

اعتیاد به مواد: بدکار کردی جنسی و فروپاشی خانواده

سیدجواد حسینی^۱، محمود نجفی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۸/۱۰

چکیده

در بسیاری از جوامع، شایعات زیادی در مورد این که الکل و مواد دیگر، تأثیراتی در تقویت عملکرد جنسی دارد، رایج است. هدف این مقاله مروری، بررسی تأثیر اعتیاد به انواع مواد بر روی عملکرد جنسی و به دنبال آن، خانواده بود. خانواده، محور و هسته اصلی کلیه اجتماعات بشری و بر غریزه جنسی مبتنی است. این غریزه، خود نوعی کشش است که در بقا و تداوم خانواده نقش دارد، بنابراین مسائل جنسی در زندگی حائز اهمیت است. نتایج فراتحلیل بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اعتیاد به مواد، بدکار کردی جنسی را در مردان یا زنان به دنبال دارد و شواهد، حاکی از تأثیر الکل و مواد بر بدکار کردی جنسی است. در نتیجه، کارکرد جنسی مختل می‌شود و به دنبال آن، بنیان خانواده متأثر می‌شود و امکان فروپاشی وجود دارد. با توجه به مشکلات در بستر خانواده و فروپاشی آن که می‌تواند به دنبال بدکار کردی جنسی ناشی از مصرف انواع مواد به وجود آید، لازم است ابتدا راهکارهایی برای پیشگیری از مصرف مواد، با آموزش به مصرف کنندگان و خانواده آنها و همچنین آگاه ساختن آنان از معایب مصرف مواد و تأثیری که مواد بر عملکرد جنسی و به دنبال آن بر خانواده و فروپاشی آن می‌گذارد، داده شود. همچنین پژوهش در زمینه نحوه درمان این مشکلات جنسی که به دلیل مصرف مواد است، پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: اعتیاد به مواد، بدکار کردی جنسی، خانواده

مقدمه

در طول تاریخ، جستجو برای داروهای تقویت کننده فعالیت جنسی یا داروهای نیرومندکننده میل جنسی، برای انسان یک فکر دائمی بوده است. در یک بررسی توسط شا^۱ (۲۰۰۲)، افکار تمدن های مختلف و واکنش های مرتبط با این هدف، به روشنی بحث شده است. به عنوان مثال، اشعاری از تمدن هند که به ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ هزار سال قبل بازمی گردد، ابتدایی ترین نگارش ها از جستجوی همیشگی بشر برای موادهایی هستند که می تواند تجربیات جنسی، منجر به افزایش مسائل بسیار ناشناخته همچون «رابطه جنسی برتر^۲» و یا درمان اختلال نعوظ^۳ باشد (بیشاگرانتا و سامهیتا^۴، ۱۹۶۳). مصریان باستان، داروهای تقویت کننده میل جنسی را با چند ورق پاپیروس که در آن درمان های زیادی برای اختلال نعوظ توصیف شده، به نگارش درآوردند، از آن جمله درمان موضعی آلت تناسلی، توسط روغن قلب نوزاد تمساح و مخلوط کردن کاج، نمک، هندوانه و بلعیدن آن است (اسمیت^۵، ۱۹۷۴). با این وجود، یک بررسی ارزیابی شده اخیر با استفاده از داروهای تقویت کننده میل جنسی طبیعی به نتایجی رسیدند که به نظر می رسد هیچ شواهد محکمی برای حمایت از استفاده این داروها برای درمان بدکارکردی جنسی (SD)^۶ در مردان و زنان وجود ندارد (شاملول^۷، ۲۰۱۰). از سوی دیگر عوامل دارویی که مورد استفاده در درمان بیماری های گوناگون پزشکی بودند، اثرات مثبت و منفی خود را بر عملکرد جنسی داشته اند. علاوه بر این، میل به مطالعه اثر اعتیاد به مواد بر روی عملکرد جنسی انسان ادامه یافت (پالها و استیوس^۸، ۲۰۰۸).

خانواده به عنوان اولین نهاد اجتماعی، پایه شکل گیری شخصیت آدمی است. سلامت جامعه از سلامت خانواده سرچشمه می گیرد. خانواده با کارکردهای مثبت خود، باعث امنیت روانی و عاطفی و تنظیم رفتارهای جنسی می شود و حاصل آن هم نوایی فرد با جامعه خواهد بود (داداش زاده، ۱۳۸۶). هدف این مقاله مروری، بررسی اثرات مصرف

- | | | | |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------|
| 1. Shah | 2. Supersex | 3. erectile dysfunction | 4. Bhashagratna & Samhita |
| 5. Smith | 6. sexual dysfunction | | 7. Shamlol |
| 8. Palha & Esteves | | | |

مواد بر روی عملکرد جنسی زنان و مردان و به دنبال آن بررسی این موارد با خانواده بوده است. با توجه به مشکلاتی که در بستر خانواده و فروپاشی آن که می‌تواند به دنبال بدکار کردی جنسی ناشی از مصرف انواع مواد به وجود آید، در ادامه پیشنهاد شده است، ابتدا راهکارهایی برای پیشگیری از مصرف مواد، با آموزش به مصرف کنندگان و خانواده آنها و همچنین آگاه ساختن آنان از معایب مصرف مواد و تأثیری که مواد بر عملکرد جنسی و به دنبال آن بر خانواده و فروپاشی آن می‌گذارد، داده شود و با توجه به محدوده بسیار وسیعی از مصرف مواد، مشهورترین آنها که شامل الکل، حشیش، کوکائین، تنباکو، آمفتامین‌ها، مواد شبه افیونی و داروهای ضد افسردگی هستند، در این مقاله مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

