

## شیوع اختلال‌های عملکرد جنسی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی

## چکیده

دریافت: 1393/07/27 پذیرش: 1393/12/11 آنلاین: 1394/01/25

**زمینه و هدف:** یکی از مشکلات معمول در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی، اختلال عملکرد جنسی است. هدف مطالعه حاضر، بررسی این ارتباط بود.

**روش بررسی:** شرکت‌کنندگان در این مطالعه توصیفی - مقطعی، 56 بیمار وسواسی متاهل (36 زن و 20 مرد) در دامنه سنی 18-50 سال مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان روزبه و چند مطب خصوصی شهر تهران، از مهر ماه سال 1390 تا اسفند 1392 بودند. پس از مصاحبه بالینی روانپزشک، پرسشنامه‌های داده‌های دموگرافیک، Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)، Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI)، International Index of Erectile Function (IIEF)، Female Sexual Function Index (FSFI) توسط روان‌شناسان بالینی اجرا گردیدند.

**یافته‌ها:** از 56 بیمار وسواسی متاهل، 36 مورد زن بودند که 81% از زنان اختلال عملکرد جنسی را گزارش کردند 50% کاهش میل جنسی، 58% اشکال در برانگیختگی جنسی، 36/1% اختلال در لوبریکیشن، 44% اختلال ارگاسم و 53% درد جنسی. همچنین در مردان (20 نفر)، اختلال عملکرد جنسی 25% گزارش گردید 10% کاهش میل جنسی، 20% اختلال در نعوظ، 25% اشکال در ارگاسم و انزال و 40% کاهش رضایتمندی جنسی.

**نتیجه‌گیری:** شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به وسواس و همبستگی معنادار بین اختلال عملکرد جنسی و علائم وسواس در مردان می‌تواند نشان‌دهنده نوعی ارتباط میان این دو اختلال باشد.

**کلمات کلیدی:** بیماری وسواس فکری - عملی، اختلال عملکرد جنسی، شیوع.

فیروزه رئیسی<sup>1</sup>، حبیب‌الله قاسم‌زاده<sup>1</sup>، علی پاشا میثمی<sup>2</sup>، ریحانه فیروزی خجسته‌فر<sup>3</sup>، نرگس کره‌مقدیری<sup>4\*</sup>، مریم سرایانی<sup>1</sup>، عباسعلی ناصحی<sup>5</sup>، جلیل فلاح<sup>6</sup>، نرگس ابراهیم‌خانی<sup>7</sup>

1- گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.  
2- گروه پزشکی اجتماعی و پیشگیری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.  
3- گروه روانشناسی، دپارتمان روانی-جنسی، بیمارستان تخصصی روان پزشکی روزبه، تهران، ایران.  
4- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.  
5- موسسه آموزش عالی علمی- کاربردی هلال ایران، تهران، ایران.  
6- مرکز بهداشت و درمان، سازمان ثبت احوال کشور، تهران، ایران.  
7- گروه روانشناسی بالینی، بیمارستان کودکان شهید باهنر استان البرز، البرز، ایران.

\* نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان تخصصی روان پزشکی روزبه

تلفن: 55419151-021  
E-mail: karamghadiri@gmail.com

## مقدمه

رفتارها به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی کردن افکار وسواسی صورت می‌گیرد. این بیماری، بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد.<sup>1,2</sup>

عملکرد جنسی سالم، بخش مهمی از تجارب انسان محسوب می‌شود. در حقیقت یک مشخصه عملکرد روانی سالم، وضعیت جنسی به‌هنگار می‌باشد.<sup>3</sup> اختلال عملکرد جنسی در بیماران روانی شایع و ممکن است مرتبط به آسیب‌شناسی روانی و یا دارودرمانی باشد.<sup>4</sup> این تغییرات می‌تواند در یک یا همه مراحل چرخه جنسی به

بیماری وسواس فکری-عملی (Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)، اختلال ناتوان‌کننده‌ای است که قسمت قابل توجهی از جمعیت بزرگسال را تحت تاثیر قرار می‌دهد. وسواس، چهارمین بیماری شایع روانی در آمریکا است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده آیین‌مند (اعمال وسواسی) می‌باشد.<sup>1</sup> این قبیل

که داروها عامل اصلی یا تنها عامل در این رابطه نباشند.<sup>12</sup> هدف مطالعه حاضر، ارزیابی پارامترها و متغیرهای مشخصی از عملکرد جنسی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی بود.

## روش بررسی

افراد شرکت‌کننده در این پژوهش توصیفی- مقطعی، 56 بیمار وسواسی متاهل (36 زن و 20 مرد) مراجعه‌کننده به درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران) و چند مطب خصوصی در سال‌های 1390 و 1392 بودند.

