

## راهنمای بالینی اختلالات جنسی

# فهرست

معرفی نویسندگان ..... ۷

مقدمه ..... ۹

## ارزیابی، هم‌آیندی، و اثرات دارویی

فصل ۱. تشخیص، همه‌گیرشناسی، و سیر اختلالات جنسی ..... ۱۷

فصل ۲. ارزیابی بالینی ناکارآمدیهای جنسی ..... ۳۴

فصل ۳. اختلالات جنسی هم‌آیند با بیماریهای روانی یا جسمی ..... ۶۰

فصل ۴. داروها، و کارآمدی و ناکارآمدی جنسی ..... ۹۴

## درمان اختلالات جنسی

فصل ۵. اختلالات میل جنسی و انگیزتگی ذهنی زنان ..... ۱۱۵

فصل ۶. اختلال میل جنسی کمکار مردان ..... ۱۴۹

فصل ۷. اختلالات انگیزتگی جنسی زنان ..... ۱۷۲

فصل ۸. اختلال نعوظ ..... ۱۹۶

فصل ۹. اختلال ارگاسم زنان ..... ۲۲۸

فصل ۱۰. اختلال انزال زودرس و دیررس ..... ۲۴۷

فصل ۱۱. مقاربت دردناک و انقباض مهبل ..... ۲۷۵

فصل ۱۲. اختلالات پارافیلیا ..... ۳۰۰

فصل ۱۳. اختلالات جنسی در سالمندان ..... ۳۳۰

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ..... ۳۴۷

واژه‌نامه فارسی به فارسی ..... ۳۵۰

## معرفی نویسندگان

مارک ا. آگرونین؛ دانشیار روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه میامی میلر؛ مدیر بخش پزشکی بهداشت روان و تحقیقات بالینی، خانه یهودیان میامی و بیمارستان سالمندان، میامی، فلوریدا.  
ریچارد بالون؛ استاد گروه روان‌پزشکی و علوم اعصاب رفتاری، دانشگاه ایالتی وین، دیترویت، میشیگان.

رزماري بیسون؛ استاد بالینی، گروه روان‌پزشکی؛ استاد مدعو گروه زنان و زایمان، دانشگاه بریتیش کلمبیا، ونکوور، بریتیش کلمبیا، کانادا.

ایتچاک م. بینیک؛ استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه مک‌گیل؛ مدیر خدمات جنسی و زوج‌درمانی، مرکز بهداشت دانشگاه مک‌گیل، مونترال، کبک، کانادا.

میریام بُراز؛ روان‌شناس، مرکز سلامت زناشویی و جنسی، بیچ‌وود، اوهایو.

لوری آ. بروتو؛ استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه بریتیش کلمبیا، ونکوور، بریتیش کلمبیا، کانادا.

آینا ه. کلایتون؛ استاد روان‌پزشکی و علوم رفتاری، استاد درمانگاه زنان و زایمان، دانشگاه ویرجینیا، شارلوت ویل، ویرجینیا.

لئونارد ر. دروگاتیس؛ مدیر مرکز پزشکی جنسی در شپارد پرات؛ دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه جان هاپکینز، بالتیمور، مریلند.

استیسی الیوت؛ مدیر پزشکی، مرکز پزشکی جنسی، اداره بهداشت ساحلی ونکوور؛ استادیار بالینی، گروه روان‌پزشکی و علوم ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه بریتیش کلمبیا، ونکوور، کانادا.

ملیسا آ. فارمر؛ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه مک‌گیل، مونترال، کبک، کانادا.

دیوید و. همیلتون؛ رزیدنت روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه ویرجینیا، شارلوت ویل، ویرجینیا.

سامیا حسن؛ روان‌پزشک، مرکز سلامت زناشویی و جنسی، بیچ‌وود، اوهایو.

آلینا کائو؛ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه مک‌گیل، مونترال، کبک، کانادا.

جین م. لاکامپ؛ استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم و سترنرزرو، کلیولند، اوهایو.

استفن ب. لوین؛ استاد بالینی روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه و سترنرزرو، کلیولند، اوهایو.  
سیتیا اُزبورن؛ گروه روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی دانشگاه جان هاپکینز، بالتیمور، مریلند.

درک ک. پولونسکی؛ مربی روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی هاروارد؛ استادیار روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی تافت، بوستون، ماساچوست.

آلن رایلی؛ استاد پزشکی جنسی، دانشگاه مرکزی لانکاشایر، پرستون، لانکاشایر، بریتانیا.

الیزابت رایلی؛ پژوهشگر اختلالات جنسی، لامپتر، ولز، انگلستان.

رابرت تیلور سگراویز؛ گروه روان‌پزشکی، مرکز پزشکی سلامت متروهلث و دانشگاه و سترنرزرو، کلیولند، اوهایو.

راجت شریستا؛ رزیدنت گروه روان‌پزشکی، مرکز پزشکی بهداشت متروهلث، کلیولند، اوهایو.

رونالد استیونسون؛ روان‌پزشک، اداره بهداشت ساحلی ونکوور؛ دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه بریتیش کلمبیا، ونکوور، کانادا.

مارسل د. والدینگر؛ عصب‌روان‌پزشک و استاد داروشناسی روانی-جنسی، گروه روان‌پزشکی و عصب‌شناسی جنسی، بیمارستان هگا لاینبورگ، لاهه، هلند؛ بخش داروشناسی روانی، مؤسسه علوم دارویی اوترخت، دانشکده علوم بتا، دانشگاه اوترخت، اوترخت، هلند.

توماس ن. ویز؛ استاد گروه روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی دانشگاه جان هاپکینز، بالتیمور، مریلند.

جین س. ت. وو؛ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه بریتیش کلمبیا، ونکوور، بریتیش کلمبیا، کانادا.

همکاران زیر با معرفی حامیان مالی، سازمان‌های مردم‌نهاد، و سازمان‌های دولتی در آماده‌سازی کتاب نقش داشته‌اند:

مارک ا. آگرونین	استفن ب. لوین	آنیته کلایتون	رونالد استیونسون
ایتچاک م. بینیک	رابرت تیلور سگراویز	ملیسا آ. فارمر	

## مقدمه

### رابرت تیلور سگراویز و ریچارد بالون

به دلایل بی‌شمار دانش مدیریت اختلالات جنسی برای روان‌پزشکان اهمیت دارد. تمایلات جنسی بخش جدایی‌ناپذیر و مهم زندگی عموم مردم و بیماران روانی است. سلامت جنسی نقش انکارناپذیری در سلامت انسان دارد و لذت جنسی کیفیت زندگی را در هر سنی که باشید بالا می‌برد. بیان حالات جنسی به تعریف حس قابلیت‌های فردی، بهزیستی، مردانگی یا زنانگی کمک می‌کند و سهم زیادی در ابراز صمیمیت روابط بین‌فردی دارد. در مقابل، ناکارآمدی جنسی بر احساس شایستگی، سلامت، و صمیمیت در روابط بین‌فردی اثر ویرانگری به جا می‌گذارد. بسیاری از مردم معتقدند نارضایتی جنسی مشکلات متعددی از افسردگی گرفته تا اضمحلال رابطه زناشویی را به بار می‌آورد.