الکل

الکل، بیشتر به عنوان مواد تفریحی استفاده می‌شود و برای مدت زمان طولانی با مسائل جنسی مرتبط بوده است. الکل یک آرام‌بخش دستگاه عصب مرکزی است که با افزایش سطوح انتقال‌دهنده عصبی بازدارنده گابا (آمینو اسید گاما بوتریک)^۱ عمل می‌کند (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۷). الکل همچنین به عنوان علت عدم بازداری شناخته می‌شود و در نتیجه می‌تواند باعث شدت میل جنسی شود. پژوهش‌های متعددی انجام شد که نوشیدن طولانی مدت الکل اثرات مخرب و شدیدی را بر روی عملکرد جنسی زنان و مردان می‌گذارد و این اطلاعات آن را تأیید می‌کند، همچنین می‌توان این اثرات مخرب را بر روی دستگاه عصبی، قلبی و عروقی نیز تعمیم داد (اسمیت، ۱۹۸۵؛ اکولات^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). در یک بررسی فراتحلیلی، چو^۴ و همکارانش (۲۰۰۹) نشان دادند که مصرف مزمن الکل به طور قابل توجهی احتمال اختلال نعوظ را در میان مصرف کنندگان الکل در هفت مورد از یازده مطالعه مقطعی افزایش می‌دهد. اگرچه در این پژوهش‌های مقطعی اشاره شد که نوشیدن کمتر از هفت بار در هر هفته کمترین خطر ابتلا به اختلال نعوظ را دربر دارد و معنادار نیست و نوشیدن الکل بیش از هشت بار در یک هفته معنادار

شد اما با احتمال بالایی با بروز اختلال در نعوظ همراه بود. نتایج مشابهی از پژوهش‌های دیگران گزارش شده است، متأسفانه پژوهش‌ها نشان می‌دهد، اثر الکل بر روی عملکرد جنسی زنان، بسیار با یافته‌های بی‌حاصل محدود شده است (پژ و بلنکو^۱، ۲۰۰۱). در مجموع، در حال حاضر شواهد مهمی از همه‌گیرشناسی برای یک نتیجه‌گیری ثابت و محکم از نقش مصرف زیاد الکل بر روی عملکرد جنسی به مقدار کافی وجود ندارد (کااو^۲ و همکاران، ۲۰۱۳).

تباکو

پژوهش‌های انجام شده در ارتباط میان مصرف تباکو و عملکرد جنسی، به‌خصوص مسائل جنسی مردان، در چند سال گذشته فراوان بوده است (هارت^۳ و همکاران، ۲۰۱۲؛ کا او و همکاران، ۲۰۱۳). اثرات مصرف سیگار بر روی عملکرد نعوظ بیشتر در مردان مسن‌تر مشهود است، ولی می‌تواند مردان زیر ۴۵ سال را نیز دربر بگیرد. دلایل متعددی وجود دارد که مصرف سیگار بر روی عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد (پالها و استیوس، ۲۰۰۸؛ کا او و همکاران، ۲۰۱۳). در یک بررسی سطح بالاتر، در واقع گزارش شد که نیکوتین می‌تواند به‌طور چشمگیری مواد وازو اکتیو^۴ مثل اندوتلیوم^۵ (عامل آرام‌بخش مشتق شده)، اکسید نیتریک^۶، پروستاگلاندین^۷، پروستاگلاندین^۷ و ترموبوکسان^۸ در قسمتی از عروق اندوتلیوم دستگاه تناسلی مردان و زنان را کاهش دهد (وولف و چولمن^۹، ۱۹۹۶). همچنین انجمن متخصصان زنان و مامایی کانادا (۲۰۰۵)، نشان دادند که نیکوتین می‌تواند اثرات منفی را در سطح هورمون‌های جنسی، تستوسترون و استروژن، در زنان و مردان سیگاری ایجاد کند. با این حال، پژوهش‌های دیگر یافته‌های مشابهی را گزارش نمی‌کند (روزتتو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش‌های بالینی اثراتی از مصرف سیگار بر روی عملکرد نعوظ و اثرات منفی آن بر توانایی مردان در شروع و حفظ حالت

1. Peugh&Belenko 2. Cao 3. Hart 4. Vasoactive 5. endothelium
6. nitric oxide 7. Prostaglandin 8. prostacycline 9. Thromboxane
10. Wolf & Schulman 11. Rosetto

نعوظ گزارش کرده است (هیبی^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). متأسفانه اثرات مشابهی از مصرف نیکوتین بر روی عملکرد جنسی زنان، به اندازه کافی مورد مطالعه قرار نگرفته است. اگرچه مصرف سیگار در واقع اثرات منفی را بر عملکرد جنسی دارد، اما توقف مصرف سیگار حتی برای مدت زمان کوتاه می‌تواند عملکرد جنسی را بهبود بخشد. همچنین، شواهدی وجود دارد که ترک سیگار می‌تواند منجر به بهبودی و بهره‌وری رو به رشد عملکرد جنسی شود (گیلنا، شارلیپ و هلستروم^۲، ۲۰۱۳).

حشیش

حشیش (ماری جوانا) به‌طور گسترده به‌عنوان مواد غیرقانونی جهانی مورد استفاده قرار می‌گرفت. دفتر سازمان ملل متحد (۲۰۱۰) میزان مصرف مواد و جرائم ناشی از حشیش را در حدود ۴ درصد از جمعیت بزرگسال جهان (۱۶۲ میلیون نفر) که سالانه مصرف‌کننده حشیش هستند، تخمین زد که ۰/۶ درصد (۲۲/۵ میلیون نفر) آنها مصرف روزانه را گزارش کرده‌اند. تتراهیدروکانابینول^۳ متابولیت فعال‌کننده حشیش، می‌تواند به‌عنوان یک محرک آرام‌بخش و یا یک توهم‌زا در دستگاه عصب مرکزی عمل کند. اطلاعات قابل توجهی از حیوانات و پژوهش‌های ویترو^۴ (۲۰۱۰) در حمایت از نقش مهارتی سیستم اندوکانابینوئید^۵ بر عملکرد جنسی مردان وجود دارد. همچنین به‌خوبی ثابت شده است که گروهی از سلول‌های عصبی اکسی‌توسینرژیک، شامل گیرنده‌های کانابینوئید (CB 1) در هسته شبه بطنی هیپوتالاموس^۶ (PVN)، رفتار و عملکرد نعوظ در مردان را تنظیم می‌کنند (ملیس و آرجولاس^۷، ۲۰۰۵). همچنین، پژوهش دیگری نشان داد که حالت نعوظ را می‌توان در موش‌های صحرایی نر با تزریق آنتاگونیست (SR 141617A) گیرنده کانابینوئید CB1 در PVN ایجاد کرد (ملیس و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش‌های دیگری گزارش دادند که میکرو آنالیز داخل مغزی نشان می‌دهد، اثر نعوظ از SR 141617A در PVN به‌طور همزمان با افزایش غلظت اسید گلوتامیک، دی‌اکسید نیتروژن و نیترا تدر