انتخاب افراد مبتلا به وسواس بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. افراد مبتلا به وسواس پس از مصاحبه بالینی روانپزشک (بر اساس ملاک‌های DSM-IV و انجام مصاحبه ساختار یافته (SCID)، به درمانگاه شناختی- رفتاری (CBT) ارجاع داده شدند و پرسشنامه‌های داده‌های دموگرافیک، پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI)، پرسشنامه بین‌المللی عملکرد نعوظی (IIEF)، پرسشنامه وسواس فکری- عملی (OCI-R) و پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی (MOCI) توسط روان‌شناسان بالینی برای بیماران مبتلا به وسواس اجرا گردیدند. دامنه سنی بیماران 18 تا 50 سال و تحصیلات حداقل در حد خواندن و نوشتن بود و از شروط اصلی بیماران برای شرکت در این پژوهش، عدم مصرف دارو در سه ماه اخیر یا شروع مصرف دارو به تازگی (یک هفته اخیر) بود.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به پس‌یکوز، ریسک بالا برای اقدام به خودکشی، همزمانی با اختلال مصرف مواد براساس مصاحبه روانپزشک و وجود بیماری ارگانیک کنترل نشده بر اساس شرح حال بیمار. هر یک از بیماران، پیش از ورود به پژوهش فرم رضایت‌نامه اخلاقی را تکمیل نمودند.

پرسشنامه کلی داده‌های دموگرافیک: این پرسشنامه شامل اطلاعات مربوط به سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و وضعیت اجتماعی- اقتصادی بود. همچنین، بیماری‌های جسمی تأثیرگذار بر عملکرد جنسی و داده‌های بالینی بیماران وسواس در ادامه این پرسشنامه، مورد بررسی قرار گرفت.

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index, FSFI): این پرسشنامه عملکرد و مشکلات جنسی زنان را در

وجود آید. البته این ارتباط، ارتباطی پیچیده، چندعاملی و اغلب دو طرفه است که جهت علی آن مشخص نمی‌باشد. به طوری که اغلب، اختلال عملکرد جنسی در بیماران وسواسی همزمان و با هم ظاهر می‌شود.<sup>3</sup> تعداد مطالعات انجام شده در این زمینه اندک<sup>5</sup> و گزارش‌ها یا نتایج متناقضی در زمینه ارتباط میان عملکرد جنسی و وسواس وجود دارد.<sup>3,5</sup> در رابطه با علت همزمانی اختلال وسواس و اختلال عملکرد جنسی نظرات مختلفی مطرح شده است. در برخی از پژوهش‌ها وجود وسواس‌های جنسی در بیماران وسواسی، زمینه‌ساز بروز نارضایتی جنسی بیان شده است. البته این فرضیه در همه مطالعات تایید نشده است.<sup>6,7</sup> همچنین، افکار وسواسی مربوط به تمیزی/ پاکی بیشترین آمار را در میان مبتلایان دارد.<sup>6</sup>

از دلایل دیگر بروز مشکلات جنسی در بیماران وسواسی، اجتناب کردن و احساس چندش است. این حالت در مبتلایان به وسواس آلودگی دیده می‌شود که در آن، بیمار از هر چیزی که سبب آلودگی می‌شود، پرهیز می‌کند. این اجتناب کردن، می‌تواند دامنه وسیعی از لمس کردن بدن یا تماس ترشحات بدن را شامل شود.<sup>8</sup> نظریه دیگر این است که مشکلات جنسی در مبتلایان به وسواس به وسیله علائم محوری وسواس قابل توضیح می‌باشد. افراد مبتلا به وسواس، احساس نیاز افراطی به کنترل افکارشان دارند در حالی که لازمه ارگاسم این است که فرد خودش و ذهنش را رها کند. به این ترتیب است که مبتلایان به اختلال وسواس، دچار اختلال عملکرد جنسی می‌شوند.<sup>9</sup>

گاهی اوقات، بیماری وسواس را بیماری شک و تردید نیز می‌نامند، چرا که مبتلایان، اغلب نسبت به افکار، احساسات و عقایدشان دچار شک و تردید می‌شوند. در نتیجه، آنها رفتاری را آن قدر تکرار می‌کنند تا تردیدشان کمتر شود. بنابراین، همین پایه شک و تردید، می‌تواند عملکرد جنسی مبتلایان را تحت تأثیر قرار دهد.<sup>10</sup> مسئله همزمانی افسردگی و اختلال وسواس هم از جمله عواملی است که به وجود ارتباط احتمالی میان وسواس و اختلال عملکرد جنسی می‌افزاید.<sup>11</sup> از دیگر دلایل ایجادکننده اختلال عملکرد جنسی در افراد مبتلا به وسواس، داروهای مورد استفاده در آنها است. شواهد بالینی مختلفی نشان می‌دهند که داروهای بازدارنده بازجذب سروتونین که بیشترین داروهای مورد استفاده در این اختلال است، سبب بروز اختلال عملکرد جنسی می‌شوند. هر چند به نظر می‌رسد

در موارد متغیرهای کیفی دو حالتی از Student's t-test متغیرهای مستقل و در مورد متغیرهای کیفی چند حالتی از آزمون آنالیز واریانس استفاده شد. به منظور تعیین به‌هنگام بودن توزیع متغیرهای کمی در زیر گروه‌های متغیرهای کیفی با تعداد کمتر از 30، از Kolmogorov-Smirnov test استفاده شد.  $P < 0/05$  از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

داده‌های مربوط به مشخصات جمعیت شناختی و بالینی بیماران وسواسی در جدول 1 آمده است. شرکت‌کنندگان در این مطالعه، 56 نفر (20 مرد و 36 زن) شرکت کردند. سه نفر به علت سوء مصرف مواد، 12 نفر به علت دارودرمانی، دو مورد به علت بی‌سوادی از مطالعه خارج شدند. بر اساس گزارش خود بیماران، 31 نفر دارای مشکل جنسی و 21 نفر بدون مشکل جنسی بودند. در بررسی بیماران از نظر بیماری جسمانی، 12 نفر بیماری قلبی، دو نفر سابقه فشارخون، دو نفر بیماری صرع و یک نفر سایر بیماری‌ها را گزارش کردند.