روان‌پزشکان محدودی در ایالات متحده متخصص درمان اختلالات جنسی‌اند. روان‌پزشکی چه در گذشته دور و چه در گذشته نزدیک، همواره به تمایلات جنسی انسان علاقه نشان داده است. تمایلات جنسی کانون اصلی تمرکز روان‌درمانی روان‌تحلیلی است. به باور زیگموند فروید میل جنسی یکی از غرایز اولیه است. کارهای او از جمله «سه رساله درباره نظریه جنسی»<sup>۱</sup> (فروید ۱۹۰۵ تا ۱۹۵۳) زمینه‌ساز علاقه روان‌پزشکان به تمایلات جنسی انسان و توجه به آن در رشد انسان شد. کار پیشگامان دیگری نظیر هاو لوک ایلس و آلفرد کینزی توجه بسیاری از روان‌پزشکان و مردم را جلب کرد. بسیاری از روان‌پزشکان پس از انتشار کتاب‌های «پاسخ جنسی انسان»<sup>۲</sup> (۱۹۶۶) و «بی‌کفایتی جنسی انسان»<sup>۱</sup> (۱۹۷۰) که مسترز و

---

1. Essays on the Theory of Sexuality

فروید، ز. (۱۹۰۵). سه رساله درباره نظریه جنسی. ترجمه ابراهیم ملک‌اسماعیلی (۱۳۹۶). تهران: نگاه.

2. Human Sexual Response

مسترز، و؛ جانسون، و. (۱۹۶۶). احساسات و پاسخ‌های جنسی انسان. ترجمه بهنام اوحدی (۱۳۸۶). تهران: صادق هدایت.

جانسون نوشته بودند به درمان اختلالات جنسی علاقه‌مند شدند. با این حال، در چند دهه گذشته، عوامل متعدد زمینه‌ساز کاهش تعداد روان‌پزشکان متمرکز بر درمان ناکارآمدی‌های جنسی شده است:

- بسیاری از بیمه‌ها هزینه‌های درمان اختلالات جنسی را نمی‌پردازند.
- مراقبت‌های مدیریت‌شده درمان اختلالات جنسی جذابیت مالی چندانی ندارند.
- روان‌پزشکی گرایش خود را از درمان «مشکلات زندگی» به سمت درمان بیماری‌های روانی عمده با پایه زیستی تغییر داده است.
- با معرفی ابزارهای تزریق به آلت تناسلی<sup>۲</sup> (آلپروستادیل<sup>۳</sup>) و سیلدنافیل<sup>۴</sup> و سایر مهارکننده‌های فسفودی‌استراز<sup>۵</sup>، غالب مردان برای اختلالات عملکرد جنسی خود، به‌جای روان‌پزشک، به ارولوژیست و پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند.

شگفتا که تغییر گرایش از درمان «مشکلات زندگی» و فقدان توجه به آنها باعث شده است روان‌پزشکی را علمی کم‌تر انسانی و بیش‌تر پزشکی قلمداد کنند (عده‌ای شیفته طبی‌سازی<sup>۶</sup> آنند و عده‌ای از آن بیزاراند).

به نظر می‌رسد تأکید زیاد بر جنبه‌های زیستی اختلالات روانی، از جمله اختلالات جنسی، به معنای خروج از آموزش و کاربست روان‌پزشکی بالینی گذشته است. روان‌پزشکان به‌خاطر درمان «انسان کامل» از جمله درمان مشکلات و بیماری‌های او به خود می‌بالند. امروزه، اغلب روان‌پزشکان طیف محدودی از نشانه‌ها را درمان می‌کنند. مسائلی نظیر تمایلات جنسی یا روابط بین‌فردی به تدریج در روان‌پزشکی بالینی ناپدید شده است. به باور ما، غالب روان‌پزشکان تازه‌کار زوجی را برای زوج‌درمانی ندیده‌اند و مشکلات جنسی آنها را درمان نکرده‌اند مگر زوج‌هایی که ریشه مشکلاتشان پزشکی باشد. آموزش مسائل جنسی در دانشکده‌های پزشکی محدود است و حتی در برخی دانشکده‌ها روان‌پزشکان آنها را تدریس نمی‌کنند، و این وضعیت ناراحت‌کننده است.

تحولات زیست‌شناختی، فقدان آموزش در زمینه مسائل روان‌شناختی و تمایلات جنسی، عدم بازپرداخت هزینه‌های درمان ناکارآمدی جنسی، و بی‌تجربگی در زمینه تمایلات جنسی پی‌آمدهای نامطلوبی برای روان‌پزشکان به بار می‌آورد. مثلاً می‌تواند در مواجهه با تمایلات جنسی بیماران ماشه‌چکان واکنش‌های منفی شود. از آن‌جا که امروزه اغلب اختلالات جنسی در کاربست روان‌پزشکی

---

## 1. Human Sexual Inadequacy

مسترز، و؛ جانسون، و. (۱۹۷۰). عدم‌کفایت جنسی انسان. ترجمه رعنا یاری (۱۳۹۶). تبریز: اختر.

2. injectable intracavernosal preparations
3. alprostadil
4. sildenafil
5. phosphodiesterase inhibitors
6. medicalization

دیده نمی‌شود، روان‌پزشکانی که تجربه بالینی دندان‌گیری ندارند، به نمونه‌های بالینی واکنش‌های شدید نشان می‌دهند. در نتیجه، ممکن است روان‌پزشکان احساس راحتی نکنند و موضوعات جنسی را امور شخصی بیمار بدانند و علاقه‌ای برای بررسی آنها نداشته باشند. گاه روان‌پزشکان نمی‌دانند چه پرسند و درباره مخالفت احتمالی، هیجان‌زدگی، و ناتوانی در حفظ بی‌طرفی نگران‌اند. مدیریت و غلبه بر انتقال متقابل در چنین شرایطی دشوار است. آگاهی از وجود مشکلات جنسی بیمار، بررسی آنها، و گفت‌وگو درباره آنها با دیگران یا سرپرستان باید جزو مدیریت جامع ناکارآمدی جنسی در کاربست بالینی باشد.

علی‌رغم این تغییر در روان‌پزشکی زیستی و روانی و سایر موضوعات که گفتیم، هنوز هم شناخت و درمان اختلالات جنسی در کاربست روان‌پزشکی عمومی مهم است. مشکلات جنسی در جمعیت عمومی و در بسیاری از بیماران روان‌پزشکی شیوع بالایی دارد. ترمیم عملکرد جنسی می‌تواند کیفیت زندگی بسیاری از بیماران روانی از جمله اسکیزوفرن‌ها و اختلال دوقطبی‌ها را بهبود ببخشد. هم‌چنین، آگاهی روان‌پزشکان درباره این‌که بسیاری از عوامل روان- دارویی<sup>۱</sup> علت اختلال عملکرد جنسی‌اند و عوارض جانبی می‌تواند دلیل ناکامی درمان رو به افزایش باشد.

چند تحول در زمینه مسائل جنسی انسان ریشه در علاقه‌های روان‌پزشکان داشته است: اطلاعات درباره شیوع اختلالات عملکرد جنسی در بیماری‌های روانی، و عوامل روان- دارویی که با عوارض جانبی جنسی همراه است، و پادزهرهایی که اختلالات جنسی دارو- زاد را درمان می‌کنند رو به فزونی است. درمان روان- دارویی انزال را درمان می‌کند و منجر به بهینه‌سازی تأثیر درمان اختلال نعوظ با ترکیب درمان روانی با دارویی می‌شود؛ تجویز تستوسترون در اتحادیه اروپا برای درمان کاهش میل جنسی زنانی که دچار یائسگی ناشی از جراحی شده‌اند مورد تأیید است؛ و پژوهش‌هایی که عوامل فعال در درمان کاهش میل جنسی زنان یائسه را شناسایی کرده‌اند از تحولات دیگری است که باید روان‌پزشکان مد نظر قرار دهند.