محلول دیالیزی شبه بطنی رخ داده است (ملیس و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین شواهدی در حال به وجود آمدن هستند که اثرات محیطی کانابینوئید (CB) بر روی نعوظ را نشان می دهد. آرام سازی عضلات صاف حفره دار در حفره های بدن^۱ (CC) برای شروع و حفظ نعوظ آلت تناسلی ضروری است. گیرنده های CB1 آشکار کردند که حفره های بدنی در موش صحرایی وجود دارد و گیرنده های CB1 و CB2 نشان داد که حفره های بدنی در میمون های رزورس (۲۰۱۰)^۲ و انسان ها موجود است (گراتزک^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). چند سال پس از کشف گیرنده CB1، دومین گیرنده کانابینوئید، CB2، شناسایی شد. در مقابل گیرنده CB1، CB2 بیشتر در توزیع مرکزی محدود شده و بیشتر در بافت های پیرامونی مانند تیموس، طحال و سلول های ایمنی بدن یافت می شود (مونرو، توماس و ابوشرف^۴، ۱۹۹۳). یک پژوهش موفقیت آمیز توسط گراتزک و همکارانش (۲۰۱۰) در مورد نقش کانابینوئیدها (CB) برای انتقال های عصبی محیطی، از جمله کنترل نعوظ منتشر شد. گیرنده های CB1 و CB2 با سنتز اکسید نیتریک و گیرنده گذرا و انیلوئید متمرکز می شود؛ ابتدا در اعصاب حسی از حفره های بدنی میمون و انسان، در ارتباط با اعصاب نیتریک بود. همچنین پژوهش های کاربردی، آگونیست درون زاد CB1 و CB2، آرام کننده های بخش های غیر کولینرژیک و غیر آدرنرژیک از قسمت های پایینی حفره های بدنی را نشان داد. این یافته های مهیج، می تواند منجر به تحقیق در آینده با عنوان نقش کانابینوئیدها (CB) در تنظیم عملکرد جنسی شود که به صورت کامل روشن نشده است (زازا، بلا و شملول^۵، ۲۰۱۳).

مواد شبه افیونی

اثرات و مصرف مواد شبه افیونی ممکن است حالت دوگانه ای بر عملکرد جنسی داشته باشد. در آغاز بسیاری از بیماران بهبودی را در عملکرد جنسی خودشان، با تأخیر در انزال در مردان و بهبود واژینیسموس در زنان تجربه می کنند (پالها و استیوس، ۲۰۰۸). با

این حال بعدها در زنان و مردان کاهش میل جنسی و عملکرد ارگاسم گزارش شد. یک پژوهش اخیر که از ۱۰۱ نفر از معتادان به هروئین با گروه کنترل از افراد سالم همسان شده مقایسه شد، به این نتیجه رسیدند که رابطه جنسی در یک هفته و خودارضایی در مردان اما نه در زنان به صورت چشمگیری کاهش یافته است. ۷۵ درصد از مردان و ۶۸ درصد از زنان تصور می‌کردند که هروئین علاقه‌مندی آنها را در رابطه جنسی کاهش داده است. همچنین ۷۱ درصد از مردان و ۶۰ درصد از زنان فکر می‌کردند که مصرف مواد تحریک جنسی آنان را بدتر کرده است، همچنین حدود ۶۰ درصد معتادان از هر دو جنس معتقد بودند که مصرف مواد توانایی آنها را در تجربه ارگاسم کاهش داده است. هنگامی که سؤالات درباره ۶ ماه اول مصرف هروئین، پرسیده شد، ۲۱ درصد از مردان و ۲۸ درصد از زنان فکر می‌کردند که رضایت جنسی آنها افزایش پیدا کرده است (پالها و استیوس، ۲۰۰۲).

سازوکارهای زیربنایی، اثرات منفی مواد شبه افیونی بر عملکرد جنسی، نامعلوم باقی مانده است. با این حال اقدامات بیولوژیک خاص هروئین می‌تواند به روشن ساختن انحرافات مواد شبه افیونی، کمک کند. اثرات مصرف هروئین منجر به کاهش سطوح تستوسترون و افزایش سطح گلوکوکورتیکوئیدها می‌شود، بدون در نظر گرفتن سن، مقدار مصرف هروئین در هر روز و مدت تماس با این مواد، بر روی گنادوتروپی‌های هیپوفیز تأثیر ندارد (پالها و استیوس، ۲۰۰۸)، که نشان می‌دهد مصرف مزمن هروئین باعث کاهش عملکرد بیضه از طریق هیپوتالاموس و یا مراکز بالاتر شود. پس از ترک، این تغییرات هورمونی به سرعت به حالت عادی بازمی‌گردد (روبرت^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). نظریه دیگری اثرات هروئین بر روی عملکرد جنسی را از طریق فعالیت مواد شبه افیونی در مسیر پاداش دوپامینی مزولیمبیک بیان می‌کند. این سیستم رفتارها و فعالیت‌هایی که برای افراد یا گونه‌ها به نظر می‌رسد مفید باشد، تقویت می‌کند. برخی مواد کنترل سریع و قابل توجهی بر رفتار دارند (به‌عنوان مثال، هروئین) که با تخریب در توانایی کسب

پاداش‌های طبیعی (از جمله رابطه جنسی) به کنترل رفتار می‌پردازند (پالها و استیوس، ۲۰۰۸).

