

The Role of obsessive-compulsive disorder with depressive symptoms and without depressive symptoms on sexual function

Habibolah ghassemzadeh¹, Firooze Raisi¹, Narges Karamghadiri¹,
Reihaneh Firoozi Khojastefar^{*1}, Alipasha Meysamie², Abbasali Nasehi³, Maryam Sorayani¹,
Jalil Fallah⁵, Narges Ebrahimkhani⁴

1. Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh hospital

2. Tehran University of Medical Sciences, Department of Social medicin

3. University of Applied Science and Technology, Helaliran

4. Children hospital of Alborz province

5. department of health, national organization for civil registration, Tehran, Iran.

(Received: 24 Apr 2015

Accept: 25 Feb 2016)

Abstract

Background: Concurrent depression has been mentioned as a possible factor which might reinforces relationship between OCD and sexual dysfunction. **Objective:** The aim of this study was to evaluate sexual function in OCD patients with and without depressive symptoms.

Materials and Methods: subjects were 56 married OCD patients referred to outpatient clinic of Roozbeh psychiatric hospital and three private psychiatric clinics in Tehran from 2011 to 2013. Participants completed demographic questionnaire, OCI-R, MOCI, BDI-II, IIEF, FSFI.

Results: 80.6% of women and 25% of men had sexual dysfunction and 82% of patients had depressive symptoms. Comparing sexual dysfunction in OCD patients with and without depressive symptoms demonstrated that mean index of IIEF in erection and satisfaction subscales of men without depressive symptoms (BDI-II index= < 15) is higher than those with depressive symptoms and the mean index of FSFI in women showed a marginal significance in pain subscale of FSFI. **Conclusions:** Regarding to possible role of depressive symptoms on sexual function, sexual assessment in all OCD patients should be considered.

Keywords: Sexual dysfunction, Obsessive-compulsive disorder, Depression

* Corresponding authors: reihaneh Firoozi Khojastefar
Email: reihanehfiroozi@yahoo.com

بررسی نقش اختلال وسواسی جبری همراه با علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی بر کارکرد جنسی

حبیب‌الله قاسم زاده، فیروزه رئیسی^۱، نرگس کرمدگیری^۱، ریحانه فیروزی خجسته فر^{۱*}، علی پاشا میثمی^۲، عباسعلی ناصحی^۳، مریم سرایانی^۱، جلیل فلاح^۵، نرگس ابراهیم خانی^۴

- ۱- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان تخصصی روان پزشکی روزبه، تهران، ایران
- ۲- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، گروه پزشکی اجتماعی، ایران.
- ۳- موسسه آموزش عالی علمی - کاربردی هلال ایران، تهران، ایران
- ۴- مرکز بهداشت و درمان، سازمان ثبت احوال کشور، تهران، ایران.
- ۵- بیمارستان کودکان شهید باهنر استان البرز، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۵

چکیده:

مقدمه: با توجه به هم‌ابتلائی میان اختلال کارکرد جنسی (مراحل مختلف پرچه پاسخ جنسی نظیر میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و رضایتمندی)، اختلال وسواسی جبری و افسردگی که ممکن است مربوط به آسیب‌شناسی روانی یا عوارض دارویی باشد، هدف این پژوهش بررسی تأثیر اختلال وسواسی جبری با علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی بر کارکرد جنسی بیماران بود.

روش بررسی: تحقیق و بررسی همگروهی تاریخی انجام شد. شرکت‌کنندگان در این پژوهش را ۵۶ بیمار اختلال وسواسی جبری که ۴۶ نفر دارای علایم افسردگی و ۱۰ نفر فاقد علایم افسردگی بودند، تشکیل دادند. شرکت‌کنندگان، مراجعان به درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران) بودند که پس از مصاحبه بالینی روانپزشک، پرسشنامه‌های دموگرافیک، IIEF، FSFI، BDI-II، MOCI، OCI-R را تکمیل کردند. رتبه کارکرد جنسی در دو گروه دارای علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی با آزمون من ویتنی قضاوت آماری شد.