پرسشنامه مربوط به اختلال عملکرد جنسی زنان (FSFI) نشان داد که 80/6% زنان دارای اختلال عملکرد جنسی و 19/4% بدون اختلال بودند. بررسی خرده مقیاس‌های پرسشنامه عملکرد جنسی زنان مشخص کرد که 50% زنان در میل جنسی، 58/3% در برانگیختگی، 36/1% زنان در لوبریکاسیون، 44/4% در ارگاسم، 41/7% در رضایت جنسی و 52/8% در خرده مقیاس درد با مشکل مواجه بودند (جدول 2).

پرسشنامه مربوط به عملکرد جنسی مردان (IIEF) نشان داد که 25% مردان دارای اختلال عملکرد جنسی و 75% بدون اختلال بودند. طبق بررسی خرده مقیاس‌های پرسشنامه IIEF، 20% مردان در نعوظ، 25% در ارگاسم، 10% در میل جنسی، 40% در رضایت جنسی و 50% مردان در مقیاس کلی عملکرد جنسی با مشکل مواجه بودند (جدول 3). مقیاس FFSFIIEF که از ترکیب دو مقیاس عملکرد جنسی زنان و مردان به دست آمد، 55/4% کل افراد را دارای اختلال عملکرد جنسی و 44/6% را فاقد آن بودند (جدول 4).

در بررسی ارتباط میان وسواس (OCI-R, MOCI) با عملکرد

شش حوزه و در یک دوره چهار هفته‌ای، ارزیابی می‌کند. این حوزه‌ها عبارتند از: میل جنسی، برانگیختگی جنسی، لوبریکاسیون واژینال، ارگاسم، رضایتمندی بیمار و احساس درد هنگام مقاربت.<sup>13</sup> این ابزار در بررسی‌های انجام شده در ایران نیز از ثبات درونی به نسبت بالایی برخوردار بوده است.<sup>14</sup> ( $\alpha=0/70$ )

پرسشنامه بین‌المللی عملکرد نعوظی (International Index of Erectile Function, IIEF): یک پرسشنامه 15 سؤالی جهت سنجش عملکرد جنسی مردان است. پاسخ‌ها در آن به صورت لیکرتی سنجش می‌شوند (نمره پنج برای عملکرد طبیعی) و سؤال‌ها، پنج دامنه عملکرد جنسی زیر را پوشش می‌دهند: عملکرد نعوظ، رضایتمندی جنسی، عملکرد ارگاسمی، میل جنسی و رضایتمندی کلی.<sup>13</sup> این آزمون در مطالعات متعددی جهت سنجش عملکرد جنسی در ایران استفاده شده است ( $\alpha=0/70$ ).<sup>15</sup>

پرسشنامه وسواس فکری- عملی (Obsessive Compulsive Inventory-Revised, OCI-R): این پرسشنامه برای ارزیابی وسواس فکری- عملی طراحی شده است که شامل 18 گزینه خودگزارشی می‌باشد.<sup>16</sup> هر سؤال بر اساس میزان باور از صفر تا چهار درجه‌بندی شده است. نمره کلی از صفر تا 72 می‌باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده گرایش بیشتر به وسواس فکری- عملی می‌باشد. این آزمون از ثبات درونی ( $\alpha=0/77-0/88$ ) و پایایی آزمون- بازآزمون ( $0/76-0/76$ ) ( $r=0/62$ ) خوبی برخوردار است.<sup>16</sup>

پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی (Moudsely Obsessive Compulsive Inventory, MOCI)<sup>17</sup> شامل 30 گزینه درست یا نادرست می‌باشد و برای ارزیابی علامت‌های وسواس فکری- عملی طراحی شده است. آزمون شامل چهار زیر گروه است: واری، شستشو، کندی و شک و تردید است. میزان مجموع نمره بالا (0-30)، بیانگر وجود علامت‌های وسواس فکری- عملی بیشتر است.<sup>18</sup> این پرسشنامه، با روایی و پایایی مناسب در اکثر مطالعات به‌کار رفته است<sup>19</sup> و نسخه فارسی آن در تعدادی از مطالعات انجام شده در ایران مورد استفاده قرار گرفته است.<sup>18, 20, 21</sup> به منظور توصیف متغیرهای کیفی از فراوانی و فراوانی نسبی و به منظور توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. برای بررسی ارتباط متغیرهای کمی با یکدیگر از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای بررسی ارتباط متغیرهای کیفی و کمی مورد مطالعه

جدول 1: مشخصات جمعیت شناختی و بالینی بیماران وسواسی

متغیر	فراوانی (فراوانی نسبی)
جنسیت	
زن	36(%64/28)
مرد	20(%35/71)
سن ( $\pi \pm SD$ )	
زن	33/19 $\pm$ 7/71
مرد	35/2 $\pm$ 5
سن شروع وسواس ( $\pi \pm SD$ )	18/5 $\pm$ 6/8
میزان تحصیلات	
زیردیپلم	16(%28/57)
دیپلم	23(%41/07)
لیسانس	10(%17/85)
فوق لیسانس	6(%10/71)
دکتر و بالاتر	1(%1/78)
وضعیت اجتماعی و اقتصادی	
پایین	7(%12/5)
نرمال	47(%83/92)
بالا	2(%3/57)
شغل	
خانه‌دار	29(%51/78)
کارمند	17(%30/35)
آزاد	8(%14/28)
بیکار	1(%1/78)

جنسی زنان (FSFI)، ارتباط معناداری به دست نیامد.