کوکائین

کوکائین با هر دو میل افزایش یافته و مهار شده ارتباط دارد. تعداد زیادی از مردانی که مصرف‌کنندگان کوکائین هستند، رابطه نیرومند میان تحریک جنسی و مصرف کوکائین دارند، اما اغلب در زمان وارد شدن به درمان، آنهایی که تحت تأثیر کوکائین هستند مشکل در عملکرد جنسی دارند (وارنر^۱، ۱۹۹۳). در واقع، اگرچه در ابتدا، مصرف کوکائین ممکن است عملکرد جنسی را در مردان افزایش دهد (شولتز^۲ و همکاران، ۱۹۹۲)، اما استفاده طولانی مدت کوکائین عملکرد و میل جنسی را کاهش می‌دهد و رسیدن به ارگاسم را دشوار می‌کند (راسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۲). در یک پژوهش از مصرف‌کنندگان ثابت کوکائین، ۶۶٪ از مردانی که از این مواد برای یکسال یا بیشتر استفاده می‌کردند، گزارش دادند که آنها مشکلاتی در حفظ حالت نعوظ داشته‌اند (کوکورس^۴ و همکاران، ۱۹۸۸). این مشکل در تمامی مصرف‌کنندگان ثابت کوکائین و همچنین مصرف‌کنندگان الکلی سنگین، شایع است. در یک مطالعه از مردانی که به الکل و کوکائین (هر دو) اعتیاد داشتند، گزارش شد که ۶۲ درصد میل جنسی پایین، ۵۲ درصد بدکارکردی نعوظ و ۳۰ درصد تأخیر در انزال را تجربه کردند. ارتباط میان کوکائین و رابطه جنسی در میان مصرف‌کنندگان زن به مراتب کمتر است، اما برخلاف این تصور که ترک کوکائین ممکن است به‌عنوان یک داروی نیرومند غرایز جنسی برای زنان عمل کند، یک مطالعه نشان می‌دهد که ترک کوکائین در مصرف‌کنندگان زن، میل جنسی را کاهش و احتمال بروز بدکارکردی جنسی را افزایش می‌دهد (هندرسون، بوید و ویتمارش^۵، ۱۹۹۵). همچنین نمونه‌هایی از نعوظ دائم که با تزریق داخلی کوکائین به بدن مرتبط هستند، گزارش شده است (بواتنگ و تاسی^۶، ۲۰۰۱).

آمفتامین

آمفتامین یک ماده بسیار اعتیادآور است و به خوبی مشخص شده که استفاده طولانی مدت از آن، خطر بیماری‌های قلبی - عروقی، ریوی، افسردگی، روان‌پریشی و اختلالات شناختی را به صورت جدی افزایش می‌دهد (مکسول^۱، ۲۰۰۵). در رابطه با عملکرد جنسی، آمفتامین‌ها یک ویژگی مشهور دارند و آن، این است که ماده‌ای نیرومند برای غرایز جنسی هستند (جانسن و ثرون^۲، ۲۰۰۶). با این حال، پژوهش‌های مشاهده‌ای انسان، انواعی از آمفتامین‌ها را که با بدکارکردی جنسی مرتبط هستند را نشان داد (پینگ^۳، ۲۰۰۹). این عوامل ممکن است به چند عامل، از جمله؛ دوز مصرفی، نحوه مصرف مواد، عادات مصرف کننده مواد و بافت اجتماعی فرد بستگی داشته باشد. مسلم است که دوزهای پایین می‌تواند، لذت بردن را افزایش و بازداری را کاهش دهد، درحالی که تأخیر در رسیدن به ارگاسم ممکن است برای مردانی که زود به انزال می‌رسند، مفید باشد. از سوی دیگر، دوز بالای آمفتامین‌ها با تمایل جنسی کم و فقدان ارگاسم همراه است (کال^۴، ۱۹۹۲). یک آمفتامین نیرومند شناخته شده، متآمفتامین (شیشه) است که با رفتار جنسی شدید، ارتباط نیرومندی دارد (فیشر، رینولدز و ناپر^۵، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد این مورد به خاطر ترکیب اعتماد به نفس اجتماعی، عدم بازداری جنسی و حس بالای انرژی بدنی باشد و به‌عنوان اثرات تقویت جنسی توسط مصرف کنندگان تصور شده است (راسل^۶ و همکاران، ۲۰۰۸). هیچ شواهد علمی ارتباط متآمفتامین در اعمال مستقیم بر روی گیرنده‌های ویژه که بتوانند تمایلات جنسی را افزایش دهند، وجود ندارد بلکه تصور بر این است که تجربه جنسی افزایش یافته، با بالارفتن حس منتشر شده خوشی و سرحالی کاذب به وجود آمده است (فیشر، رینولدز و ناپر، ۲۰۱۰). استفاده طولانی مدت از موادی که مبتنی بر آمفتامین‌ها هستند، با اختلال در نعوظ و تأخیر انزال در مردان و همچنین تأخیر ارگاسم در زنان ارتباط دارد (راسل و همکاران، ۲۰۰۸).

یک ویژگی منحصر به فردی که با استفاده طولانی مدت متآمفتامین مرتبط است، توانایی به وجود آوردن یک حالت طولانی مدت میل جنسی نیرومند در مردان است اما این حالت

1. Maxwell

2. Jansen & Theron

3. Ping

4. Kall

5. Fisher, Reynolds & Napper

6. Russell

با نعوظ ناکافی صورت می‌پذیرد که به «آلت تناسلی یخ‌زده»^۱ شهرت دارد (هیرشفیلد^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین پژوهش‌های متعددی اشاره دارد که متاآمفتامین می‌تواند احتمال بروز ایدز، رفتارهای جنسی پرخطر و عفونت‌های مقاربتی را در همجنس‌بازها، دو جنس‌گراها و مصرف‌کنندگان شیشه که به جنس مخالف علاقه دارند، به شدت افزایش دهد (فورست^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). یک توضیح معتبر برای این پدیده و ویژگی عجیب و غریب آن است که ترکیبی از بازداری جنسی کاهش یافته، انرژی و میل جنسی بالا و بافت جنسی فراهم شده در مصرف متاآمفتامین اغلب به وجود می‌آید که می‌تواند با مصرف، مستعد رفتارهای پرخطر شوند (مک کی^۴، ۲۰۰۵).

