

مقایسه شیوع اختلال کارکرد جنسی در زنان متأهل دارای نشانگان اختلالات شخصیت خوشه ب و زنان متأهل فاقد اختلال شخصیت شهر تهران

الهه مهدی^۱، اصغر میرمحرابی^۲، دکتر رضا قربان جهرمی^{۳*}، زهرا ذبیحی فرد^۴

۱. کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

asuostat@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

asgharmirmehrabi.official@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

rrghorban@gmail.com

۴. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

zabihifard.zahra@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۵/۷]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۴/۱۳]

چکیده

اختلال کارکرد جنسی از مشکلات شایع جنسی است که دارای اتیولوژی متعددی بوده و اختلالات روان‌پزشکی نقش مهمی در شکل‌گیری آن دارند. این مقاله با هدف مقایسه شیوع اختلال کارکرد جنسی در زنان متأهل دارای نشانگان اختلالات شخصیت خوشه ب و افراد فاقد اختلال شخصیت انجام شد. پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. به همین منظور ۱۰۰۰ نفر از زنان متأهل شهر تهران در شش ماهه نخست سال ۱۴۰۰ پایش شدند که ۱۴۵ نفر دارای نشانگان اختلالات شخصیت خوشه ب بودند که ۵۶ نفر از ایشان به روش در دسترس به‌عنوان نمونه داری اختلال انتخاب شدند و داده‌های ۲۰ نفر از افراد فاقد اختلال نیز به‌عنوان گروه مقایسه تحلیل شد. از پرسشنامه‌های میلون (MCMI3)، اختلال عملکرد جنسی زنان (FSFI) و مردان (IIEF) برای گردآوری داده‌ها استفاده گردید. داده‌ها به روش آنالیز واریانس یک-طرفه و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. میانگین کارکرد جنسی در زنان متأهل فاقد اختلال شخصیت بیشتر از میانگین کارکرد جنسی در زنان متأهل دارای اختلالات شخصیت مرزی، نمایشی و خودشیفته بود ($P < 0/05$). میانگین کارکرد جنسی در زنان متأهل فاقد اختلال شخصیت تفاوت معناداری با زنان متأهل دارای اختلالات شخصیت ضداجتماعی نداشت ($P = 0/333$). نتایج یافته‌ها حاکی از آن بود که اختلال کارکرد جنسی در زنان متأهل دارای اختلالات شخصیت خوشه ب بیشتر از زنان متأهل فاقد اختلال شخصیت است. لذا به متخصصان حوزه روان‌درمانی پیشنهاد می‌شود در تشخیص و درمان اختلال کارکرد جنسی زنان، به نقش اختلالات شخصیت و مسئله همبودی توجه داشته باشند.

واژگان کلیدی: اختلال کارکرد جنسی، اختلال شخصیت، خوشه ب، زنان متأهل، غربالگری.

۱- مقدمه

شخصیت^۱ مجموعه‌ای سازمان‌یافته و پویا از الگوهای باثبات و پایدار تفکر، هیجان و رفتار است که سبک تعامل و سازگاری فرد را با محیط رقم می‌زند و منجر به پیش‌بینی رفتار وی می‌شود (Stoffers-Winterling, Völlm & Lieb, 2021) و اختلال شخصیت^۲، گروه نامتجانسی از الگوهای پایدار و بادوام از تجربیات درونی و رفتار است که به‌طور قابل توجهی از انتظارات فرهنگی فرد انحراف داشته، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر بوده و در طول زمان دارای ثبات است و منجر به پریشانی هیجانی بادوام در فرد مبتلا و یا اطرافیانش می‌گردد (Tannenbaum & Rodzen, 2021). اختلالات شخصیت معمولاً پیامد تعاملات پیچیده بین ژنتیک فرد و محیط هستند (French & Shrestha, 2019) که نقطه شروع آن نوجوانی یا اوایل جوانی بوده (حکیم‌نیا و رافضی، ۱۴۰۰) و در محدوده وسیعی از موقعیت‌های اجتماعی و شخصی مشاهده می‌شود و کیفیت زندگی و کار فرد و روابط بین فردی وی را با مشکل روبرو می‌کنند و آشفته‌گی قابل توجه یا نقص در عملکرد شغلی یا دیگر حیطه‌های مهم زندگی را رقم می‌زند (Martin, Graziani & Del-Monte, 2021). اختلالات شخصیت یک نابهنجاری شایع و مزمن روانی است که علائم آن طی چند دهه ظاهر شده (Black, 2021) و عاملی زمینه‌ساز برای بروز سایر اختلالات روانی محسوب می‌شود (Tannenbaum & Rodzen, 2021؛ قاندي، ۱۳۹۵) و در طبقه‌بندی مربوط به اختلالات روانی که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳ انجام شده، در محور شماره ۲ قرار گرفته و شیوع آن ۱۰ تا ۲۰ درصد از جمعیت عمومی تخمین زده شده است (Sadock, 2015). درمان اختلالات شخصیت به دلیل عدم بینش مبتلایان به وجود بیماری در خود، بسیار مشکل است (French & Shrestha, 2019)؛ به‌گونه‌ای که احتمال دارد مبتلایان به این اختلالات تا آخر عمر بهبود نیابند (Stoffers-Winterling et al., 2021). علائم اختلالات شخصیت، برون‌دگرسازی است یعنی می‌تواند محیط بیرونی خود را تغییر دهد و بر نیازهای خود منطبق سازد (Martin et al., 2021) و از طرف دیگر همخوان است؛ یعنی برای ایگو قابل قبول و پذیرفتنی است و فرد از بابت رفتار غیرانطباقی خود احساس اضطراب نمی‌کند (Black, 2021).