هم‌چنین، چند تغییر مفهومی در تمایلات جنسی انسان رخ داده که احتمالاً روان‌پزشکان به آنها علاقمند هستند. سبب‌شناسی اختلالات جنسی تغییر کرده است: از مدل بین‌فردی به مدل فردی، و از روان‌پویایی به مدل زیستی رسیده است. بسیاری از متخصصان و درمانگران رابطه مدل خطی پاسخ جنسی<sup>۲</sup> مسترز و جانسون (۱۹۷۰) و هلن کاپلان (۱۹۷۴) را زیر سؤال برده‌اند، و از مدل‌های حلقوی پاسخ‌های جنسی<sup>۳</sup> زنان حمایت کرده‌اند. در DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، مدل خطی پاسخ جنسی اتخاذ شده است که در آن میل جنسی مقدم بر انگیزش و ارگاسم شمرده می‌شود. اختلال میل جنسی کم‌کار<sup>۴</sup> فقدان علاقه به فعالیت و خیال‌پردازی جنسی تعریف شده است. رُزماری بیسون

1. psychopharmacological agents
2. linear model of sexual response
3. circular models of sexual response
4. hypoactive sexual desire disorder

نویسنده فصل ۵ «اختلالات میل جنسی و انگیزندگی ذهنی زنان» و فصل ۷ «اختلالات انگیزندگی جنسی زنان» و چند متخصص دیگر به این مدل پرداخته‌اند و معتقدند بسیاری از زنان دارای عملکرد جنسی سالم هیچ خیال‌پردازی جنسی را گزارش نکرده‌اند و احتمالاً به‌خاطر میل به افزایش صمیمیت در فعالیت جنسی مشارکت می‌کنند. در چنین موقعیت‌هایی انگیزندگی جنسی پیش از میل جنسی رخ می‌دهد. در کتاب‌های مختلف به ملاحظات و عوامل فرهنگی مؤثر در اختلالات جنسی اشاره شده است. اما تحقیقات در این زمینه ضعیف است. اذعان می‌کنیم که فرهنگ و ارزش‌های آن تأثیر عمیقی بر تمایلات جنسی انسان دارند و برای مدیریت ناکارآمدی جنسی به متخصصان فرهنگی نیاز داریم. در خلال فصل‌های کتاب درباره فرهنگ و تأثیر آن بر مدیریت ناکارآمدی‌های جنسی خاص بحث می‌شود، اما یادآوری می‌کنیم که مطالعات بالینی محدودی در دست داریم. گرچه ناکارآمدی‌های جنسی در تمام فرهنگ‌ها، اقوام، و اقلیت‌ها رخ می‌نمایند، شیوع آنها در هر فرهنگ متفاوت است. فرهنگ‌ها دیدگاه‌های متفاوتی دارند و تعریف آنها از رفتار «هنجار» و «ناهنجار» فرق می‌کند. بسیاری از فرهنگ‌ها عمدتاً مردگرا هستند و احتمالاً تمایلات جنسی زنان را ندیده می‌گیرند. بالینگر مرد با پس‌زمینه فرهنگی مردگرا ممکن است در مواجهه با مشکلات جنسی زنان مشکل داشته باشد. بالینگر فرهنگ‌گرا، در درمان بیماران فرهنگ‌های مختلف، همیشه باید به اثر بافت فرهنگی بیمار توجه کند. باید به تعصب و سوگیری‌های فرهنگی عنایت داشت. مثلاً دیدگاه افراد درباره ویروس نقص ایمنی بدن (یا HIV) یا هم‌جنس‌گرایی متفاوت است. بالینگر نباید از تأثیر مذهب غافل بماند و باید حواسش به نقش معنویت در تمایلات جنسی باشد (مثلاً نگرش منفی فرهنگی رابطه جنسی را فعالیتی منحصر به تولید مثل و دیدگاه مثبت فرهنگی آن را فعالیتی آرامش‌بخش و لذت‌بخش می‌داند). درمان اختلالات جنسی زوج‌هایی که یکی از همسران فرهنگ متفاوتی دارند، دشوار است. نکته مهم دیگر، مقبولیت پائین و درک‌ناپذیری درمان روانی در بعضی از فرهنگ‌های غیرغربی است. پیشنهاد می‌کنیم مسائل فرهنگی در ارزیابی و درمان هر بیمار مبتلا به ناکارآمدی جنسی مد نظر باشد. درک چارچوب فرهنگی بیماران هر فرهنگ سودمند و کارگشا است.

بسیاری از روان‌پزشکان کارآیی مدل زیستی-روانی-اجتماعی<sup>۱</sup> را برای درک و درمان ناکارآمدی‌های جنسی تأیید کرده‌اند. روان‌پزشک با کمک این مدل مفهومی مداخله‌های زیستی و روانی را ترکیب می‌کند و به اهمیت عوامل فرهنگی در بیان تمایلات جنسی پی می‌برد. این مدل محور این راهنمای بالینی بوده است.

هدف از متن پیش رو ارائه راهنمایی بالینی برای مدیریت ناکارآمدی‌های جنسی برای روان‌پزشکان عمومی است. خواننده ممکن است بپرسد چرا این راهنمای بالینی تهیه شده و به موضوعات خاصی



پرداخته و از موضوعات دیگر چشم پوشیده شده است، و چرا ما تیمی از نویسندگان بین‌المللی را برای این منظور گرد آورده‌ایم.

ما این راهنما را به سه بخش تقسیم کرده‌ایم. در بخش اول که «ارزیابی، هم‌آیندی، و اثرات دارویی» نام دارد، چهار فصل آمده است که جنبه‌های بالینی تمایلات جنسی را در چارچوب روان‌پزشکی بررسی می‌کند، و به یکپارچه‌سازی اطلاعات بالینی سایر بخش‌های کتاب برای مدیریت اختلالات جنسی کمک می‌کند. نویسندگان فصل یک اشاره می‌کنند که ناکارآمدی جنسی نه تنها در ایالات متحده بلکه در سراسر دنیا شایع است. فصل دوم ارزیابی عملکرد جنسی در پژوهش‌های بالینی را نشان می‌دهد و به خواننده در درک پیچیدگی ارزیابی عملکرد جنسی و جنبه‌های آن کمک می‌کند. در دو فصل بعد، نویسندگان اختلالات جنسی را به روان‌پزشکی بالینی و پزشکی ربط داده‌اند. آنان درباره هم‌آیندی وجود ناکارآمدی جنسی با سایر بیماری‌های روانی و جسمی و ارتباط ناکارآمدی جنسی با داروهای روانی و غیرروانی بحث می‌کنند.