یافته‌ها: تحقیق روی ۵۶ بیمار وسواسی جبری که ۴۶ نفر آن‌ها دارای علایم افسردگی و ۱۰ نفر آن‌ها که فاقد علایم بودند، انجام شد. رضایتمندی جنسی در گروه بدون افسردگی جنسی $+1/9 - 11/2$ و در گروه با افسردگی $+3/4 - 16/4$ بود ($p < 0/005$) و کارکرد جنسی به ترتیب $+9/5 - 58/7$ و $-15/56 - 40/6+$ با ($p < 0/006$) و بالاخره نعوذ به ترتیب $25/8$ و $16/7$ بود ($p < 0/009$) تفاوت سایر شاخص‌های کارکرد جنسی در هر دو گروه مشابه بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به معناداری ارتباط بین کارکرد جنسی مردان و افسردگی، به نظر می‌رسد که توأم بودن افسردگی و اختلال وسواسی جبری باعث کاهش کارکرد جنسی می‌شود. ارزیابی بالینی و بررسی کارکرد جنسی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری با توجه به همزمانی ابتلا به علایم افسردگی پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: کارکرد جنسی، اختلال وسواسی جبری فکری - عملی OCD، علایم افسردگی

مقدمه:

تأثیر قرار دهند، مسئله همزمانی افسردگی و اختلال وسواسی جبری هم از جمله عواملی است که به وجود ارتباط احتمالی میان اختلال وسواسی جبری و اختلال کارکرد جنسی می‌افزاید. به طور تقریبی یک سوم مبتلایان به اختلال وسواسی جبری، معیارهای تشخیصی لازم برای افسردگی را نیز دارند (۸). ارتباط بین خلق و کارکرد جنسی از زمان‌های دور، مورد توجه قرار گرفته است (۱). فقدان میل جنسی شاید به‌عنوان شایع‌ترین جنبه کارکرد جنسی است که متاثر از علایم افسردگی است (۹). اختلال مربوط به میل جنسی در بیش از ۵۰ درصد افراد مبتلا به افسردگی دیده می‌شود. به‌طوری که احتمال اختلال

کارکرد جنسی سالم بخش مهمی از زندگی انسان را تشکیل می‌دهد. در واقع، یک مشخصه کارکرد روانی سالم، برخورداری از وضعیت جنسی بهنجار است (۱). اختلال وسواسی جبری یکی از بیماری‌های مهم روانی است که بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). اختلال کارکرد جنسی، مشکلی شایع در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری است (۳-۷). اگرچه برخی تظاهرات مشخص اختلال وسواسی جبری مانند تمیزی/پاکی، شک و تردید، افکار تابو و نیز عوارض دارویی می‌توانند کارکرد جنسی این بیماران را تحت

نویسنده مسئول: ریحانه فیروزی خجسته فر

پست الکترونیک: reihanehfiroozi@yahoo.com

پرسشنامه بین المللی کارکرد نعوظی (International Index of Erectile Function): (IIEF) یک پرسشنامه ۱۵ سوالی برای سنجش کارکرد جنسی مردان است. پاسخ‌ها در آن به صورت لیکرتی سنجش می‌شوند (نمره ۵ برای کارکرد طبیعی) و سوال‌های ۵ دامنه کارکرد جنسی زیر را پوشش می‌دهند: کارکرد نعوظ، رضایتمندی جنسی، کارکرد ارگاسمی، میل جنسی و رضایتمندی کلی (۱۵). نمره برش مناسب کل مقیاس برای تشخیص اختلال کارکرد جنسی ۳۰، اختلال میل جنسی ۴، اختلال نعوظ ۱۲، اختلال ارگاسم ۴، اختلال در رضایت جنسی ۶ و اختلال کارکرد کلی ۴ تعیین شده است. این آزمون در مطالعه‌های متعددی برای سنجش کارکرد جنسی در ایران استفاده شده است (۱۶) (= ۰/۹۶).

