ نشان داد، در مردان مبتلا به اختلال پانیک، نسبت به جمعیت عادی، احتمالاً مبتلا به اختلال نعوظ بیشتر است [۴۰].

اختلال وسواس فکری - عملی و بدکارکردی‌های جنسی

اختلال وسواس فکری عملی (OCD) یک وضعیت سلامت روان مزمن است و با افکار، تکان‌ها یا تصاویر ذهنی مکرر و ناخواسته به نام وسواس همراه با رفتارهای تکراری به نام اجبار مشخص می‌شود [۲].

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 [۵۵].

به تازگی، تاکورتا و همکارانش گزارش کردند، اختلال عملکرد جنسی، ۳۳ درصد از نمونه‌ای از زنان مبتلا به

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، نتیجه‌گیری در مورد عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را نامناسب می‌کند [۴۹].

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، نشانه‌های خاص اختلال استرس پس از سانحه یا همان نشانه‌های ۴گانه 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 نزدیک تری با اختلال در عملکرد جنسی و سطح بالاتر اضطراب جنسی داشته باشند تا سایر علائم [۵۰]. 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، 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 پایین تری از رضایت در زندگی جنسی را پیش‌بینی می‌کنند [۵۱].

وجود همسر، پیش‌بینی کننده برجسته بعدی بدکارکردی جنسی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است. نتایج در نمونه کلی نشان داد، داشتن همسر، خطر ابتلا به بدکارکردی‌های جنسی (عدم نعوظ، تأخیر در انزال، کم میلی جنسی) را کاهش و رضایت جنسی کلی را افزایش می‌دهد. بودن در یک رابطه، ارزش پیش‌بینی کننده‌ای برای PE ندارد [۵۲].

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

1. Delayed Ejaculation
2. Hypoactive Sexual Desire

جنسیت، در اختلال وسواس اجباری (OCD) مورد مطالعه قرار نگرفته است. مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد 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 کمال‌گرایی بالاتری دارند، بیشتر است [۵۸].

اختلال بدریخت‌انگاری بدن و بدکارکردی‌های جنسی

افراد مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن (BDD)^۱، بیش از حد درگیر یک نقص در ظاهر خود هستند که یا برای دیگران قابل مشاهده نیست یا جزئی به نظر می‌رسد. فرد، معمولاً رفتارهای تکراری (مثلاً بررسی یا مقایسه) را در پاسخ به نگرانی‌ها انجام می‌دهد. آنها همچنین باید از لحاظ بالینی، پریشانی یا اختلال قابل توجهی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم را تجربه کنند [۵۹].

مطالعات انجام شده بر روی ناتوانی جنسی و بدریخت‌انگاری بدن نشان می‌دهد 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 [۶۰]. زنانی که نسبت به بدن خود احساس خوبی دارند بیشتر از زنانی که احساس بدی دارند از عملکرد جنسی لذت می‌برند [۶۱]. تحقیقات اخیر ویل^۲ 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 [۵۹]. باید به این نکته مهم توجه کرد؛ افسردگی، استرس، اضطراب، خشم و ترس ناشی از اختلال بدریخت‌انگاری بدن، می‌تواند در عملکرد جنسی اختلال ایجاد کند و از فعالیت جنسی مطلوب جلوگیری کند [۵۹، ۶۲].

اختلالات خوردن و بدکارکردی‌های جنسی

تعداد زیادی از مطالعات انجام شده، به مشکلات جنسی

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، 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، علائم وسواس فکری اجباری و تشخیص OCPD با عملکرد جنسی بدتر، بدکارکردی جنسی و رضایت جنسی کمتر، مرتبط است [۵۷].

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 [۴۰].

دلایل متعددی وجود دارد، چرا بیماران مبتلا به OCPD ممکن است عملکرد جنسی یا رضایت جنسی خود را مختل بدانند. نخستین مورد ممکن است مربوط به اثرات داروهای روان‌پزشکی باشد. مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) ممکن است به خصوص انزال و ارگاسم زنان را به تأخیر بیندازند، اما همچنین می‌توانند باعث کاهش میل جنسی و مشکلات نعوظ شوند. اگرچه عوارض جانبی جنسی ناشی از SSRI وابسته به دوز و عموماً برگشت پذیر 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، پاسخ‌درمانی 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، مشارکت همسر در درمان (یعنی زوج‌درمانی با هدف قرار دادن مشکلات و استرس‌های زوجی مرتبط با OCD و غیر OCD) می‌تواند باعث کاهش علائم و بهبود عملکرد زوج شود [۵۵].

1 . Body Dysmorphic Disorder

2 . Veale

افراد مبتلا به اختلال خوردن، پیش‌بینی‌کننده ناراحتی جنسی بیشتر، بدکارکردی جنسی بیشتر، حواس‌پرتی‌های 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 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 [۶۷].

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 [۶۸].

به عبارت دیگر، برخی از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی^۱ (AN) به وزن طبیعی بازگشتند، اما همچنان تمایلات جنسی مختل را نشان دادند. برخی از بیماران مبتلا به پرخوری عصبی^۲ (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 هیپوگنادیسم 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 پرخوری عصبی می‌شود و بهبود رابطه با بدن خود، می‌تواند به بهبود تمایلات جنسی کمک کند. بر این اساس گزارش شده است؛ وقتی افراد به نگرش سالمی نسبت به بدن خود دست

قابل توجه در میان زنان مبتلا به اختلال خوردن اشاره می‌کنند. بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری، اغلب با بدکارکردی‌های جنسی، مانند میل کم، درد جنسی و اختلال ارگاسم همراه هستند [۶۳، ۶۴].