مواد روان‌گردان

مواد روان‌گردان اغلب با رشد بدکارکردی جنسی همراه است. از داروهای مواد روان‌گردانی که معمولاً مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌توان داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای^۵، مهارکننده مونو آمین اکسیداز^۶ و مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین^۷ را نام برد (زازا، بلا و شاملول، ۲۰۱۳). درمان ضد افسردگی به میزان قابل توجهی با بدکارکردی جنسی در زنان و مردان و همچنین تغییرات چشمگیری که توسط مواد مختلف در این نمونه به وجود آمده، مرتبط است که منعکس‌کننده تفاوت‌های خاص در نمایه‌های دارویی و داروهای ضد افسردگی مختلف است (کرانوفسکی^۸ و همکاران، ۲۰۰۴). یک فراتحلیل اخیر که اطلاعات پژوهش‌های انتخاب شده را تجزیه و تحلیل کرد به بررسی درمان اورژانسی بدکارکردی جنسی با استفاده از مصاحبه ساختاریافته و پرسش‌نامه استاندارد پرداخت که در آن داروها با عمل غالب سروتونرژیک همراه بودند. از جمله آنها مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین و ونلافاکسین^۹، بالاترین احتمال درمان مرتبط با بدکارکردی جنسی (۲۶٪ برای فلووکسامین^{۱۰}، ۸۰٪ برای سرتالین^{۱۱} و

1. crystal dick 2. Hirshfield 3. Forrest 4. Mckay 5. tricyclic antidepressants
6. monoamine oxidase inhibitors 7. selective serotonin reuptake inhibitors
8. Cyranowski 9. Venlafaxine 10. Fluvoxamine 11. Sertraline

ونلافاکسین) بودند. از سوی دیگر چند نکته نیاز به بررسی دارد. اول این که واضح نیست که اگر میزان پایینی از بدکارکردی جنسی وجود دارد، با دارو فلووکسامین و اسکیتالوپرام^۱ مرتبط هستند، این میزان پایین را می توان به ویژگی های خاص این داروها نسبت داد و یا این که آنها به سادگی می توانند تفاوت هایی را در روش های پژوهش منعکس کنند، همچنین این که چطور داروهای ضد افسردگی دارای یک ارتباط فراگیر با بدکارکردی جنسی در تمامی مراحل سه گانه چرخه جنسی دارد، مشخص نیست. همچنین دولوکستین^۲، ایمی پیرامین و فنلزین^۳، در مقایسه با دارونماها، به طور قابل توجهی با میزان بدکارکردی جنسی مرتبط است، در حالی که تفاوت معناداری بین اثرات دارونماها و کسانی که از موکلوبماید^۴، آگوملاتین^۵، آمی نپتین^۶، نفازودون^۷، بوپروپیون^۸ و یا میرتازاپین^۹ مشاهده نشد (آنگست^{۱۰}، ۱۹۹۸).

سازوکارهای معتبری در پشت این بدکارکردی جنسی مرتبط با داروها وجود دارد که تا حد زیادی ناشناخته مانده اند. یک فرضیه گسترده این است که مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین و ونلافاکسین، انتقال دوپامینرژیک را از طریق گیرنده های سروتونین در منطقه مزولیمبیک کاهش می دهد که در درجه اول با میل و ارگاسم جنسی مرتبط است و در آخر بدکارکردی جنسی با این داروها همراه است (کندی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۶). این فرضیه از این عقیده که عوامل سرتونرژیک مانند نفازودون و میرتازاپین، با استفاده از عمل آنتاگونیست به جای آگونیست بر روی 5HT₂، موجب به وجود آمدن بدکارکردی جنسی نمی شود، حمایت می کند (بالدوین^{۱۲}، ۲۰۰۱). سازوکارهای پیشنهادی دیگر شامل کاهش سنتز اکسیداز نیتریک و اثرات آنتی کولینرژیک مرتبط با پاروکستین^{۱۳} است که می تواند داروهای ضد افسردگی در بدکارکردی جنسی را نیز دربر بگیرد (کندی و همکاران، ۲۰۰۶).

- | | | | |
|-----------------|---------------|----------------------------|----------------|
| 1. Escitalopram | 2. Duloxetine | 3. imipramine & phenelzine | 4. Moclobemide |
| 5. Agomelatine | 6. amineptine | 7. Nefazodone | 8. Bupropion |
| 9. Mirtazapine | 10. Angst | 11. Kennedy | 12. Baldwin |
| 13. Paroxetine | | | |

بدکارکردی جنسی و فروپاشی خانواده

در DSM-5^۳، بدکارکردی جنسی شامل اختلالات میل جنسی (مانند اختلال میل جنسی کم کار در مردان)، اختلالات انگیزش جنسی (مانند اختلال نعوظ)، اختلالات ارگاسمی (مانند انزال زودرس) و اختلالات درد جنسی (مانند مقاربت دردناک) است که نشانه‌های هر دسته حداقل به میزان شش ماه و بیشتر ادامه داشته باشد، تشخیص داده می‌شود (سید محمدی، ۱۳۹۳).