پرسشنامه وسواس فکری-عملی (Moudsely): (MOCI) (Obsessive-Compulsive Inventory) (هاجسون و راکمن، ۱۹۷۷)، شامل ۳۰ گزینه درست یا نادرست است و برای سنجش علامت‌های وسواس فکری-عملی طراحی شده است (۱۷). آزمون شامل چهار زیرگروه است: واری، شست و شو، کندی و شک و تردید است. میزان مجموع نمره بالا (۳۰-۰) بیانگر وجود علامت‌های وسواس فکری-عملی بیشتر است (۱۸). این پرسشنامه با روایی و پایایی مناسب در اکثر مطالعات‌های به کار رفته است و نسخه فارسی آن در تعدادی از مطالعه‌های انجام شده در ایران استفاده شده است (۱۸-۲۰).

پرسشنامه وسواس فکری-عملی (Obsessive Compulsive Inventory-Revised): (OCI-R) این پرسشنامه از سوی فوآ، کازاک و سالکوسکیس (۲۱) برای ارزیابی وسواس فکری-عملی طراحی شده است که شامل ۱۸ گزینه خودگزارشی است. هر سوال، براساس میزان باور از صفر تا چهار درجه‌بندی شده است. نمره کلی از ۰ تا ۷۲ است که نمره‌های بالاتر نشان دهنده گرایش بیشتر به وسواس فکری-عملی است. این آزمون از ثبات درونی (۰/۷۷-۰/۸۸) و پایایی آزمون-بازآزمون (۰/۷۶-۰/۶۲) برخوردار است (۲۲).

پرسشنامه افسردگی تجدیدنظر شده بک (Beck Depression Inventory): [BDI-II] این ابزار یک پرسشنامه ۲۱ سوالی خودگزارشی است که برای ارزیابی میزان شدت افسردگی طراحی شده است (۲۳). نمره کلی از صفر تا ۶۳ است و طراحان آن، نمره ۱۵ و پایین تر را به‌عنوان افسردگی خفیف و نمره ۱۵ و بالاتر را به‌عنوان افسردگی متوسط و شدید در نظر می‌گیرند. این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و از ثبات درونی (۰/۷۸) و پایایی آزمون-بازآزمون (۰/۷۴) برخوردار است (۲۴).

تحلیل آماری:

رتبه کارکرد جنسی در هر یک از گروه‌های با علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی با من ویتنی، آزمون دقیق فیشر یا کای ۲ قضاوت شد. مقادیر P value کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

کارکرد جنسی ۵۶ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری که ۴۶ نفر آن‌ها دارای علایم افسردگی و ۱۰ نفر آن‌ها فاقد علایم افسردگی بودند، بررسی شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۳/۱۹ سال بود. در بررسی شاخص کارکرد جنسی در دو گروه وسواس دارای علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی، این نتیجه به دست آمد که میانگین شاخص کارکرد جنسی مردان IIEF در خرده مقیاس‌های نعوظ، رضایت جنسی در افراد بدون علایم افسردگی بالاتر از گروه دیگر است (جدول ۱). (اما سایر کارکردهای شاخص جنسی $p < 0/009$)

جدول ۱- شاخص کارکرد جنسی بر حسب اختلال و مثل میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و... در دو گروه مشابه بوده و یا اختلاف آنها به لحاظ کارآمدی معنی دار نبود ($p > 0/05$) اسی جبری با علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی

بحث:

در بررسی شاخص کارکرد جنسی در دو گروه بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری دارای علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی، شاخص کارکرد جنسی مردان IIEF در خرده مقیاس‌های نعوظ و رضایت جنسی در افراد بدون علایم افسردگی بالاتر از گروه دیگر بود. ($P < 0/05$). در واقع پژوهش حاضر مشخص کرد، درصد بالایی از مبتلایان به اختلال وسواسی جبری دارای علایم افسردگی هستند و مرحله برانگیختگی جنسی مردان تحت تأثیر علایم افسردگی قرار