بعد از بخش نخست؛ نویسندگان هشت فصل بعدی در بخش دو که «مدیریت اختلالات جنسی» است، چند ناکارآمدی جنسی را بررسی و مرور می‌کنند: مدیریت اختلالات میل جنسی کم‌کار در زنان و مردان، اختلال انگیزختگی زنان، اختلال نعوظ مردان، اختلالات ارگاسم زنان، اختلال انزال زودرس و دیررس، مقاربت دردناک، انقباض مهبل، و انحرافات جنسی (که به نظر ما اختلال در عملکرد معمول میل جنسی انحراف جنسی<sup>۱</sup> است که از یک واژه یونانی به معنای «عشق غیرمعمولی»<sup>۲</sup> اقتباس شده است). بیش تر فصل‌های این بخش منطبق با مجموعه‌های تشخیصی سازمان یافته‌اند تا بیش تر به کار روان‌پزشکان عمومی بیاید. در این بخش از DSM-IV-TR به‌عنوان راهنمای تعیین حوزه‌های ناکارآمدی‌های جنسی استفاده کرده‌ایم. به باور ما، راهنمای بالینی باید ریشه در واژه‌های تخصصی داشته باشد که روان‌پزشکان بالینی با آن آشنا هستند. همه با DSM-IV-TR مأنوس نیستند، با این حال، امیدواریم خوانندگان این راهنمای بالینی با آن آشنا باشند. درمان اختلالات هویت جنسی در این راهنما گنجانده نشده است، زیرا درمان آنها فراتر از فعالیت‌های روان‌پزشکان است و باید به متخصص آن ارجاع داد. بنابراین، بحث درباره هر چیزی فراتر از این اختلال، از محدوده این راهنمای بالینی خارج است. هم‌چنین، درباره اختلال نادر و قابل تشخیص بیزاری جنسی<sup>۳</sup> نیز بحث نکرده‌ایم، و مبتلایان به این اختلال را باید به متخصص آن برای درمان فردی و درمان رابطه جنسی ارجاع داد.

بخش نهایی این راهنمای بالینی «مسائل جنسی مرتبط با سن» است که یک فصل مدیریت مسائل جنسی در افراد مسن را در بر می‌گیرد. مسائل جنسی این جمعیت اهمیت زیادی نزد بالینگران دارد.

---

1. paraphilia  
2. love beyond the usual  
3. sexual aversion disorder

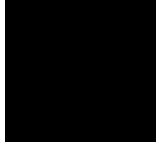
بسیاری از روان‌پزشکان بالینی اغلب با این پرسش‌ها مواجه‌اند که چه رفتاری «معمول» یا «هنجار» است، و چگونه باید به موضوعات متعدد جنسی سالمندان پرداخت. هر دو فصل به‌شکل کاربردی، بالینی، و واقع‌بینانه مشکلات جنسی این دو جمعیت را توصیف کرده‌اند.

ما گروهی از متخصصان را از چند کشور برای نگارش موضوعات راهنمای بالینی حاضر گرد آورده‌ایم. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، روان‌پزشکان کمی در ایالات متحده در زمینه ناکارآمدی‌های جنسی کار می‌کنند.

در چند دهه اخیر حوزه تمایلات جنسی انسان دست‌خوش تحول عظیمی شده است. متأسفانه، بسیاری از این تحول‌ها، خارج از روان‌پزشکی و در حوزه علوم پایه، اورولوژی، مامایی و بیماری زنان، روان‌شناسی و سایر حوزه‌های وابسته رخ داده است. با همه این حرف‌ها، معتقدیم روان‌پزشکی یکه‌تاز میدان درمان ناکارآمدی‌های جنسی است. روان‌پزشکان همانند پزشکان در زمینه فیزیولوژی و داروشناسی و سایر زمینه‌ها آموزش دیده‌اند، که در درک عملکردهای جنسی راه‌گشا است. به‌علاوه، روان‌پزشکان درباره جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی اختلالات روانی آموزش دیده‌اند و بنابراین مدل زیست-روان-اجتماعی را که با ناکارآمدی‌های جنسی سازگار است درک می‌کنند. هم‌چنین، آنان در انواع زمینه‌های درمانی از جمله داروهای روانی و روان‌درمانی آموزش دیده‌اند که می‌توان از آنها برای مدیریت ناکارآمدی جنسی کمک گرفت. در آخر این‌که آنان در مورد مدیریت انتقال متقابل (و انتقال) و اهمیت بالقوه آنها در درمان اختلالات جنسی آموزش دیده‌اند. آموزش آنها بهترین شالوده را برای تدوین جامع‌ترین رویکرد مدیریت اختلالات عملکرد جنسی فراهم می‌کند. بنابراین، عمیقاً باور داریم که باید بار دیگر پای روان‌پزشکی را به تمایلات جنسی انسان باز کرد. امیدواریم «راهنمای بالینی اختلالات جنسی»<sup>۱</sup> که متخصصان جنسی یا روان‌پزشکان عمومی نوشته‌اند، به روان‌پزشکان برای درمان اختلالات جنسی کمک کند.

## منابع

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
- Freud S: Three essays on the theory of sexuality (1905), in Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 7. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1953
- Kaplan HS: The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions. New York, Brunner/Mazel, 1974
- Masters WH, Johnson V: Human Sexual Response. Boston, MA, Little, Brown, 1966
- Masters WH, Johnson V: Human Sexual Inadequacy. Boston, MA, Little, Brown, 1970



## ارزیابی، هم‌آیندی، و اثرات دارویی



## تشخیص، همه‌گیرشناسی، و سیر اختلالات جنسی

راجت شریستا و رابرت تیلور سگراویز

در دهه گذشته، تحقیقات همه‌گیرشناسی مشکلات جنسی بیش از دهه‌های دیگر افزایش یافته است. شواهد بسیار نشان داده‌اند اختلالات جنسی شیوع بالایی در جمعیت عمومی و گروه‌های خاصی از بیماران روانی دارند. نتایج انواع تحقیقاتی که درباره شیوع بالای نگرانی‌های جنسی افراد در کشورها انجام شده است، همسویی بالایی را نشان می‌دهند. با این حال، نتایج این پژوهش‌ها در شناخت عوامل خطر مشکلات جنسی چندان همسو نبوده‌اند. شیوع بالای نگرانی‌های جنسی در جمعیت عمومی و در بیماران روانی اهمیت شناخت و درمان نگرانی‌های جنسی را در روان‌پزشکی گوش زد می‌کند. هدف این فصل مرور مختصری بر شیوع مشکلات جنسی در جمعیت عمومی، ارتباط این اختلالات، و مسائل روش‌شناختی است که باید در ارزیابی داده‌های همه‌گیرشناسی مد نظر قرار داد. پس، این فصل را برای روان‌پزشکان بالینی نگاشته‌ایم و بر یافته‌های مورد علاقه روان‌پزشکان تمرکز کرده‌ایم.

### ملاحظات روش‌شناختی

دانش پایه روش‌شناسی برای درک اهمیت یافته‌های پژوهش‌های همه‌گیری‌شناسی ضروری است. در مطالعات همه‌گیری‌شناسی، روی نمونه‌ای از یک جمعیت ویژه مطالعه می‌شود، و اطلاعات به دست آمده از نمونه برای پیش‌بینی ویژگی‌های جمعیت عمومی به کار می‌رود. بنابراین، نمونه انتخاب‌شده

برای مطالعه باید نماینده جمعیت عمومی باشد تا بتوان نتایج را به آن تعمیم داد. مثلاً مطالعه شیوع اختلالات جنسی در نمونه‌ای از بیماران روانی نمی‌تواند شیوع اختلالات جنسی را در جمعیت عمومی به درستی برآورد کند، زیرا اختلالات جنسی در جمعیت بیماران روانی رایج‌تر از جمعیت عمومی است.