اساس خانواده محور و هسته اصلی کلیه اجتماعات بشری است و بر غریزه جنسی مبتنی است (علیخانی و اسکندری، ۱۳۹۳). این غریزه خود نوعی کشش دلیذیر است که زن و مرد را به سوی ازدواج کشانیده، بقا و تداوم خانواده را تضمین می‌کند (صافی، ۲۰۰۲). آنجا که زن و مردی پیوند زناشویی می‌بندند تا در کنار هم با عشق و عطف، بنیادی سالم را برای تربیت فرزندان سالم بنا نهند، جزئی از فطرت انسانی، یعنی غریزه جنسی به تکامل می‌رسد و بدون رفتن به بیراهه در قالب مطمئن و ایمن مرتفع می‌شود تا مبنای آرامش شود و راه انسان را در رسیدن به انسانیت خویش هموار کند (جهانفر و مولایی نژاد، ۱۳۸۴). خانواده به‌عنوان اولین نهاد اجتماعی، پایه شکل‌گیری شخصیت انسان‌ها است. سلامت جامعه از سلامت خانواده سرچشمه می‌گیرد. خانواده با کارکردهای مثبت خود، باعث ایجاد امنیت روانی و عاطفی و تنظیم رفتارهای جنسی و هم‌نوایی فرد با جامعه خواهد بود (داداش‌زاده، ۱۳۸۶). خانواده، یکی از مهمترین نهادهای اجتماعی، اساس تشکیل جامعه و حفظ عواطف انسانی است و هر گونه نارسایی در عملکرد خانواده تأثیر نامطلوبی در زندگی زناشویی ایجاد می‌کند و منجر به فروپاشی خانواده می‌شود (ساقی و رجایی، ۱۳۸۷). از این‌رو سالم‌سازی زندگی و روابط زناشویی بی‌گمان اثرهای مثبتی را در جامعه به‌دنبال خواهد داشت و می‌توان گفت عملکرد خانواده بر عملکرد جامعه تأثیر مستقیم و بسزایی می‌گذارد (مؤمنی و علیخانی، ۱۳۹۲). بنابراین مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول زندگی زناشویی قرار داشته و سازگاری در روابط جنسی از عوامل مؤثر در خوشبختی محسوب می‌شود (علیخانی و

اسکندری، ۱۳۹۳). درحقیقت، شواهد قابل توجهی برای توصیف ارتباط نزدیک بین فعالیت جنسی و رضایت زناشویی و به دنبال آن، بدکارکردی جنسی و فروپاشی خانواده وجود دارد (اسپنس^۱، ۱۳۸۵). نتیجه یک بررسی با عنوان چگونگی اعتیاد، که ممتازی در سال ۱۳۸۲ آن را انجام داده، حاکی از آن است که اعتیاد از علاقه فرد به تشکیل خانواده می‌کاهد و نیز منجر به کاهش علاقه جنسی می‌شود، وضعیت عاطفی بین دو زوج ممکن است در نتیجه اعتیاد دچار زوال شده، به صورت تضادی درآید که به از هم گسیختن خانواده بیانجامد. روشن‌پژوه طی یک بررسی (۱۳۸۹) نشان داد میزان تخریب اعتیاد در رابطه به کارکردهای جنسی، بنیادی بوده و اغلب مختل‌کننده رابطه صمیمانه زوجها است. نادری (۱۳۸۹) نیز در پژوهشی اشاره کرد که بین روابط صمیمی همسر با دل‌زدگی زناشویی همسران معتادان رابطه منفی وجود دارد. قوانلو (۱۳۸۷) چنین بیان می‌کند که اعتیاد مردان موجب دل‌سردی زنان در زندگی شده و سبب می‌شود که زنان ابراز محبت کمتری داشته باشند، روابط جنسی و عاطفی خود را با شوهرانشان به حداقل برسانند و از مهارت‌های ارتباطی محدودی در روابط خود استفاده کنند، که به دنبال آن ناسازگاری زوج تشدید می‌شود (به نقل از شاه‌محمدی، ۱۳۸۷). این امر نشان‌دهنده وجود رابطه دوطرفه بین فروپاشی خانواده و بدکارکردی جنسی در مصرف مواد است. بنابراین می‌توان گفت افرادی که رضایت و عملکرد جنسی بهتر و بیشتری دارند، در زندگی زناشویی و عملکرد خانواده نیز از رضایت بیشتری برخوردارند (فروتن و جدید میلانی، ۱۳۸۷).

بحث و نتیجه‌گیری

این مقاله تلاش کرد تا رایج‌ترین و بهترین جنبه‌ها را در این حوزه مرور کند. با کمال تعجب درحالی که در بسیاری از جوامع شایعات زیادی رایج است که الکل تأثیرات مثبتی در تقویت عملکرد جنسی دارد، پژوهش‌ها حاکی از آن است که الکل تأثیر منفی بر عملکرد جنسی دارد. این شایعات در مورد مصرف تنباکو و این که مصرف سیگار در تقویت جنسی نقش دارد نیز وجود دارد که در این مورد نیز شواهد حاکی از تأثیر منفی تنباکو و مصرف سیگار بر عملکرد جنسی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تأثیرات جنسی ماری جوانا باعث

به دست آوردن انرژی کاذب می شود. کشف گیرنده های کانابینوئیدی در بافت های حفره ای و ارتباط آن با اطلاعات ویترو این گونه گزارش می کنند که تأثیرات غیر آرام بخش ماری جوانا روی بافت های حفره ای بسیار مخرب است. در ادامه پژوهش ها نشان دادند که اعتیاد از علاقه فرد به تشکیل خانواده می کاهد و منجر به کاهش علاقه جنسی می شود. همچنین میزان تخریب اعتیاد در رابطه با کارکردهای جنسی، بنیادی بوده و اغلب مختل کننده رابطه صمیمانه زوجین است. در نتیجه، اعتیاد موجب دل سردی همسران در زندگی شده و سبب می شود که ابراز محبت کمتری داشته باشند، روابط جنسی و عاطفی خود را به حداقل برسانند و از مهارت های ارتباطی محدودی در روابط خود استفاده کنند، که به دنبال آن ناسازگاری زوج تشدید می شود (به نقل از شاه محمدی، ۱۳۸۷). اساس محکم و پژوهش های بالینی، کلیدی برای فهم سازوکار زیربنایی تأثیرات جنسی مصرف مواد است. سالم سازی زندگی و رابطه زناشویی بی گمان اثرهای مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت و می توان گفت عملکرد خانواده بر عملکرد جامعه تأثیر مستقیم و بسزایی می گذارد (مؤمنی و علیخانی، ۱۳۹۲). بنابراین مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول زندگی زناشویی قرار داشته و سازگاری در روابط جنسی از عوامل مؤثر در خوشبختی محسوب می شود (علیخانی و اسکندری، ۱۳۹۳). آنچه در این مقاله ذکر شد، همگی حاکی از این است که بین بدکارکردی جنسی، اختلافات زناشویی و فروپاشی خانواده در افرادی که مصرف کننده مواد هستند، رابطه متقابل وجود دارد، که پیشنهاد می شود ابتدا راهکارهایی برای پیشگیری از مصرف مواد، با آموزش به مصرف کنندگان و خانواده آنها، و همچنین آگاه ساختن آنان از معایب مصرف مواد و تأثیری که مواد بر عملکرد جنسی و به دنبال آن بر خانواده و فروپاشی آن می گذارد، داده شود. با توجه به مشکلاتی که در عملکرد جنسی ناشی از مصرف انواع مواد به وجود می آید، نوشتن مقاله مروری در زمینه نحوه درمان این مشکلات جنسی که به دلیل مصرف مواد است، نیز پیشنهاد می شود.