میل جنسی در افراد افسرده گاهی پنج برابر افراد غیرافسرده است. به علاوه، اختلال مربوط به مرحله برانگیختگی نیز در زنان و مردان افسرده شایع است. البته هیچ کدام از این پژوهش‌ها مشخص نکرده است که از دو اختلال کارکرد جنسی و افسردگی، کدامیک به وسیله دیگری ایجاد می‌شود. به نظر می‌رسد آثار متقابل و دوطرفه میان این دو وجود دارد. از یک طرف اختلال کارکرد جنسی ممکن است علت افسردگی خفیف باشد و از طرف دیگر افراد مبتلا به افسردگی شدید ممکن است که اختلال کارکرد جنسی را به‌عنوان یک عارضه جنسی شرایط روانی‌شان تجربه کنند. برخی از محققان، افسردگی و اختلال‌های خلقی را به‌عنوان عامل مهم در سبب‌شناسی پیچیده اختلال نعوظ می‌دانند (۱۰، ۱۱) و از طرفی هم عده‌ای از محققان معتقدند اختلال کارکرد نعوظ و افسردگی با هم بروز می‌کنند (۱۲).

میان اختلال کارکرد جنسی (مراحل مختلف چرخه پاسخ جنسی نظیر میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و رضایتمندی)، اختلال وسواسی جبری و افسردگی هم‌ابتلائی وجود دارد که ممکن است مربوط به آسیب‌شناسی روانی یا عوارض دارویی باشد. از طرف دیگر، این‌ها از نظر مفهومی ممکن است به یک عامل درونی نهفته تعلق داشته باشند که به توضیح هم‌ابتلائی بالای این اختلال‌ها کمک می‌کند. با توجه به شیوع بالای افسردگی در مبتلایان به اختلال وسواسی جبری و تأثیر احتمالی آن بر کارکرد جنسی بیماران، پژوهشی در بیمارستان روانپزشکی روزه (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران) برای بررسی تأثیر اختلال وسواسی جبری همراه با علایم افسردگی و بدون علایم بر کارکرد جنسی بیماران صورت می‌گیرد. با توجه به بررسی‌های انجام شده، این پژوهش نخستین مطالعه انجام شده در این باره در ایران و شاید یکی از معدود مطالعه‌های انجام شده در جهان است.

مواد و روش‌ها:

تحقیق با طراحی همگروهی تاریخی انجام شد. شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۵۶ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری مراجعه‌کننده به درمانگاه سرپایی بیمارستان روزه (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران) و چند مطب خصوصی بودند. ۵۶ بیمار مبتلا به اختلال وسواس جبری که ۴۶ نفر آن‌ها دارای علایم افسردگی و ۱۰ نفر آنها فاقد علایم افسردگی بودند، پس از مصاحبه بالینی روانپزشک (براساس ملاک‌های DSM-IV و انجام مصاحبه ساختار یافته SCID)، به درمانگاه شناختی- رفتاری (CBT) ارجاع داده شدند و روان‌شناسان بالینی پرسشنامه‌های دموگرافیک، IIEF، FSFI، OCI-R، MOCI، BDI-II را اجرا کردند. دامنه سنی بیماران ۱۸ تا ۵۰ سال در نظر گرفته شد و از معیارهای اصلی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری برای شرکت در این پژوهش، عدم مصرف دارو در سه ماه اخیر یا شروع مصرف دارو به تازگی (یک هفته اخیر) بوده است. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به پسیکوز، ریسک بالا برای اقدام به خودکشی، هم‌زمانی با سوءمصرف و وابستگی به مواد و وجود بیماری ارگانیک کنترل نشده براساس شرح حال بیمار، حاملگی و شیردهی. هر یک از بیماران قبل از ورود به پژوهش فرم رضایت نامه اخلاقی را تکمیل کردند.

ابزارها:

پرسشنامه کلی اطلاعات دموگرافیک: شامل اطلاعات مربوط به سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل و وضعیت اجتماعی- اقتصادی بوده و بیماری‌های جسمی تأثیرگذار بر کارکرد جنسی و اطلاعات بالینی بیماران اختلال وسواسی جبری مثل سن شروع بیماری در ادامه این پرسشنامه بررسی شده است.