نمونه‌گیری احتمالی برای پیش‌گیری از سوءگیری در فرآیند نمونه‌گیری به کار می‌رود و به روش‌های نمونه‌گیری اشاره می‌کند که احتمال انتخاب همه افراد در نمونه مشخص و برابر است. با این حال، هیچ روش نمونه‌گیری کامل نیست. مثلاً در پژوهش‌هایی که روی جوامع بزرگ انجام می‌شود، برخی افراد ممکن است نخواهند در مطالعه شرکت کنند. اگر پاسخ‌های جمعیتی که مایل به شرکت در پژوهش نیست با پاسخ‌های گروهی که در پژوهش شرکت می‌کند متفاوت باشد، آنگاه سوءگیری در نمونه‌گیری رخ داده است، و نمونه انتخاب‌شده معرف کل جامعه نیست. افزایش حجم نمونه (یا افزایش ضریب پاسخ) معمولاً سوءگیری در انتخاب را کاهش می‌دهد.

اکثر مطالعات همه‌گیری‌شناسی مقطعی هستند، یعنی، محققان تلاش می‌کنند مطالعه مقطعی از جمعیت عمومی را در یک بازه زمانی مشخص انجام دهند. مطالعات مقطعی بیش از مطالعات طولی (پیگیری یک نمونه در گذر زمان) به کار می‌روند، زیرا پژوهش‌های طولی زمان و هزینه سنگینی می‌طلبد. مطالعات مقطعی اطلاعات زیادی درباره شیوع شرایط خاص (مثلاً اختلال نعوظ) در یک جمعیت و ارتباط عوامل گوناگون (مثلاً رابطه افسردگی با شکایت‌های جنسی) به دست می‌دهند.

پژوهش‌های آینده‌نگر<sup>۱</sup> برای بررسی رابطه چند عامل در طول زمان طراحی شده است. به نظر می‌رسد این رویکرد برای مطالعه ارتباط سن با بروز اختلالات جنسی خاص مطلوب باشد، اما نباید از محدودیت‌های آن چشم پوشید. مثلاً اگر پژوهشی بیش از ۴ سال ادامه پیدا کند، هر سال ممکن است بعضی از آزمودنی‌ها مطالعه را ترک کنند. بنابراین، سوءگیری گریزناپذیر می‌شود، زیرا نمونه‌های پژوهش ممکن است از برخی جهات با جمعیتی که در پژوهش حضور ندارند (و از جمعیتی که از آن نمونه‌گیری شده است) تفاوت داشته باشند.

کفایت حجم نمونه، روش جمع‌آوری داده‌ها، کیفیت اطلاعات به‌دست آمده، ویژگی‌های روان‌سنجی (روایی و پایایی) پرسشنامه‌ها، و ضریب پاسخ‌دهی مسائل مهم روش‌شناختی دیگری است که باید به آنها توجه داشت. با وجود تغییرات زیاد در روش تحقیق پژوهش‌های اختلالات جنسی،

یافته‌های بی‌شماری از آنها در فرهنگ‌ها و چارچوب‌های زمانی گوناگون تأیید شده است. بسیاری از یافته‌های ظاهراً متناقض در مطالعات مختلف ممکن است به تفاوت در سن نمونه و یا افرادی که مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند، مرتبط باشد. مسئله دیگر این است که ارتباط خاصی بین محدودیت‌های همه‌گیری‌شناسی مطالعات اختلالات جنسی با نظام‌های طبقه‌بندی وجود دارد که درباره آن در بخش بعدی بحث می‌کنیم.

## تعریف‌ها و طبقه‌بندی<sup>۱</sup>

آنچه مطالعه ناکارآمدی‌های جنسی را پیچیده می‌کند نبودِ مجموعه‌ای از تعاریف عملیاتی مقبول است. «ناکارآمدی جنسی<sup>۲</sup>» در DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰: ۵۳۵) فرآیندی تلقی می‌شود که با اختلال در «چرخه پاسخ جنسی<sup>۳</sup>» یا «مقاربت جنسی دردناک<sup>۴</sup>» مشخص می‌شود. معیارهای تشخیصی عبارت‌اند از (۱) علائم پایدار یا مکرر در یکی از چهار مرحله «چرخه پاسخ جنسی» (میل<sup>۵</sup>، تهییج<sup>۶</sup>، ارگاسم<sup>۷</sup>، و فرونشینی<sup>۸</sup>) که (۲) باعث «پیشانی آشکار<sup>۹</sup>» شود، (۳) توسط اختلال دیگری در محور یک به شکل بهتری تبیین نشود، و (۴) ناشی از مصرف مواد یا بیماری نباشد. هم‌چنین، DSM-IV-TR خرده‌انواعی را بر مبنای شروع (دائمی/اکتسابی)، بافت (فراگیر/موقعیتی)، و سبب‌شناسی (روانی یا ترکیبی) علائم ارائه کرده است. ICD-10 (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲: ۳۵۵) اعلام می‌کند ناکارآمدی جنسی «هر طریقی است که فرد نتواند در رابطه جنسی مشارکت کند». بر خلاف DSM-IV-TR، در تعریف ICD-10 از ناکارآمدی‌های جنسی اشاره‌ای به پیشانی نشده است.

طبقه‌بندی DSM-IV-TR از اختلالات جنسی<sup>۱۰</sup> عمدتاً بر مبنای سه مرحله اول چرخه پاسخ جنسی است. اختلال میل جنسی کم‌کار و اختلال بی‌زاری جنسی<sup>۱۱</sup> از اختلالات جنسی مؤثر در مرحله میل

۱. بد نیست اگر بخش اختلالات جنسی کتاب‌های زیر را مطالعه کنید:

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). متن تجدیدانظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی: چاپ چهارم. ترجمه محمدرضا نیک‌خو و هامایاک آوادیس یانس (۱۳۹۱). تهران: سخن.  
 انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5. ترجمه فرزین رضاعی و همکاران (۱۳۹۳). تهران: ارجمند.

2. sexual dysfunction  
 3. sexual response cycle  
 4. dyspareunia  
 5. desire  
 6. excitement  
 7. orgasm  
 8. resolution  
 9. marked distress  
 10. sexual disorders  
 11. sexual aversion disorder

جنسی‌اند. اختلال انگیختگی جنسی زنان<sup>۱</sup> و اختلال نعوظ مردان<sup>۲</sup> در مرحله تهییج جنسی، و اختلال ارگاسم زنان و مردان<sup>۳</sup> و انزال زودرس<sup>۴</sup> در مرحله ارگاسم جنسی ظاهر می‌شوند. در ضمن، مقاربت دردناک و انقباض مهبل<sup>۵</sup> زایل اختلالات درد جنسی<sup>۶</sup> جا می‌گیرند. این اختلالات جنسی زمانی تشخیص داده می‌شوند که پای عوامل روانی در میان باشد. آنها را باید از ناکارآمدی‌های جنسی مواد-زاد<sup>۷</sup> و اختلال جنسی ناشی از شرایط پزشکی متمایز کرد، پس هرگاه که علایم ریشه در مصرف مواد مخدر یا وضعیت پزشکی داشته باشد باید از این تشخیص‌ها استفاده کرد. ناکارآمدی‌های جنسی که فاقد معیارهای بالا است، جزو ناکارآمدی‌های جنسی نامعین طبقه‌بندی می‌شوند.