در بررسی ارتباط میان وسواس (OCI-R, MOCI) با عملکرد جنسی مردان نتایج به دست آمده به این صورت است که: میان نمره کلی OCI-R و خرده مقیاس‌های نعوظ و رضایت جنسی مردان همبستگی معناداری دیده شد. به علاوه خرده مقیاس شستشو OCI-R با خرده مقیاس رضایت جنسی مردان همبستگی معناداری نشان داد (جدول 5).

## بحث

در مطالعه حاضر، 81% از زنان و 25% مردان مبتلا به وسواس، اختلال عملکرد جنسی را در مراحل مختلف چرخه پاسخ جنسی گزارش کردند. اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به وسواس تا به حال در مطالعات محدودی مورد بررسی قرار گرفته است.<sup>9</sup> این پژوهش به احتمال اولین مطالعه انجام شده در ایران و شاید یکی از گسترده‌ترین مطالعات انجام شده در جهان باشد.

اختلال عملکرد جنسی زنان مشکل شایعی است که آنها را در هر سنی درگیر می‌کند، به ویژه وقتی با مشکلات پزشکی و روانپزشکی همراه شود.<sup>23</sup> در این پژوهش 81% از زنان (نمره کلی FSFI) اختلال عملکرد جنسی را در مراحل مختلف چرخه جنسی شان (شامل میل،

جدول 2: اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به وسواس با استفاده از پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI)

مقیاس عملکرد جنسی زنان	میل جنسی	برانگیختگی	لوبریکیشن	ارگاسم	رضایت جنسی	درد
$\leq 28$	$\leq 3/3$	$\leq 3/4$	$\leq 3/4$	$\leq 3/4$	$\leq 3/8$	$\leq 3/8$
29	18	21	13	16	15	19
80/6	50	58/3	36/1	44/4	41/7	52/8

جدول 3: اختلال عملکرد جنسی در مردان مبتلا به وسواس با استفاده از پرسشنامه عملکرد جنسی مردان (IIEF)

مقیاس عملکرد جنسی مردان	میل جنسی	نعوظ	ارگاسم	رضایت جنسی	عملکرد کلی
$\leq 30$	$\leq 4$	$\leq 12$	$\leq 4$	$\leq 6$	$\leq 4$
5	2	4	5	8	10
25	10	20	25	40	50

جدول 4: اختلال عملکرد جنسی با استفاده از مقیاس ترکیبی FSFI/IEF

درصد	فراوانی	FSFI/IEF*
55/4	31	≤50
44/6	25	>50
100	56	کلی

\*FSFI/IEF: ترکیب مقیاس‌های FSFI (مقیاس عملکرد جنسی زنان) و IEF (مقیاس عملکرد جنسی مردان)

جدول 5: ارتباط بین نمره کلی وسواس و خرده مقیاس‌های آن (OCI-R, MOCI) با عملکرد جنسی مردان (IEF)

مقیاس عملکرد جنسی مردان	رضایت کلی	رضایت جنسی	میل جنسی	ارگاسم	نعوظ	پرسشنامه‌های وسواس
						پرسشنامه وسواس فکری- عملی (OCI_R)
-0/225	-0/413	-0/113	-0/224	-0/199	-0/165	خرده مقیاس واریسی
-0/166	-0/232	-0/063	-0/031	-0/045	-0/225	خرده مقیاس ذخیره‌سازی
-0/238	-0/112	-0/378	0/075	0/019	-0/311	خرده مقیاس خنثی‌سازی
-0/237	0/066	-0/315	-0/207	0/113	-0/353	خرده مقیاس وسواس فکری
-0/195	-0/139	-0/066	-0/312	-0/189	-0/193	خرده مقیاس نظم و ترتیب
-0/302	-0/192	-0/495*	-0/012	-0/165	-0/278	خرده مقیاس شستشو
-0/435	-0/324	-0/458*	-0/234	-0/158	-0/481*	نمره کلی
						پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی (MOCI)
-0/256	-0/133	-0/314	-0/161	0/021	-0/310	خرده مقیاس واریسی
0/192	0/216	0/285	0/026	0/175	0/133	خرده مقیاس شستشو
-0/229	-0/099	-0/317	-0/178	-0/087	-0/223	خرده مقیاس کندی
-0/265	-0/116	-0/324	-0/218	0/149	-0/359	خرده مقیاس شک و تردید
-0/126	0/004	-0/108	-0/246	0/193	-0/215	نمره کلی

\*P&lt;0/05 معنادار می‌باشد.