پرسشنامه کارکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index): (FSFI) این پرسشنامه کارکرد و مشکلات جنسی زنان را در شش حوزه و در یک دوره چهار هفته‌ای ارزیابی می‌کند. این حوزه‌ها عبارتند از: میل جنسی، برانگیختگی جنسی، لوبریکاسیون واژینال، ارگاسم، رضایت بیمار و احساس درد هنگام مقاربت. (۱۳). نمره برش مناسب کل مقیاس برای تشخیص اختلال کارکرد جنسی ۲۸، اختلال میل جنسی ۳، اختلال برانگیختگی ۳، اختلال لوبریکاسیون ۳، اختلال ارگاسم ۳، اختلال رضایت جنسی ۳، اختلال درد ۳، تعیین شده است. این ابزار در بررسی‌های انجام شده در ایران نیز از ثبات درونی بالایی (۰/۷۰) برخوردار بوده است (۱۴).

P Value	میانگین \pm انحراف استاندارد	فراوانی		مقیاس افسردگی BDI-II
.۰/۸۰۹	$۳/۳ \pm ۱/۹$	۴	≤ ۱۵	مقیاس کارکرد جنسی زنان FSFI میل جنسی
	$۳/۱ \pm ۱/۲$	۳۲	> ۱۵	
.۰/۸۸۲	$۳/۱ \pm ۲/۱$	۴	≤ ۱۵	برانگیختگی
	$۳ \pm ۱/۵$	۳۲	> ۱۵	
.۰/۵۶۴	$۳/۶ \pm ۱/۹$	۴	≤ ۱۵	لوبریکیشن
	$۴/۱ \pm ۱/۶$	۳۲	> ۱۵	
.۰/۹۷۴	$۳/۷ \pm ۱/۷$	۴	≤ ۱۵	ارگاسم
	$۳/۷ \pm ۱/۴$	۳۲	> ۱۵	
.۰/۵۰۹ .۰/۰۷۶	$۴/۳ \pm ۱/۱$	۴	≤ ۱۵	رضایت جنسی
	$۳/۸ \pm ۱/۴$	۳۲	> ۱۵	
	$۵/۱ \pm ۰/۷$	۴	≤ ۱۵	درد مقیاس کارکرد جنسی مردان IIEF
	$۳/۶ \pm ۱/۶$	۳۲	> ۱۵	
.۰/۲۷۸	$۷/۷ \pm ۰/۸$	۶	≤ ۱۵	میل جنسی
	$۶/۵ \pm ۲/۳$	۱۴	> ۱۵	
.۰/۰۰۹*	$۲۵/۸ \pm ۴/۳$	۶	≤ ۱۵	نعوظ
	$۱۶/۷ \pm ۷$	۱۴	> ۱۵	
.۰/۲۴۴	$۷ \pm ۲/۶$	۶	≤ ۱۵	ارگاسم
	$۵/۶ \pm ۲/۴$	۱۴	> ۱۵	
.۰/۰۰۵*	$۱۱/۲ \pm ۱/۹$	۶	≤ ۱۵	رضایت جنسی
	$۱۶/۴ \pm ۳/۴$	۱۴	> ۱۵	
.۰/۱۷۳	$۷ \pm ۲/۴$	۶	≤ ۱۵	کارکرد کلی
	$۵/۴ \pm ۲/۳$	۱۴	> ۱۵	
.۰/۰۰۶*	$۵۸/۷ \pm ۹/۵$	۶	≤ ۱۵	کارکرد جنسی مردان
	$۴۰/۶ \pm ۱۵/۵$	۱۴	> ۱۵	
.۰/۶۴۶	$۲۳/۱ \pm ۹$	۴	≤ ۱۵	کارکرد جنسی زنان
	$۲۱/۳ \pm ۷/۲$	۳۲	> ۱۵	
$P < .۰/۰۵*$				