در DSM-IV-TR تعاریفی برای ناکارآمدی‌های جنسی ارائه شده است که محققان زیادی به آنها خرده گرفته‌اند. از آن‌جا که معیارهای تشخیص یعنی فراوانی، شدت، و مدت زمان تشخیص روشن نیست، تمایز شکایت‌های جنسی جزئی از ناکارآمدی‌های جدی‌تر دشوار است. شکایت‌های جنسی جهانی‌اند و اغلب به استرس زندگی و مسائلی ارتباطی مرتبط‌اند که معمولاً موقتی‌اند و بدون مداخله پزشکی از بین می‌روند. از سوی دیگر، مشکلات جنسی اغلب شدید، دائمی، و نیازمند مداخله هستند. گراهام و بنکرافت (۲۰۰۷) درباره تمایز شکایت‌های جزئی جنسی از ناکارآمدی‌های جنسی بحث کرده‌اند. برخی پژوهش‌ها (مرسر و همکاران، ۲۰۰۳) دریافتند غالب شکایت‌های جنسی زمان محدود و کوتاهی دارند (سگراویز و وودارد، ۲۰۰۶). از آن‌جا که در معیارهای ناکارآمدی‌های جنسی DSM-IV-TR مدت زمان لازم برای تشخیص نشانگان تصریح نشده است، شکایت‌های جنسی مرتبط با استرس‌های موقتی زندگی به اشتباه در کنار اختلالات مدت‌دار طبقه‌بندی می‌شوند.

به‌علاوه، DSM-IV-TR معنای روشنی از «پایدار یا عود» نداده است، بنابراین تفسیر نشانه‌ها با بالینگر، و فرآیند تشخیص اختیاری است. مثلاً «تأخیر همیشگی یا عود تأخیر، یا فقدان ارگاسم پس از مرحله تهییج جنسی» معیار DSM-IV-TR برای اختلال ارگاسم زنان است. حال تصور کنید زنی از فعالیت جنسی لذت می‌برد و فقط در ۳۰ درصد روابط جنسی‌اش به ارگاسم می‌رسد، آیا باید گفت اختلال دارد؟ این شرایط چقدر باید ادامه داشته باشد تا اختلال تلقی شود یا در پژوهش همه‌گیری‌شناسی وارد شود؟

از معیارهای تشخیصی ناکارآمدی‌های جنسی DSM-IV-TR انتقاد شده است. این بی‌دقتی پی‌آمدهای انکارناپذیری بر همه‌گیری‌شناسی دارد. مثلاً تعریف انزال زودرس شاخص زمانی مشخصی ندارد و صرفاً می‌گوید انزال زودرس با حداقل تحریک و قبل از این‌که فرد بخواند، رُخ می‌دهد. پژوهشگران در

1. female sexual arousal disorder
2. male erectile disorder
3. female and male orgasmic disorder
4. premature ejaculation
5. vaginismus
6. sexual pain disorders
7. substance-induced sexual dysfunction



پژوهشی دریافتند زمان انزال زودرس درون‌واژنی ۱۳ درصد مردانی که برایشان انزال زودرس تشخیص داده بودند، ۵ تا ۲۵ دقیقه است (پاتریک و همکاران، ۲۰۰۵). وقتی در پژوهش‌های همه‌گیرشناسی چندملیتی می‌بینیم که ۹۷/۵ درصد مردان در جمعیت عمومی انزال بیش از ۱/۵ دقیقه دارند، پیدا است که معیارهای DSM-IV-TR بسیار فراگیراند (والدینگر و همکاران، ۲۰۰۵ الف، ۲۰۰۵ ب).

هم‌چنین، نبود اطلاعات درباره‌ی شدت یا فراوانی معیارهای ناکارآمدی‌های جنسی می‌تواند نتایج گمراه‌کننده‌ای داشته باشد. پژوهش لامن و همکاران (۱۹۹۴، ۱۹۹۹) نشان داد ۴۳ درصد زنان در آمریکا از ناکارآمدی جنسی رنج می‌برند. در واقع، این تعداد از زنان دارای مشکلات موقعیتی، دوره‌ای، و مکرر هستند. اگر این برآورد به زنان با شکایت‌های مکرر محدود شود، درصد زنانی که ناکارآمدی‌های جنسی دارند به شدت کاهش می‌یابد (سگراویز و وودارد، ۲۰۰۶). سایر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است شماری از افرادی که شکایت جنسی دارند، تقریباً مشکلات جنسی‌شان همیشگی است و به زمان خاصی محدود نمی‌شود (اوبرگ و همکاران، ۲۰۰۴). هم‌چنین، پژوهشگران از مفروضه‌ی برابری زنان و مردان در اختلالات جنسی انتقاد کرده‌اند. بسیاری ادعا کرده‌اند در این زمینه تغییراتی در DSM-5 ایجاد خواهد شد (بیسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ سگراویز و همکاران، ۲۰۰۷).

## سیر

نبود مطالعات آینده‌نگر درباره‌ی سیر ناکارآمدی‌های جنسی ادبیات این حوزه را فقیر کرده است. اختلالات موقعیتی عمدتاً منشأ روانی دارند و دوره‌ای‌اند. این اختلالات ممکن است خودبه‌خود و در شرایط مطلوب فروکش کنند. اختلالات جنسی فراگیر<sup>۱</sup> اغلب علت جسمی دارند و البته آسیب‌های ضمنی دوره‌ آن را تعیین می‌کنند.

مرسر و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند حدود ۴۱ درصد زنان حاضر در پژوهش آنان، حداقل یک ماه در سال گذشته بی‌میلی جنسی داشته‌اند، اما تنها ۱۰ درصد زنان بی‌میلی جنسی پایدار را ۶ ماه در سال داشتند. پژوهش‌های مشابه درباره‌ی سایر شکایت‌های جنسی مردان و زنان انجام شد که طبق آنها غالب شکایت‌های جنسی مدت کوتاهی دارند. هم‌چنین، پژوهش‌های دیگری نشان داده است غالب مشکلات جنسی کوتاه‌مدت‌اند (سگراویز و وودارد، ۲۰۰۶).

## پژوهش‌های ناکارآمدی جنسی در جمعیت عمومی

بزرگ‌ترین مطالعه مقطعی چندملیتی درباره رفتار جنسی در «پژوهش جهانی رفتار و نگرش‌های جنسی<sup>۱</sup>» یا GSSAB گزارش شده است (لامن و همکاران، ۲۰۰۵؛ نیکلوسی و همکاران، ۲۰۰۴). این مطالعه ۲۷۵۰۰ زن و مرد در دامنه سنی ۴۰ تا ۸۰ سال در ۲۹ کشور را درگیر کرد. افراد به دو گروه هفت طبقه‌ای براساس منطقه جغرافیایی، زمینه فرهنگی، و روش‌های گردآوری داده‌ها تقسیم شدند. از یک پرسشنامه استاندارد استفاده شد، اما روش‌های نمونه‌گیری در هر کشور متفاوت بود. فقدان روش نمونه‌گیری یکسان محدودیت این مطالعه مقطعی بود. افرادی ارزیابی شدند که مشکلات جنسی پایدار را ۲ ماه در ۱۲ ماه گذشته داشتند. شدت اختلال با سؤال از شرکت‌کنندگان درباره فراوانی وقوع (به‌ندرت، گاهی، یا اغلب) ارزیابی شد. همچنین، شماری از متغیرهایی که ارتباط زیادی با مشکلات جنسی داشتند، بررسی شدند. پاسخ‌دهندگان نشان دادند آن دسته از مشکلات جنسی که به‌ندرت اتفاق می‌افتند نمی‌توان در برآورد شیوع یا ارتباط با عوامل مختلف دخیل دانست.