انواع مختلفی از اختلالات شخصیت وجود دارند که بر اساس مشخصه‌ها و علائم مشابه در سه خوشه^۴ کلی گروه‌بندی می‌شوند؛ خوشه اول با شک، خوشه دوم با هیجان‌ها و تکانه‌ها و خوشه سوم با اضطراب مرتبط هستند (Nenadić, 2021). خوشه دوم یا خوشه ب شامل چهار اختلال مرزی^۵، نمایشی^۶، خودشیفته^۷ و ضداجتماعی^۸ است که افراد مبتلا به این اختلالات اغلب هیجانی، نامتعادل، دمدمی و متلون هستند (زارعی، رحیمیان بوگر، معاضدیان و جهان، ۱۳۹۹) و بیشترین مشکل را در روابط دارند (Grauvogl, Pelzer, Radder & van Lankveld, 2018). در مروری سیستماتیک و فراتحلیل، شیوع اختلالات شخصیت ۷/۸ درصد و شیوع اختلالات شخصیت خوشه ب ۳/۷ درصد گزارش شده است (Winsper, Bilgin, Thompson, Marwaha, Chanen, Singh & et al., 2020) اما میزان شیوع هر یک از اختلالات در این خوشه متفاوت است؛ به گزارش پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۹، اختلال شخصیت مرزی دارای نرخ شیوع بالای ۲۰-۱۰ درصد در جمعیت بالینی و ۲-۱ درصد در جمعیت عمومی می‌باشد و در زنان شایع‌تر از مردان است. اختلال شخصیت نمایشی دارای نرخ شیوع بالای ۱۵-۱۰ درصد در جمعیت بالینی و ۳-۱ درصد در جمعیت عمومی می‌باشد و در زنان شایع‌تر از مردان است. اختلال شخصیت خودشیفته دارای نرخ شیوع بالای ۱۶-۲ درصد در جمعیت بالینی و ۶-۱ درصد در جمعیت عمومی می‌باشد و در مردان شایع‌تر از زنان است. اختلال شخصیت ضداجتماعی نیز دارای

1. Personality
2. Personality Disorder
3. American Psychiatry Association
4. Cluster
5. Borderline Personality Disorder (BPD)
6. Histrionic Personality Disorder (HPD)
7. Narcissistic Personality Disorder (NPD)
8. Antisocial Personality Disorder (ASPD)
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

نرخ شیوع بالای ۳۰-۳ درصد در جمعیت بالینی و ۰/۲-۳ درصد در جمعیت عمومی می‌باشد و در مردان شایع‌تر از زنان است (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹).