نگرانی‌های 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 می‌کند. هم اختلالات خوردن و هم شرایط رفتار جنسی، هر دو در عوامل مرتبط با علت‌شناسی و ویژگی‌های آسیب‌شناختی روانی، اشتراکاتی دارند. با توجه به همپوشانی بین اختلالات خوردن و بدکارکردی‌های جنسی، برخی از ویژگی‌های روانشناختی ممکن است به عنوان عوامل خطر و نگهدارنده برای هر دو نوع اختلال عمل کنند [۶۵]. به عنوان مثال، اضطراب و اختلالات خلقی از نگرانی‌های مشترک رایج در میان زنان مبتلا به اختلال خوردن و زنان دارای بدکارکردی جنسی هستند. ویژگی‌های روان‌شناختی مختلف و نسبتاً پایدار مانند کمال‌گرایی، دلبستگی ناایمن، عزت‌نفس 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 از جامعه 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 [۶۴].

در نمونه‌ای از زنان با مدرک کارشناسی، ناامنی‌های جنسی با شدت رفتار خوردن آشفته همراه بود و سطوح بالای اختلال خوردن، ناامنی‌های جنسی بیشتر را پیش‌بینی می‌کرد [۶۶]. یک مطالعه دیگر نشان داد که انگیزه لاغری، پرخوری عصبی و نارضایتی از بدن برای پیش‌بینی مشکلات جنسی در حوزه‌های مختلف عملکرد جنسی، از جمله میل، برانگیختگی، ارگاسم، روان‌سازی، رضایت جنسی، درد جنسی، و ناراحتی جنسی وجود دارد [۶۷].

پرخوری عصبی، نارضایتی از بدن، نگرانی‌های مربوط به خوردن و نگرانی‌های بدنی، پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای حواس‌پرتی‌های شناختی مبتنی بر ظاهر و عملکرد در طول فعالیت جنسی هستند. نگرانی‌های مربوط به افزایش وزن نیز، به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم برای حواس‌پرتی‌های شناختی مبتنی بر عملکرد شناخته می‌شود. اختلال خوردن، نارضایتی از بدن و ویژگی‌های روان‌شناختی

1. Anorexia Nervosa

2. Bulimia Nervosa

نشان داد اختلال در عملکرد جنسی با مصرف داروهای ضد افسردگی سروتونرژیک نسل دوم رابطه دارد. داروهای ضدافسردگی غیرسروتونرژیک 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 استرس زای 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 تأثیر 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 تأثیر گذاشته و باعث بدکارکردی میل و برانگیختگی زنان می‌شود. هراس اجتماعی بر برانگیختگی میل در هر دو جنس تأثیر 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 بی‌ثباتی 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.

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 [۶۸].

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. نوراپی نفرین، نقش تسهیل‌کننده‌ای در تنظیم رفتار جنسی انسان ایفا می‌کند. اپی نفرین در مردان باعث شکل‌گیری بدکارکردی نعوظ و در زنان منجر به آسیب در برانگیختگی و ارگاسم می‌شود. استیل کولین در نعوظ آلت تناسلی نقش دارد، اما اثر استیل کولین بر کارکرد جنسی زنان چندان مشخص نیست.

بررسی رابطه بین اسکیزوفرنی و بدکارکردی‌های جنسی، هر چند 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 کارکرد جنسی دارند.

تأثیر اختلال افسردگی و داروهای ضد افسردگی نیز در مطالعات متعددی ثابت شده است. داروهای ضد افسردگی سروتونرژیک (به‌عنوان مثال، SNRIs, SSRIs 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

- 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، غلامحسین. اختلالات روان‌پزشکی و بدکارکردی‌های جنسی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۲۰۱۷؛ ۱۴(۱): ۱۵۷-۱۸۷.

- 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- Souailby 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, Hibdy 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 polypharmacy: a naturalistic study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2022 Jun; 31(3): 576-90

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 موثر 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؛ 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.

منابع

۱- فخرایی، امیر؛ . اثربخشی مقدماتی درمان شناختی - رفتاری بر اختلال نعوظ جنسی و شدت علائم روان‌شناختی همبود: پژوهش مورد منفرد. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۲۰۲۰؛ ۱۶(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

- 21-Nebhinani N, Grover S, Avasthi A. Sexual dysfunction in male subjects receiving trifluoperazine, risperidone, or olanzapine: Rates vary with assessment questionnaire. *The 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, Procyshyn 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؛ علی‌اصغر. 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؛ 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.
- 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.

- 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.
- 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-سیرتی‌نیر، مسعود؛ عبادی، عباس؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود؛ تولایی عباس. پیامدهای زندگی با اختلال استرس پس از ضربه: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. ۱۳۹۱؛ ۱(۲): ۹۲-۱۰۱.
- 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-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.
- 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.

- 56-Ghassemzadeh H, Raisi F, Firoozikhojastefar R, Meysamie A, Karamghadiri N, Nasehi AA, 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, Dettore 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.
- 48-Yehuda R, Lehrner AM, Rosenbaum TY. PT 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-Letica-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, Dettore 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.

- 67-Castellini G, Lelli L, Corsi E, Campone B, 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.
- 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.