شیوع جهانی ناکارآمدی‌های جنسی بر اساس GSSAB نشان می‌دهد ۳۸ درصد زنان و ۲۹ درصد مردان با چنین مشکلاتی دست‌وپنجه نرم می‌کنند. زنان در هر هفت طبقه فردی و کلی مشکلات جنسی بیش‌تری نسبت به مردان گزارش کردند. شیوع مشکلات (با هر فراوانی) در طبقه زنانی که زنان آمریکای شمالی را در بر می‌گرفت عبارت بود از (عدد داخل پرانتز شیوع مشکلاتی با فراوانی گاهی یا اغلب است): ۳۲/۹ درصد (۱۹/۶ درصد) برای بی‌میلی جنسی، ۲۷/۱ درصد (۱۸/۷ درصد) برای مشکلات لیزی واژن<sup>۲</sup>، ۲۵/۲ درصد (۱۵/۷ درصد) برای نرسیدن به ارگاسم، و ۱۴ درصد (۸/۱ درصد) برای مقاربت دردناک. شیوع مشکلات (با هر فراوانی) در مردان همین طبقه عبارت بود از (عدد داخل پرانتز شیوع مشکلاتی با فراوانی گاهی یا اغلب است): ۲۷/۴ درصد (۱۵/۷ درصد) برای انزال زودرس، ۲۰/۶ درصد (۱۱/۲ درصد) برای اختلال نعوظ، ۱۷/۶ درصد (۹/۵ درصد) برای بی‌میلی جنسی، و ۱۴/۵ درصد (۸/۱ درصد) برای نرسیدن به ارگاسم. درصد کمی از شکایت‌ها به چند مشکل اشاره داشت. مثلاً تنها ۴/۷ درصد شکایت‌های این گروه از مردان، مشکل انزال زودرس را همراه با مشکلات نعوظ، بی‌میلی جنسی، و نرسیدن به ارگاسم داشتند که به ترتیب ۴/۵، ۲/۷ و ۲/۷ درصد تخمین زده شده است.

در بیش‌تر طبقه‌ها، سن با مشکلات لیزی واژن در زنان و با بی‌میلی، نرسیدن به ارگاسم و مشکلات نعوظ در مردان ربط دارد. افسردگی، مشکلات مالی، و ارتباطی نظیر انتظارات پائین درباره آینده رابطه با مشکلات جنسی زنان و مردان گره خورده است. یافته‌های GSSAB درباره شیوع مشکلات جنسی در

1. Global Study of Sexual Attitudes and Behavior (GSSAB)  
2. lubrication difficulties

غرب غیراروپایی و آمریکا در جدول ۱-۱ ارائه شده است. خلاصه یافته‌های مرتبط با مشکلات جنسی این مطالعه در جدول ۲-۱ آمده است.

نرخ شیوع اختلالات برای آمریکای شمالی در GSSAB مشابه سایر مطالعات ملی است. زمینه‌یابی زندگی اجتماعی و بهداشت ملی (لامن و همکاران، ۱۹۹۴، ۱۹۹۹) حاوی اطلاعاتی درباره نمونه‌ای از افراد ۱۸ تا ۵۹ ساله آمریکایی است. در این‌جا نیز، بی‌میلی و نرسیدن به ارگاسم جزو شایع‌ترین شکایت‌های زنان و اوج اولیه<sup>۱</sup>، بی‌میلی و اختلال نعوظ شکایت‌های اصلی مردان بود. بی‌میلی جنسی و نعوظ در مردان و فقط مشکلات لیزی واژن در زنان به سن ربط دارد. پژوهش اخیر که درباره عملکرد جنسی<sup>۲</sup> مردان و زنان ۵۷ تا ۸۵ ساله انجام شده است اختلال نعوظ را در مردان و مشکلات لیزی واژن را در زنان این طیف سنی گزارش کرده است (لینداو و همکاران، ۲۰۰۷).

محققان سایر کشورها دریافته‌اند شیوع مشکلات جنسی چندگانه<sup>۳</sup> با افزایش سن در زنان پیوند خورده است (هیساسو و همکاران، ۲۰۰۵؛ صفری‌نژاد، ۲۰۰۶). کاهش میل جنسی با افزایش سن در زنان در چند پژوهش گزارش شده است (اپلوف و همکاران، ۲۰۰۷). انزال زودرس ربطی به سن ندارد.

**جدول ۱-۱.** درصد آزمودنی‌های پژوهش جهانی رفتار و نگرش‌های جنسی که مشکلات جنسی گاه‌گاهی یا مکرر را گزارش کرده‌اند

مشکل جنسی	غرب غیراروپایی	آمریکا
<i>مردان</i>		
انزال زودرس	۱۵/۷	۱۳
اختلال نعوظ	۱۱/۲	۱۰
بی‌میلی جنسی	۹/۵	۶
نرسیدن به ارگاسم	۸/۱	۶
<i>زنان</i>		
بی‌میلی جنسی	۱۹/۶	۱۲
مشکل لیزی واژن	۱۸/۷	۱۴
نرسیدن به ارگاسم	۱۵/۷	۱۲
مقاربت جنسی دردناک	۸/۱	۵

منبع: لامن و همکاران، ۲۰۰۵.

1. early climax  
2. sexual function  
3. multiple sexual problems

پژوهش‌های طولی را می‌توان برای سنجش تأثیر افتراقی پیری در برابر رویدادهای سلامتی مرتبط با سن استفاده کرد. پروژه سلامت زنان میانسال ملبورن یک مطالعه طولی بود که روی زنان استرالیایی ۴۵ تا ۵۵ سال انجام شد (گاتری و همکاران، ۲۰۰۴). پیری و مدت ارتباط با آفت عملکرد جنسی زنان ارتباط دارد. یائسگی عملکرد جنسی را کاهش می‌دهد که به نظر می‌رسد به کاهش سطح استرادیول برگردد. اصلی‌ترین عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی، سطح عملکرد جنسی قبلی و احساساتی است که نسبت به همسر وجود دارد (دینراستین و همکاران، ۲۰۰۵). سایر مطالعات نشان دادند زنانی که یائسگی ناشی از جراحی دارند نسبت به زنانی که طبیعی یائسه شده‌اند، کاهش چشم‌گیری را در عملکرد جنسی تجربه می‌کنند (دینراستین و همکاران، ۲۰۰۶).

به طور کلی، مشکلات سلامتی با مشکلات جنسی مردان رابطه بیش‌تری دارد تا زنان (لویس و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش‌های طولی در مردان نشان داده است ارتباط روشنی بین اختلال نعوظ با سبک زندگی و سلامتی نظیر چاقی، بی‌حرکی، چربی خون، و مصرف سیگار هست (روزن و همکاران، ۲۰۰۵).

**جدول ۱-۲. رابطه مشکلات جنسی برگرفته از پژوهش جهانی رفتار و نگرش‌های جنسی**

مردان	زنان
افزایش سن	مشکل لیزی واژن
افسردگی	بی‌میلی جنسی و مشکل لیزی واژن
اختلاف بین‌فردی	بی‌میلی جنسی
بیماری‌های عروقی	مشکلات نعوظ

منبع: لامن و همکاران، ۲۰۰۵.