منابع

- اسپنس، سوزان (۱۳۸۵). *درمان اختلالات جنسی*. ترجمه توزه جانی، حسن؛ محمدی، مسعود؛ توکلی زاده، جهانشیر و دهگان پور، محمد، تهران: انتشارات پیک فرهنگ.
- جهانفر، شایسته؛ مولایی نژاد، میترا (۱۳۸۴). *درسنامه اختلالات جنسی*. تهران: نشر سالمی، چاپ دوم، صص ۱۱-۸۰.
- داداش زاده، فهیم (۱۳۸۶). نقش عوامل اقتصادی، رضامندی جنسی و عاطفی در گسست خانواده- شهر تهران. *مجله علوم انسانی*، ۱۴(۳)، صص ۳۹-۵۲.
- روشن پژوه، محسن؛ طافی، الهام؛ خدی اردکانی، محمدرضا؛ رضایی، امید (۱۳۸۹). تأثیر درمان نگه‌دارنده با متادون بر عملکرد جنسی فرد وابسته به مواد افیونی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران* ۱۶(۳)، صص ۳۰۲-۳۲۰.
- ساقی، حسین؛ رجایی، علیرضا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ادراک نوجوانان از عملکرد خانواده با سازگاری آنها. *مجله اندیشه و رفتار*، ۳(۱۰)، صص ۷۱-۷۷.
- سید محمدی، یحیی (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5*. مترجم سید محمدی، یحیی، تهران: انتشارات روان.
- شاه محمدی، اعظم؛ درویزه، زهرا؛ پورشهریاری، سیما (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش سازگاری زناشویی همسران معتادان و پیشگیری از برگشت معتادان مرد در شهر اصفهان. *فصلنامه علمی سوءمصرف مواد (اعتیاد پژوهی)*، ۷(۲)، صص ۳-۲۸.
- علیخانی، مصطفی؛ اسکندری، حسین (۱۳۹۳). نظریه پردازی و کشف الگوی فرایند مقابله با اختلالات جنسی آسیب زای منجر به اختلافات زناشویی، *مجله علمی- پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۴(۱)، صص ۱-۱۲.
- فروتن، کاظم و جدید میلانی، مریم (۱۳۸۷). بررسی شیوع اختلالات جنسی در متقاضیان طلاق مراجعه کننده به مجتمع قضایی، *دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۶(۲۸)، صص ۳۹-۴۴.
- ممتازی، سعید (۱۳۸۲). *خانواده و اعتیاد*. زنجان: مهدیس.
- مومنی، خدامراد و علیخانی، مصطفی (۱۳۹۲). رابطه عملکرد خانواده، تمایز یافتگی خود و تب آوری با استرس، اضطراب و افسردگی در زنان متأهل شهر کرمانشاه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۲)، صص ۲۹۸-۳۱۶.
- نادری، فرح؛ افتخار، زهرا؛ ملازاده، صغری (۱۳۸۹). رابطه ویژگی‌های شخصیت و روابط صمیمی همسر با دلزدگی زناشویی در همسران معتادان مرد اهواز. *یافته‌های نو در روانشناسی*، صص ۶۱-۷۸.
- Angst J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *In Clinical Psycho pharmacol.* 13 (6):1-4.
- Argiolas A, Melis MR.(2005). Central control of penile erection: role of the paraventricular nucleus of the hypothalamus. *Journal Prog Neurobiol.* 76:1-21.