عواملی مانند وجود وسواس‌های جنسی (۲۵)، افکار وسواسی مربوط به تمیزی/پاکی، اجتناب کردن (۲۸) و اشمئزاز (۲۹) به‌عنوان دلایل همزمانی اختلال وسواسی جبری و اختلال کارکرد جنسی مشخص شده‌اند. مسئله همزمانی افسردگی و اختلال وسواسی جبری از جمله عواملی است که به وجود ارتباط احتمالی میان وسواس و اختلال کارکرد جنسی می‌افزاید (۸). میان اختلال کارکرد جنسی (مراحل مختلف چرخه پاسخ جنسی نظیر میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و رضایتمندی)، اختلال وسواسی جبری و افسردگی هم‌ابتلائی وجود دارد که ممکن است مربوط به آسیب‌شناسی روانی یا عوارض دارویی باشد. در ارتباط میان اضطراب و افسردگی با اختلال کارکرد جنسی، عوامل روان‌شناختی از جمله شرم، گناه، رفتارهای آموخته شده، عوامل بین فردی، اجتماعی، فرهنگی و انتظارات نقش جنسیتی دخیل است (لورنت و سایمونز، ۲۰۰۹). دیسترس یا تنش روانی اجتماعی که اغلب با اختلال کارکرد نعوظ همراه است، شاید باعث ایجاد علائم افسردگی شود یا اینکه طبق برخی پژوهش‌ها، افسردگی ممکن است باعث اختلال کارکرد نعوظ شود (۳۰). به این ترتیب هنوز مشخص نیست که آیا افسردگی باعث اختلال نعوظ می‌شود یا اینکه اختلال نعوظ علامتی از افسردگی است. در یک مطالعه طولی هشت ساله پیشنهاد شد که افسردگی شاید بیشتر یک پیامد اختلال نعوظ باشد تا علت آن (۳۱). در یک پژوهش همه‌گیرشناختی گزارش شده است به طور تقریبی همه مردانی که دارای علائم افسردگی هستند، درجه‌هایی از اختلال کارکرد نعوظ (خفیف، متوسط یا کامل) را دارا هستند (۳۰). در برخی مردان، وجود افسردگی با اختلال در نوروفیزیولوژی جنسی مرتبط است که به اختلال کارکرد نعوظ منجر می‌شود. همچنین، پژوهشی درباره وجود رابطه معکوس بین سطح آزاد تستوسترون و علائم افسردگی وجود دارد. از طرف دیگر، تستوسترون در رفتارهای جنسی مردان نقش پیچیده‌ای دارد و سرکوب ترشح تستوسترون در مردان به بروز مشکلاتی در کارکرد جنسی آن‌ها و کاهش نعوظ خودبخودی منجر می‌شود (۳۰). در واقع می‌توان عنوان کرد که تغییر در خلق، برانگیختگی جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱) و این کاهش برانگیختگی با مشکل نعوظ در مردان و در نهایت رضایت جنسی فرد را با مشکل مواجه می‌کند.

نتیجه‌گیری:

با توجه به معناداری ارتباط بین کارکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال وسواس و افسردگی، به نظر می‌رسد که توأم بودن افسردگی و اختلال وسواسی جبری باعث کاهش کارکرد جنسی می‌شود. با توجه به هم‌ابتلائی که بین اختلال وسواسی جبری و افسردگی وجود دارد و تأثیری که هر کدام از این اختلال‌ها به تنهایی یا همزمان با هم، بر کارکرد جنسی بیماران دارند، ارزیابی بیماران اختلال وسواسی جبری از نظر کارکرد جنسی، به‌ویژه در شرایط فرهنگی کشورما که اغلب مشکلات جنسی به سختی بازگو می‌شوند، اهمیت مضاعفی می‌یابد زیرا در صورت بی‌توجهی درمانگر و شروع درمان دارویی اغلب مشکلات جنسی تشدید یافته و درمان پیچیده‌تر خواهد شد. انجام مطالعه‌هایی با حجم نمونه بیشتر و استفاده از گروه‌های مختلف اختلال وسواسی جبری، گروه افسرده و گروه مبتلا به وسواس و افسردگی، امکان مقایسه کارکرد جنسی را بهتر فراهم می‌کند.