چند مطالعه دیگر نیز همبستگی مثبتی بین اختلال نعوظ با مصرف سیگار (هی و همکاران، ۲۰۰۷)؛ افسردگی (لاو و همکاران، ۲۰۰۶)؛ استفاده از داروهای قلبی و عروقی (بویل، ۱۹۹۹)؛ فلدمن و همکاران، ۱۹۹۴) گزارش کرده‌اند. در مطالعه طولی سالمندان ماساچوست، نمرات سلطه‌پذیری فرم E سیاهه شخصیت‌پژوهی جکسون<sup>۱</sup> ناکارآمدی نعوظ را پیش‌بینی می‌کند (آراجو و همکاران، ۲۰۰۰).

وجود اختلال جنسی زنان به کیفیت روابط و سلامت روانی آنان همبسته است (بنکرافت و همکاران، ۲۰۰۳). شواهد نشان می‌دهد سابقه سوءاستفاده جنسی<sup>۱</sup> یا تجاوز<sup>۲</sup> نیز با افزایش اختلالات جنسی زنان ربط دارد (فوگل-مایر و فوگل-مایر، ۲۰۰۶).

## آسیب روانی و اختلالات جنسی

اختلالات جنسی اغلب با چند اختلالات روانی هم‌آیند می‌شوند. در پژوهشی در ایسلند، شیوع ناکارآمدی جنسی ۱۴/۴ درصد بوده است. ۵۷ درصد افراد مبتلا به اختلال روانی-جنسی<sup>۳</sup> در طول عمرشان حداقل یک اختلال روانی داشته‌اند. اختلال اضطراب فراگیر<sup>۴</sup> رایج‌ترین تشخیص بود، اما سوءمصرف و وابستگی به مواد، اختلالات ترس، افسرده‌خویی، و اختلال وسواس فکری-عملی از آن دسته از اختلالات روانی‌اند که با اختلالات جنسی هم‌آینداند (لیندال و استفانسون، ۱۹۹۳). علاوه‌بر این، چند داروی روان‌گردان می‌شناسیم که عوارض جانبی جنسی دارند. شناخت و مدیریت به‌موقع هم‌آیندی ناکارآمدی‌های جنسی یا اختلال‌های دارو-زاد در بیماران روانی می‌تواند تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی و مسائل دارویی داشته باشد. در این‌جا درباره ناکارآمدی‌های جنسی بیماران روانی بحث شده است، و در فصل‌های بعدی توضیحات مفصل‌تری ارائه می‌شود.

مدت‌ها است که پرده از رابطه افسردگی با اختلال در عملکرد جنسی برداشته شده است. کاهش میل جنسی جزو نشانه‌های افسردگی است. همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، «پژوهش‌های ناکارآمدی جنسی در جمعیت عمومی»، و مطالعات همه‌گیرشناسی شکایت‌های افسردگی مرتبط با کاهش میل جنسی و اختلال نعوظ را گزارش کرده‌اند. مطالعه سالمندان مرد ماساچوست نشان داد مردان مبتلا به افسردگی نسبت به مردانی که افسردگی ندارند، ۱/۸۲ برابر بیشتر به اختلال نعوظ دچار می‌شوند (آراجو و همکاران، ۱۹۹۸). پژوهشگران در یک مطالعه درباره افسردگی افراد ۶۰ سال و بالاتر در فنلاند دریافتند از دست دادن میل جنسی از نشانه‌های افسردگی تا ۷۰ سالگی در زنان و در همه سنین در مردان است (کیولا و پاکالا، ۱۹۹۸).

پژوهش‌های تطبیقی با مقایسه بیماران افسرده و غیرافسرده گروه گواه نشان داده‌اند افسردگی با از دست دادن میل جنسی ارتباط دارد. کاسپر و همکاران (۱۹۸۵) ۱۳۲ بیمار افسرده بستری در بیمارستان را با ۸۰ بیمار غیرافسرده مقایسه کردند. مجموعه گسترده‌ای از ابزارهای ارزیابی استفاده شد. در ۷۲

---

1. sexual abuse  
2. assault  
3. psychosexual disorder  
4. generalized anxiety disorder

درصد بیماران افسرده تک قطبی و ۷۷ درصد بیماران افسرده دو قطبی از دست دادن میل جنسی تشخیص داده شد، اما فقط در ۵ درصد بیماران گروه غیرافسرده گواه هم سن و هم جنس از دست دادن میل جنسی گزارش شد. متیو و وینمن (۱۹۸۲) بروز ناکارآمدی جنسی را در ۵۱ بیمار سرپایی افسرده ای که دارو مصرف نمی کردند و گروه گواهی که هم سن و هم جنس بودند، بررسی کردند. معیارهای اصلی اختلالات خلقی فاینر (فاینر و همکاران، ۱۹۷۲) برای تشخیص در گروه های همگن استفاده شد. ازدست دادن میل جنسی در ۳۱ درصد بیماران افسرده و در ۶ درصد از گروه گواه گزارش شد. آنگست (۱۹۹۸) در یک پژوهش هم گروهی آینده نگر افراد ۲۸ تا ۳۵ ساله ای را که نمرات بالایی در پرسشنامه افسردگی کسب کردند با افرادی که نمرات پائین گرفتند، مقایسه کرد. مشکلات جنسی در بیماران افسرده دو برابر افرادی بود که افسردگی نداشتند.

کندی و همکاران (۱۹۹۹) نتایج یک مصاحبه جنسی دقیق را در ۱۳۴ بیمار افسرده شدید که تحت درمان ضدافسردگی نبودند گزارش کردند. گرچه در این مقایسه از گروه گواه استفاده نشد، یافته ها جالب بودند زیرا ۴۰ درصد بیماران گزارش کردند در ماه قبل هیچ فعالیت جنسی نداشته اند و ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران از کاهش میل جنسی قبل از آغاز درمان خبر داده بودند. رینولدز و همکاران (۱۹۸۸) عملکرد جنسی مردان افسرده، مردان دارای اختلال نعوظ، و گروه گواه از افراد سالم را مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند افکار و فعالیت جنسی مردان افسرده کاهش می یابد. مطالعه دیگری نشان داد مردان افسرده با کاهش نعوظ شبانه مواجه می شوند (تاس و همکاران، ۱۹۸۷).

بالینگران متعدد از جمله امیل کرپلین، ایگن بلولر، و ویلهلم مایر-گراس فزون خواهی جنسی<sup>۱</sup> را در دوره های شیدایی و کاهش میل جنسی در دوره های افسردگی گزارش کرده اند. هم چنین، چند مطالعه افزایش میل جنسی، برهنگی<sup>۲</sup>، اغواگری جنسی<sup>۳</sup>، فعالیت جنسی، بی بندوباری جنسی<sup>۴</sup> را در دوره های شیدایی گزارش داده اند (گودوین و جیمسون، ۱۹۹۰). علاوه بر این، بیماران افسرده دو قطبی نسبت به افرادی که افسردگی تک قطبی دارند، شریک جنسی پایدارتری دارند (اسپالت، ۱۹۷۵). بسیاری از زنان نیز گزارش کردند در دوره های شیدایی خفیف خود افزایش میل جنسی را تجربه کرده اند که تغییر لذت بخشی بوده است (جیمسون و همکاران، ۱۹۸۰).

پژوهش های انگشت شماری فراوانی مشکلات جنسی را در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، از جمله اختلال استرس پس از آسیب، وحشت زدگی، هراس اجتماعی، و وسواس فکری- عملی بررسی کرده اند و شواهد بیانگر فراوانی مشکلات جنسی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی است. کاتلر و

---

1. hypersexuality  
 2. nudity  
 3. seductive behavior  
 4. promiscuity