چندش در بیماران وسواس مطرح می‌باشد، این احتمال نیز انتظار می‌رود که آنها هنگام رابطه جنسی به سرخ‌های جنسی توجه نکنند و همین هم میل جنسی آنها را تحت تاثیر قرار دهد.<sup>25</sup> 58% زنان شرکت کننده در این پژوهش، مشکل در برانگیختگی جنسی داشتند. مطابق یکی از یافته‌های پیشین میزان شیوع کلی در ایران 30% گزارش شده است.<sup>26</sup> اجتناب جنسی و کاهش میل جنسی در مبتلایان به اختلال وسواس احتمالاً با مشکلات مربوط به مرحله برانگیختگی نیز مرتبط می‌باشد. با توجه به اینکه در گروهی از زنان میل جنسی به صورت واکنشی و پس از تحریک جنسی شروع می‌شود، کاهش میل جنسی در زنان وسواسی می‌تواند به علت اختلال در برانگیختگی آنها

برانگیختگی، ارگاسم، فرونشینی و درد) گزارش کردند. مطابق یکی از مطالعات پیشین میزان شیوع کلی در ایران 38% تخمین زده شده است.<sup>24</sup> درباره میزان شیوع کلی اختلال‌های عملکرد جنسی در بیماران وسواسی اطلاعاتی یافت نشد. 50% زنان مبتلا به وسواس، کاهش میل جنسی داشتند. این یافته، کم و بیش، مطابق با سایر یافته‌ها مبنی بر میزان شیوع بالای کاهش میل جنسی در بیماران مبتلا به وسواس است.<sup>24,25</sup>

مشکلات مربوط به میل جنسی در مبتلایان به وسواس به اجتناب جنسی، احساس چندش و تظاهر بالینی وسواس نیز مرتبط می‌باشد.<sup>4</sup> به این ترتیب، با توجه به اینکه مساله اجتناب جنسی و احساس

رابطه جنسی دارند و با انزجار در رابطه جنسی حاضر می‌شوند و در نهایت، 42% زنان مطالعه حاضر، در رضایتمندی جنسی مشکل داشتند. Ramezani Tehrani و همکاران میزان شیوع کلی اختلال در رضایت جنسی زنان 20/8% را گزارش کردند.<sup>27</sup> عدم رضایتمندی جنسی با احساس قابل توجهی از افسردگی، تعارض زناشویی و بیماری‌های جسمی (قلبی - دیابت) در زنان همراه می‌گردد که خود می‌تواند منجر به میزان شیوع بالاتر اختلال عملکرد جنسی در زنان شود.<sup>5</sup>

در این پژوهش 25% مردان مبتلا به وسواس، اختلال عملکرد جنسی را در مراحل مختلف چرخه جنسیشان گزارش کردند. 10% مردان شرکت‌کننده در این پژوهش کاهش میل جنسی داشتند. Freund و همکاران، میزان شیوع کلی اختلال کاهش میل جنسی را 7% گزارش شده است.<sup>21</sup>

شاید این گونه بتوان گفت، اجتنابی که در بیماران وسواسی وجود دارد، بر روی عملکرد جنسی آنها تاثیر می‌گذارد و به دنبال آن کاهش میل جنسی ایجاد می‌شود. علاوه بر این، مبتلایان به وسواس با توجه به مشغله‌های ذهنی نمی‌توانند به‌طور کامل روی فعالیت جنسی و سرخ‌های جنسی متمرکز شوند و دچار کاهش میل جنسی می‌شوند.<sup>4</sup> همچنین، بررسی مشکلات جنسی مردان مبتلا به وسواس مشخص کرد که 20% آنها با اختلال در نعوظ مواجه بودند. ضمن اینکه ارتباط میان وسواس (نمره کلی آزمون OCI-R) و نعوظ معنادار بوده است (جدول 6،  $P < 0/05$ ). مطابق با یافته‌های پیشین میزان شیوع کلی اختلال نعوظ 10/2% و 16% گزارش شده است.<sup>25,13</sup> در یک پژوهش اخیر درباره اختلال عملکرد نعوظ و آسیب‌شناختی روانی، عملکرد نعوظ به‌طور معناداری با روان‌پریشی، افسردگی، اضطراب، وسواس و حساسیت بین فردی مرتبط بوده است.<sup>24</sup>

با توجه به این که مرحله نعوظ نیاز به تمرکز مردان بر روی فرایند جنسی فارغ از سایر افکار دارد، مردان مبتلا به وسواس با اختلال در این مرحله مواجه می‌شوند. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که هیجان‌ها در پاسخ به موقعیت‌های جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ نقش دارند. هیجان‌های منفی ممکن است به دو طریق باعث اختلال در نعوظ شود: منحرف‌کردن توجه از محرک‌های خوشایند جنسی و فراخواندن برانگیختگی سمپاتیک شدید و انقباض سلول‌های عضلانی صاف آلت جنسی (نرینگی).<sup>24</sup> علاوه بر این در