منابع

- 1- Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical psychology review*. 2009;29 (7): 573-85.
- 2- Real E, Montejo Á, Alonso P, Manuel Menchón J. Sexuality and obsessive-compulsive disorder: the hidden affair. *Neuropsychiatry*. 2013;3 (1): 23-31.
- 3- Aksaray BY, Cem Kaptanoğlu, Süleyman Ofiu, Murat Özalpin, Gökay. Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2001;27 (3): 273-7.
- 4- Aksoy UM, Aksoy ŞG, Maner F, Gokalp P, Yanik M. SEXUAL DYSFUNCTION IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER AND PANIC

می‌گیرد که در نهایت باعث مشکل نعوظ و اختلال رضایت جنسی می‌شود. اختلال کارکرد جنسی، مشکلی شایع در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری است. حدود ۷۳-۵۴ درصد افراد مبتلا به وسواس، دچار اختلال کارکرد جنسی هستند که این تا حدودی می‌تواند مرتبط با سطح اجتماعی (نگرش به‌عنوان تابو) به‌ویژه در کشورهای آسیایی باشد. تعداد مطالعه‌های انجام شده در این زمینه اندک است (۳). پژوهشی که در سال ۲۰۰۱، روی ۲۳ زن مبتلا به وسواس انجام شد، نشان داد که آنورگاسمی، اجتناب از رابطه جنسی در گروه وسواس، به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته است (۲۵). یک مقاله مروری در سال ۲۰۰۹ عنوان کرد، اگرچه به نظر می‌رسد وسواس به طور عمده با کاهش میل جنسی و اجتناب جنسی مرتبط باشد، ولی کاهش برانگیختگی، درد و کاهش رضایت جنسی نیز باید مورد توجه قرار گیرد (لورنت و سایمونز، ۲۰۰۹). از طرفی دیگر، بسیاری از مطالعه‌ها، بر ارتباط بین اختلال کارکرد جنسی و افسردگی تأکید کرده‌اند. اگرچه کاهش میل جنسی در بسیاری موارد گزارش می‌شود، اما دشواری در برانگیختگی که به خشکی واژن در زنان و مشکل نعوظ در مردان منجر می‌شود، نیز شایع است (۲۶). اختلال برانگیختگی یا اختلال نعوظ در مردان مبتلا به افسردگی امری شایع است و این موضوع می‌تواند با عدم رضایت جنسی در آن‌ها همراه باشد. دان و همکارانش (۱۹۹۹) طی مطالعه‌ای اظهار کردند که ایجاد یا تداوم مشکل نعوظ، در ۲/۳-۱/۹ موارد احتمال افسردگی را مطرح می‌کند (۱). در یک مطالعه، ۱۷۰۹ مرد ۴۰ تا ۷۰ سال از کشورهای مختلفی چون ژاپن، ایتالیا، مالزی و برزیل طی سال‌های ۱۹۹۸-۱۹۹۷ بررسی شدند. نتایج مشخص کرد که افسردگی در مردان دارای اختلال نعوظ ۳.۲ برابر بیشتر از مردان بدون اختلال کارکرد نعوظ بود (۲۷). از محدودیت‌های احتمالی این پژوهش حجم کم نمونه بود. با توجه به اینکه این مطالعه، نخستین بررسی انجام شده در مورد اختلال کارکرد جنسی روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری توأم با علائم افسردگی در ایران است مطالعه‌هایی با حجم نمونه بیشتر توصیه می‌شود. ورود بیمارانی با زمینه‌های فرهنگی متفاوت محدودیت دیگری بود که باید به آن اشاره شود، زیرا کارکرد جنسی به تعامل میان عوامل زیست‌شناختی، فردی و فرهنگی بستگی دارد و همین موضوع، امکان تعمیم نتیجه این پژوهش را به فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف با مشکل مواجه می‌کند. همچنین با در نظر گرفتن اینکه ممکن است کاهش میل جنسی، بیشتر با افسردگی در اختلال وسواسی جبری ارتباط داشته باشد، وجود گروه افسرده نیز در این بررسی‌ها ضروری است. از طرف دیگر، با توجه به تأثیر افسردگی بر خرده‌مقیاس‌های محدود کارکرد جنسی، بررسی عوامل دیگر نیز مفید است. علاوه بر این، ما نیاز به انجام مطالعه‌های طولی و تجربی داریم تا دریابیم که آیا اضطراب و افسردگی باعث ایجاد اختلال کارکرد جنسی می‌شوند یا بالعکس رابطه متقابلی میان این دو وجود دارد. از نقاط مثبت این پژوهش می‌توان به بررسی کارکرد جنسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری قبل از شروع دارودرمانی و عوارض جنسی ناشی از داروهای SSRI اشاره کرد. نبود سوگیری در این پژوهش نیز نقطه قوت دیگر آن است.