- Baldwin D.(2001).Depression and sexual dysfunction. *Journal Br Med Bull.* 57:81–99.
- Bang-Ping J.(2009). Sexual dysfunction in men who abuse illicit drugs: a preliminary report. *Journal Sex Med.* 6:80-1072.
- Bhishagratna KK. The Sushruta Samhita.(1963). *An English translation based on original Sanskrit text.*2nd edition. Varanasi (India): Chowkhamba Sanskrit Series Office.
- Cao S, Yin X, Wang Y, et al.(2013). Smoking and risk of erectile dysfunction: systematic review of observational studies with meta-analysis.*journal PLoS One.* 8(4): e60443.
- Chew KK, Bremner A, Stuckey B, et al.(2009). Alcohol consumption and male erectile dysfunction: an unfounded reputation for risk? *Journal Sex Med.* 6: 1386–94.
- Cocores JA, Miller NS, Pottash AC, et al.(1988).Sexual dysfunction in abusers of cocaine and alcohol.*Am journal Drug Alcohol Abuse.* 14:169–73.
- Cyranowski JM, Bromberger J, Youk A, et al.(2004).Lifetime depression history and sexual function in women at midlife.*journal Arch Sex Behav.*33:539–48.
- Fisher DG, Reynolds GL, Napper LE.(2010). Use of crystal methamphetamine, Viagra, and sexual behavior.*journal CurrOpin Infect Dis.*23:53–6.
- Forrest DW, Metsch LR, LaLota M, et al.(2010). Crystal methamphetamine use and sexual risk behaviors among HIV-positive and HIV-negative men who have sex with men in South Florida. *journal Urban Health.*87:480–5.
- Glina S, Sharlip ID, Hellstrom WJ.(2013). Modifying risk factors to prevent and treat erectile dysfunction. *journal Sex Med.*10:115–9.
- Gratzke C, Christ GJ, Stief CG, et al.(2010). Localization and function of cannabinoid receptors in the corpus cavernosum: basis for modulation of nitric oxide synthase nerve activity.*journal Eur Urol.*57:342–8.
- Halmenschlager G, Rossetto S, Lara GM, et al.(2009). Evaluation of the effects of cigarette smoking on testosterone levels in adult men. *journal Sex Med.* 6: 1763–72.
- Hart TA, Moskowitz D, Cox C, et al.(2012). The cumulative effects of medication use, drug use, and smoking on erectile dysfunction among men who have sex with men. *journal Sex Med.* 9(4):1106–13.
- He J, Reynolds K, Chen J, et al.(2007).Cigarette smoking and erectile dysfunction among Chinese men without clinical vascular disease.*Am journal Epidemiol.*166:803–9.
- Henderson DJ, Boyd CJ, Whitmarsh J.(1995).*Women and illicit drugs: sexuality and crack cocaine.* Health Care Women Int.16:113–24.
- Hirshfield S, Remien RH, Walavalkar I, et al.(2004). Crystal methamphetamine use predicts incident STD infection among men who have sex with men recruited online: a nested case-control study. *journal Med Internet Res.* 6:e41.
- Jansen KL, Theron L.(2006). Ecstasy (MDMA), methamphetamine, and date rape (drug-facilitated sexual assault): a consideration of the issues. *journal Psychoactive Drugs.* 38:1–12.
- Kall KI.(1992). Effects of amphetamine on sexual behavior of male i.v. drug users in Stockholm—a pilot study.*journal AIDS Educ Prev.* 4:6–17.
- Kennedy S, Fulton K, Bagby R, et al.(2006).Sexual function during bupropion or paroxetine treatment.*Can journal Psychiatry.*51:45–52.
- Maxwell JC.(2005).Emerging research on methamphetamine. *journalCurrOpin Psychiatry.*18:235–42.

- Mckay A. (2005). Sexuality and substance use: the impact of tobacco, alcohol, and selected recreational drugs on sexual function. *Can journal Hum Sex*. 14:47-56.
- Melis MR, Succu S, Mascia MS, et al. (2004). Antagonism of cannabinoid CB1 receptors in the paraventricular nucleus of male rats induces penile erection. *Journal Neurosci Lett*. 359:17-20.
- Melis MR, Succu S, Mascia MS, et al. (2006). The cannabinoid receptor antagonist SR 141716A induces penile erection in male rats: involvement of paraventricular glutamic acid and nitric oxide. *journal Neuropharmacology*. 50:219-28.
- Mireku-Boateng AO, Tasié B. (2001). Priapism associated with intracavernosal injection of cocaine. *Journal Urol Int*. 67:109-10.
- Munro S, Thomas KL, Abu-Shaar M. (1993). Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. *journal Nature*. 365:61-5.
- Okulate G, Olayinka O, Dogunro AS. (2003). Erectile dysfunction: prevalence and relationship to depression, alcohol abuse and panic disorder. *Journal Gen Hosp Psychiatry*. 25:209-13.
- Palha AP, Esteves M. (2002). A study of the sexuality of opiate addicts. *journal Sex Marital Ther*. 28(5):427-37.
- Palha AP, Esteves M. (2008). Drugs of abuse and sexual functioning. *journal Adv Psychosom Med*. 29:131-49.
- Peugh J, Belenko S. (2001). Alcohol, drugs and sexual function: a review. *Journal Psychoactive Drugs*. 33(3):223-32.
- Rawson RA, Washton A, Domier CP, et al. (2002). Drugs and sexual effects: role of drug type and gender. *Journal Subst Abuse Treat*. 22:103-8.
- Roberts LJ, Finch PM, Pullan PT, et al. (2002). Sex hormone suppression by intrathecal opioids: a prospective study. *Clinjournal Pain*. 18:144-8.
- Russell K, Dryden DM, Liang Y, et al. (2008). *Risk factors for methamphetamine use in youth: a systematic review*. BMC Pediatr. 8:48.
- SadockBJ, Sadock VA. (2007). *Abnormal Sexuality and Sexual Dysfunctions. In: Synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. p. 689-705.
- Safi, A. (2002). [Normal household (persian)]. 2nd ed. Tehran; *Parents and teachers association* IRIB 11-23.
- Shah J. (2002). Erectile dysfunction through the ages. *journal BJU Int*. 90:433-41.
- Shamloul R. (2010). Natural aphrodisiacs. *journal Sex Med*. 7(1 Pt 1):39-49.
- Shamloul R, Ghanem H. (2013). Erectile dysfunction. *journal Lancet*. 381:153-65.
- Smith GE. (1974). *Papyrus Ebers. English translation*. Chicago: Ares Publishers.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. (2005). SOGC clinical practice guidelines. The detection and management of vaginal atrophy. *Int journal Gynaecol Obstet*. 88:222-8.
- UNODC. (2010). *World drug report*. Vienna, Austria: United Nations Publication. p. 198.
- Warner EA. (1993). Cocaine abuse. *journal Ann Intern Med*. 119(3):226-35.
- Weatherby NL, Shultz JM, Chitwood DD, et al. (1992). Crack cocaine use and sexual activity in Miami, Florida. *Journal Psychoactive Drugs*. 24:373-80.
- Wolf R, Schulman A. (1996). Erectile dysfunction and fertility related to cigarette smoking. *Journal Eur Acad Dermatol Venereol*. 6:209-16.
- Zaazaa A, Bella A, Shamloul R. (2013). Drug Addiction and Sexual Dysfunction. *journal Endocrinol Metab Clin N Am*. 42:585-592.