باشد.<sup>9,4</sup> به علاوه به‌نظر می‌رسد که این بیماران به اندازه کافی احساس آرمیدگی ندارند تا بتوانند در رابطه جنسی فعال باشند و این حواس پرتی هنگام فعالیت جنسی با برانگیختگی جنسی تداخل می‌یابد.<sup>25</sup> همچنین، 36/1% زنان مبتلا به وسواس اختلال در لوبریکیشن را مطرح نمودند. طی پژوهشی بر روی بیماران مبتلا به وسواس، مشکلات مربوط به لوبریکیشن، 25% عنوان گردید.<sup>9</sup> در مطالعه‌ای دیگر نیز 18/9% جمعیت عمومی زنان ایران، در لوبریکیشن مشکل داشتند.<sup>27</sup> تعداد بسیاری از مطالعات کمی و کیفی همزمانی یا همبندی میل جنسی را با برانگیختگی فیزیولوژیکی تناسلی مطرح نموده‌اند. به این ترتیب وقتی افراد مبتلا به وسواس دچار کاهش میل جنسی می‌شوند، این امر می‌تواند برانگیختگی فیزیولوژیکی تناسلی را نیز تحت تاثیر قرار دهد.<sup>25</sup> اختلال ارگاسم در 44% زنان این مطالعه گزارش گردید. مطابق با یافته‌های پیشین میزان شیوع اختلال ارگاسم در بیماران مبتلا به وسواس مطالعه 33% و 24/2% گزارش شده است.<sup>9,4</sup> میزان شیوع کلی اختلال ارگاسم در جمعیت عمومی زنان ایرانی 25% گزارش شده است.<sup>23</sup>

به‌نظر می‌رسد که رسیدن به ارگاسم، مستلزم رها کردن ذهن است. از آنجایی که افراد مبتلا به وسواس همواره اشتغال فکری دارند، از این روی در مرحله ارگاسم دچار مشکل می‌شوند. هرچند توضیح عصب - زیست‌شناختی اضطراب پیچیده است، ولی بیشتر شامل آزادسازی مواد آدرنرژیک (پی‌نفرین و نور اپی‌نفرین) و غلبه سمپاتیک است و این امر اثرات نامطلوبی روی مراحل ارگاسم و برانگیختگی دارد. ارتباط میان اضطراب و آنورگاسمی زنان تایید شده است.<sup>29</sup> 53% زنان این مطالعه، درد جنسی را گزارش کردند. در یک مطالعه 26/7% مشخص شده است.<sup>26</sup>

عوامل آسیب‌شناختی فیزیولوژیکی که در تنظیم و کنترل درد دخیل هستند، ناشناخته می‌باشند. یک فرضیه جالب چنین مطرح می‌کند که ارتباط قوی میان اضطراب و حالت گوش به‌زنگی بیش از حد در بیماران مبتلا به بیماری وسواس و اختلال عملکرد جنسی وجود دارد. بدین ترتیب که در هنگام فعالیت جنسی توجه به محرک‌های تهدیدکننده افزایش می‌یابد.<sup>29</sup> عوامل روانی جنسی در پژوهش‌ها به‌طور عمیقی مورد بررسی قرار گرفته و همزمانی آنها با دیس‌پارونی به‌طور پیوسته گزارش شده است. زنانی که از دیس‌پارونی شکایت می‌کنند، افکار و نگرش منفی بیشتری نسبت به

فرهنگ ما با نوعی چشم‌پوشی از جانب جامعه زنان و مردان همراه است و در نتیجه ممکن است مرزبندی و تعریف روشنی از آن در ذهن عامیانه وجود نداشته باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش حجم کم نمونه بود. ورود بیماران با زمینه‌های فرهنگی متفاوت محدودیت دیگری بود که بایستی به آن اشاره شود، زیرا عملکرد 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. با توجه به اینکه این پژوهش یک مطالعه مقطعی از اثرات بیماری وسواس بر عملکرد جنسی بود، امکان مشخص کردن رابطه علی میان وسواس و اختلال عملکرد جنسی را به ما نمی‌دهد. این مطالعه اولین بررسی انجام شده در مورد اختلال عملکرد جنسی بر روی بیماران مبتلا به وسواس در ایران می‌باشد، توصیه می‌شود مطالعات دیگری با حجم نمونه بیشتر صورت گیرد. همچنین با در نظر گرفتن این که ممکن است کاهش میل جنسی با افسردگی در وسواس نیز ارتباط داشته باشد، وجود گروه افسرده نیز در این بررسی‌ها ضروری می‌باشد و در نهایت بررسی رضایتمندی زناشویی زوجین در کنار سایر عواملی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، نیز پیشنهاد می‌گردد.

شیوع بالاتر اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به وسواس در گروه مورد مطالعه و همبستگی معنادار بین اختلال عملکرد جنسی و علائم وسواسی در مردان این گروه می‌تواند نشان‌دهنده نوعی ارتباط میان این دو اختلال باشد. بنابراین، توجه درمانگران به چگونگی عملکرد جنسی در مبتلایان به وسواس سبب افزایش کیفیت خدمات درمانی ارایه شده به بیماران می‌شود. به علاوه این امر در شرایط فرهنگی کشور ما که اغلب مشکلات جنسی به سختی بازگو می‌شوند اهمیت بیشتری می‌یابد چرا که در صورت عدم توجه درمانگر و آغاز درمان دارویی، اغلب مشکلات جنسی تشدید یافته و درمان پیچیده‌تر خواهد شد.

سپاسگزاری: این پژوهش به شماره طرح تحقیقاتی 17031 با پشتیبانی مالی و معنوی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. در اینجا از کلیه بیمارانی که قبول زحمت فرمودند و با همکاری صمیمانه خود ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، قدردانی می‌گردد.