DISORDER. *Psychiatria Danubina*. 2012;24 (4): 381-5.

- 5- LAPSEKİLİ N, Temizsu E. Sexual Functions in Obsessive Compulsive Disorder Patients: A Case Report. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 2012;1 (3): 178-83.
- 6- Van Minnen A, Kampman M. The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*. 2000;15 (1): 47-57.
- 7- Kendurkar A, Kaur B. Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ? Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry. 2008;10 (4): 299.
- 8- Moritz S, Meier B, Hand I, Schick M, Jahn H. Dimensional structure of the Hamilton Depression Rating Scale in patients with obsessive-compulsive

- disorder. *Psychiatry research*. 2004;125 (2): 171-80.
- 9- Baldwin DS. Effects of exposure to air and subsequent drying on the phosphate sorption characteristics of sediments from a eutrophic reservoir. *Limnology and Oceanography*. 1996;41 (8): 1725-32.
- 10- Smith DM, Levitte SS. Association of fluoxetine and return of sexual potency in three elderly men. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1993.
- 11- Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986;54 (2): 140.
- 12- Mathew RJ, Weinman ML. Sexual dysfunctions in depression. *Archives of Sexual Behavior*. 1982;11 (4): 323-8.
- 13- Rosen CB, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000;26 (2): 191-208.
- 14- MOHAMMADI K, HEYDARI M, FAGHIHZADEH S. Paper: THE FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI): VALIDATION OF THE IRANIAN VERSION.
- 15- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49 (6): 822-30.
- 16- Nikoobakht M, Motamedi M, Orandi A, Meysamie A, Emamzadeh A. Sexual dysfunction in epileptic men. *Urology Journal*. 2009;4 (2): 111-7.
- 17- Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour research and therapy*. 1977;15 (5): 389-95.
- 18- Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Khamseh A, Ebrahimkhani N, Issazadegan A-A, Saif-Nobakht Z. Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *International Journal of Social Psychiatry*. 2002;48 (1): 20-8.
- 19- Ghassemzadeh H, Bolhari J, Birashk B, Salavati M. Responsibility attitude in a sample of Iranian obsessive-compulsive patients. *International Journal of Social Psychiatry*. 2005;51 (1): 13-22.
- 20- Ghassemzadeh H, Khamseh A, Ebrahimkhani N. Demographic variables and clinical features of obsessive-compulsive disorder in Iran: A second report. *Obsessive-Compulsive Disorder Research*. 2005: 243-71.
- 21- Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N. The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*. 1998;10 (3): 206.
- 22- Ghassemzadeh H, Shams G, Abedi J, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N, Rajabloo M. Psychometric properties of a Persian-language version of the obsessive-compulsive inventory-revised: OCI-R-Persian. *Psychology*. 2011;2 (03): 210.
- 23- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4 (6): 561-71.
- 24- Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*. 2005;21 (4): 185-92.
- 25- Freund B, Steketee G. Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *Journal of sex & marital therapy*. 1989;15 (1): 31-41.
- 26- Lin C-F, Juang Y-Y, Wen J-K, Liu C-Y, Hung C-I. Correlations between sexual dysfunction, depression, anxiety, and somatic symptoms among patients with major depressive disorder. *Chang Gung medical journal*. 2012;35 (4): 323-31.
- 27- Nicolosi A, Moreira ED, Villa M, Glasser DB. A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *Journal of affective disorders*. 2004;82 (2): 235-43.
- 28- Curtis V. Why disgust matters. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2011;366 (1583): 3478-90.
- 29- Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? *Journal of affective disorders*. 2006;91 (1): 19-25.
- 30- Seidman SN. Exploring the relationship between depression and erectile dysfunction in aging men. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63: 5-12.
- 31- Kirana P, Tripodi F, Reisman Y, Porst H. The EFS and ESSM syllabus of clinical sexology. Amsterdam: Medix. 2013.