عملکرد نعوظ مردان، عوامل زیستی و روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، فقدان برانگیختگی جنسی و استرس‌های عمده زندگی نیز نقش دارند.<sup>31</sup> 25% مردان مطالعه با مشکل ارگاسم مواجه بودند. Freund و همکاران اختلال در مرحله ارگاسم مردان مبتلا به وسواس 12% گزارش شده است.<sup>6</sup>

برخی پژوهش‌ها به نقش توجه بسیار تأکید می‌کنند و بر این باورند مردانی که هنگام فعالیت جنسی دچار افکاری می‌شوند که تمرکز و توجه آنها را از احساسات جنسی منحرف می‌کند، دچار اختلال در ارگاسم و انزال می‌شوند.<sup>29</sup> کاهش رضایتمندی جنسی مردان مطالعه نیز 40% گزارش گردید. در بررسی همبستگی میان پرسشنامه‌های وسواس و اختلال عملکرد جنسی، پرسشنامه OCI-R در خرده‌مقیاس شست و شو با رضایتمندی جنسی در مردان ارتباط معنادار داشته است (جدول 6،  $P < 0/05$ ). Freund و همکاران رضایتمندی جنسی در مردان مبتلا به وسواس را 39% گزارش شده است.<sup>32</sup>

به نظر می‌رسد، فردی که نسبت به آلودگی و نجاست وسواس دارد و نیاز به شستشو احساس می‌کند، در فرآیند رابطه جنسی، احتمالاً انزال و منی را آلوده می‌بیند و به نوعی احساس انزجار می‌کند که در نهایت رضایتمندی جنسی فرد را با مشکل مواجه می‌کند. علاوه بر این، بیماران مبتلا به وسواس نقایص یا اختلال‌هایی در روابط بین فردی و روابط جنسیشان دارند و نتایج پژوهش‌ها سطح پایین لذت جنسی و نارضایتی جنسی آنها را نشان می‌دهد.<sup>29,6</sup> همان‌گونه که ملاحظه می‌شود شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان بیشتر از مردان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر می‌باشد. این امر از طرفی می‌تواند به شیوع کلی اختلال عملکرد جنسی در جمعیت مردان (10-25%) که پایین‌تر از جمعیت عمومی زنان است، مرتبط باشد<sup>28</sup> و از طرفی دیگر به تفاوت‌های فرهنگی در این رابطه هم می‌توان اشاره نمود. علت تفاوت در چگونگی میل جنسی و برانگیختگی در زنان و مردان نیز به تفاوت‌های فرهنگی نسبت داده شده است.<sup>30</sup>

توجه به این نکته ضروری است که به‌ویژه در شرایط فرهنگی کشور ما عملکرد جنسی در مردان به نوعی معادل مردانگی آنها محسوب می‌گردد. بنابراین، ابراز شکایت در این زمینه از سوی مردان اغلب به سختی صورت می‌گیرد. اختلال در عملکرد جنسی مردان در

## References

1. American Psychiatric Association (APA). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Real E, Montejo A, Alonso P, Menchon JM. Sexuality and obsessive-compulsive disorder: the hidden affair. *Neuropsychiatry* 2013;3(1):23-31.
3. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev* 2009;29(7):573-85.
4. Aksoy UM, Aksoy SG, Maner F, Gokalp P, Yanik M. Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatr Danub* 2012;24(4):381-5.
5. Aksaray G, Yelken B, Kaptanoğlu C, Oflu S, Ozaltın M. Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *J Sex Marital Ther* 2001;27(3):273-7.
6. Freund B, Steketee G. Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *J Sex Marital Ther* 1989;15(1):31-41.
7. Grant JE, Pinto A, Gunnip M, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2006;47(5):325-9.
8. Curtis V. Why disgust matters. *Phil Trans R Soc B* 2011;366(1583):3478-90.
9. Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? *J Affect Disord* 2006;91(1):19-25.
10. Almasi A, Akuchekian SH, Marasy MR. Religious cognitive-behavior Therapy (RCBT) on marital satisfaction OCD patients. *Proced Soc Behav Sci* 2013;84:504-8.
11. 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 Res* 2004;125(2):171-80.
12. Raisi F, Nejatiasafa A, Mahdzadeh Z. Arizona sexual experience scale (ASEX): Persian translation and cultural adaptation. *J Sex Med* 2011;8(3):296-7.
13. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26(2):191-208.
14. Mohammadi, Kh, Heidary M, Faghihzadeh S. Female sexual function index (FSFI): Persian translation and cultural adaptation. *J Payesh* 2008;7(3):269-78. [Persian]
15. Nikoobakht M, Motamedi M, Orandi A, Meysamie A, Emamzadeh A. Sexual dysfunction in epileptic men. *Urol J* 2007;4(2):111-7.
16. 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). *Psych* 2011;2(3):209-14.
17. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther* 1977;15(5):389-95.
18. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Khamseh A, Ebrahimkhani N, Issazadegan AA, Saif-Nobakht Z. Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48(1):20-8.
19. Ghassemzadeh H, Khamseh A, Ebrahimkhani N. Demographic variables and clinical features of obsessive-compulsive disorder in Iran: A second report. In: Ling BE, editor. *Obsessive-Compulsive Disorder Research*. New York, NY: Nova Science Publishers, Inc.; 2005. p. 243-71.
20. Ghassemzadeh H, Bolhari J, Birashk B, Salavati M. Responsibility attitude in a sample of Iranian obsessive-compulsive patients. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51(1):13-22.
21. Kontula O, Haavio-Mannila E. *Sexual Pleasures: Enhancement of Sex Life in Finland, 1971-1992*. Aldershot, England: Dartmouth Publishing Co. Ltd; 1995.
22. Allen A, Hollander E. Compulsive sexual behavior. In: Koob GF, Le Moal M, Thompson RF, editors. *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience*. Oxford, UK: Elsevier Science; 2010. p. 94-9.
23. Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *J Sex Marital Ther* 1999;25(3):211-5.
24. Kirana PS, Tripodi MF, Reisman Y, Porst H, editors. *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology*. Amsterdam: Medix Publishers; 2013.
25. Van Minnen A, Kampman M. The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sex Relationship Ther* 2000;15(1):47-57.
26. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006;18(4):382-95.
27. Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Mehrabi Y, Malekafzali H, Abedini M. Sexual dysfunction and related factors: a population based study in women from four urban province. *Payesh* 2012;6(11):869-75. [Persian]
28. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* 1990;19(4):389-408.
29. Corretti G, Baldi I. The relationship between anxiety disorders and sexual dysfunction. *Psychiatry Times* 2007;24:9.
30. Tolman DL, Diamond LM. Desegregating sexuality research: cultural and biological perspectives on gender and desire. *Annu Rev Sex Res* 2001;12:33-74.
31. Mallis D, Moysidis K, Nakopoulou E, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Psychiatric morbidity is frequently undetected in patients with erectile dysfunction. *J Urol* 2005;174(5):1913-6.
32. Monteiro WO, Noshirvani HF, Marks IM, Lelliott PT. Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder. A controlled trial. *Br J Psychiatry* 1987;151:107-12.



## Sexual dysfunction in Obsessive-Compulsive disorder

Firoozeh Raisi M.D.<sup>1</sup>  
 Habibollah Ghassemzadeh Ph.D.<sup>1</sup>  
 Alipasha Meysami M.D.<sup>2</sup>  
 Reihaneh Firoozikhojastefar M.Sc.<sup>3</sup>  
 Narges Karamghadiri Ph.D.<sup>4\*</sup>  
 Maryam Sorayani M.D.<sup>1</sup>  
 Abbas Ali Nasehi M.D.<sup>5</sup>  
 Jalil Fallah M.D.<sup>6</sup>  
 Narges Ebrahimkhani M.Sc.<sup>7</sup>

1- Department of Psychiatric, Roozbeh Psychiatric Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Community and Preventive Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Psychosexual, Roozbeh Psychiatric Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Department of Clinical Psychology, Roozbeh Psychiatric Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- Helal Institute of Applied Science & Technology, Tehran, Iran.

6- Department of Health, National organization for Civil Registration, Tehran, Iran.

7- Department of Clinical Psychology, Bahonar Hospital, Alborz University of Medical sciences, Alborz, Iran.

\* Corresponding author: Sought Karegar Ave., Roozbeh Psychiatric Hospital, Tehran, Iran.  
 Tel: +98- 21- 55419151  
 E-mail: karamghadiri@gmail.com

### Abstract

Received: 19 Oct. 2014 Accepted: 02 Mar. 2015 Available online: 13 Apr. 2015

**Background:** Although sexual dysfunction is a common problem in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD), there are sparse clinical research on the study of the correlation between OCD subtypes and different phases of sexual response cycle. This study was undertaken to assess sexual function and its different phases in a group of Iranian patients with OCD.

**Methods:** This was a descriptive cross-sectional study. The subjects consisted of 56 married OCD patients (36 female, 20 male) who suffered from OCD according to a psychiatric interview and DSM-IV questionnaire based on structured clinical interview for DSM (SCID). Patients were between 18 to 50 year age that had been referred to the outpatient clinic of Roozbeh Psychiatric Hospital and three private psychiatric clinics in Tehran (from September 2011 to February 2013). Five Questionnaires were used in this study: Iranian validated form of Female Sexual Function Index (FSFI), International Index of Erectile Function (IIEF), Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI), Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) and a questionnaire which has provided demographic data and other relevant information regarding sexual function and OCD.

**Results:** The prevalence of sexual dysfunction among female was 80.6% and the frequency of disorders in different subscales of FSFI including sexual desire, sexual arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and sexual pain were 50%, 58.3%, 36.1%, 44.4%, 41.7% and 52.8% respectively. Sexual disorder is reported in 25% of male OCD patients which subscales' evaluation of IIEF shows low sexual desire in 10%, erectile disorder in 20%, orgasmic disorder in 25%, sexual dissatisfaction in 40% and 50% decreased in the total score of IIEF. Moreover, the correlation coefficients between the total score of OCI-R with erectile and satisfaction subscales of IIEF were statistically significant. The score of washing subscale in OCI-R and sexual satisfaction was significantly correlated.

**Conclusion:** High prevalence of sexual dysfunction in OCD women and significant correlation between male sexual dysfunction and OCD ( $r = -481.0$  between total score of OCI-R with erectile dysfunction and  $r = -458.0$  between total score of OCI-R and sexual satisfaction) could confirm a relation between OCD and sexual disorders. So, evaluation of sexual function in all patients with OCD is recommended.

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder, prevalence, sexual dysfunction.