رفتارهای کم‌عمق و سطحی، احساسات پررنگ و افراطی و نامتعادل و دمدمی بودن در رابطه از ویژگی‌های اصلی اختلالات شخصیت خوشه ب بوده (Smith, Jarnecke & South, 2020) که بر روابط نزدیک و عاطفی فرد تأثیر می‌گذارد (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹). عدم ثبات احساسی و نوسانات خلقی، خودزنی و خودآزاری، عکس‌العمل‌های شدید و نامتناسب، تنوع‌طلبی، رفتارهای پرخطر، عدم همدلی، شفقت و درک طرف مقابل، نوسانات خلقی شدید، تعدد روابط و روابط متزلزل، ترس از مورد انتقاد قرار گرفتن و طرد شدن، رفتار تکانشی، هیجان‌ناپایدار و غیرقابل کنترل، بی‌توجهی، رقابت‌جویی، سلطه‌طلبی، انتقاد شدید، پرخاشگری، عدم احساسات و هیجان‌ عمیق، واکنش‌های افراطی و اغراق‌آمیز، بی‌رحمی، تکبر، خودبزرگ‌بینی، خشونت و ضرب و شتم و فحاشی توأم با عدم احساس پشیمانی، روابط موازی، فرازناشویی و خیانت از شایع‌ترین نشانه‌های اختلالات شخصیت خوشه ب است که بیشترین تأثیر را در روابط عاطفی و جنسی این افراد خواهد داشت (Trfiu, Neacşa, Neagoe, Rodríguez-Seijas, Morgan & Zimmerman, 2021; Münch, Walter & Müller, 2020; Frías, Palma, Farriols & González, 2016؛ شادرا، دهقانی، حیدری و محمودعلی‌لو، ۲۰۲۱؛ گودینی، ۱۳۹۵) و رابطه‌ای چالش برانگیز و پرآشوب را برای آنان رقم خواهد زد (Grauvogl, Pelzer, Radder, 2018; van Lankveld, 2018). افراد مبتلا به اختلالات شخصیت خوشه ب در برقراری ارتباط صمیمانه دچار مشکل هستند (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹) و مهم‌ترین قربانی، همسران آن‌ها خواهند بود (Smith et al., 2020). این افراد به همسر خود نگاه ابزاری داشته و وی را در حاشیه قرار داده و به نیازهای وی بی‌توجه خواهند بود (Williams, Casini, Moselli, Frattini & Ronningstam, 2021). در بسیاری از مواقع، ضعف‌های همسر خود را شناسایی کرده و از آن‌ها برای اعمال فشار استفاده خواهند نمود (Day, Townsend & Grenyer, 2020). رابطه با افراد مبتلا به اختلالات شخصیت خوشه ب با احساس نامنی و فریب‌خوردگی همراه بوده و همواره احساس می‌شود که وی در حال دروغ گفتن یا بزرگنمایی و اغراق است و واقعیت را تحریف می‌کند (Gewirtz-Meydan, 2017). امتناع از پذیرش مسئولیت و انتقادناپذیری، از دیگر آسیب‌های رابطه با این افراد است که مانع از صمیمیت شده و روابط جنسی این افراد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (Liu & Zheng, 2020؛ ذبیحی‌فرد و صلاحیان، ۱۴۰۰).

کارکرد جنسی^۱ مناسب یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی و حفظ روابط صمیمانه رضایت‌بخش محسوب می‌شود که شامل عوامل فیزیولوژیکی، روانی- اجتماعی، تکامل و پاسخ جنسی است (رستمی دوم و رضانی تهرانی، ۱۳۹۸) به‌گونه‌ای که نارسایی‌های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی دارد (ایران‌دوست، ملیحی‌الذاکرینی، سهرابی اسمرد و آهی، ۱۳۹۷). سلامت جنسی یک مفهوم گسترده است که نیازمند یک رویکرد مثبت و محترمانه نسبت به روابط جنسی است (بشارت‌مهر و صلاحیان، ۱۴۰۰). داشتن تجارب جنسی لذت‌بخش و بی‌خطر، بدون اجبار، تبعیض و خشونت برای رسیدن به سلامت جنسی و حفظ آن ضروری است، همچنین در صورت سلامت جنسی، حقوق جنسی همه افراد باید مورد احترام قرار گرفته، محافظت شده و برآورده شود (World Health Organization, 2006).

بدکارکردی جنسی پدیده‌ای شایع در بین جمعیت نرمال است؛ به‌طوری‌که در ایالات‌متحده زندگی جنسی حدوداً ۳۱ درصد از مردان و ۴۳ درصد از زنان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (Chen, Bhambhvani, Kasman & Eisenberg, 2021؛ Bhambhvani, Chen, Kasman, Wilson-King, Enemchukwu & Eisenberg, 2021). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی- روانی ویرایش پنجم^۲، اختلال کارکرد جنسی که به ۱۰ اختلال مرتبط با تغییر در میل یا کارکرد جنسی تقسیم می‌شود، به‌عنوان اختلالی در

1. Sexual Function

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV)

چرخه پاسخ جنسی یا درد هنگام رابطه جنسی تعریف شده است. بر این اساس، معیار اختلال کارکرد جنسی ناتوانی برای شرکت در رابطه جنسی دلخواه عنوان شده است؛ به طوری که این اختلالات ممکن است نشانه‌ای از مشکلاتی با منشأ زیست‌شناختی^۱ یا تعارضات درون روانی یا بین فردی یا ترکیبی از این عوامل باشد (افشاری، نیک‌بینا و نجار، ۱۳۹۷). در ایران، در مطالعه‌ای میزان شیوع اختلال کارکرد جنسی مردان حدود ۳۱-۱۴ درصد (رستمی دوم و رضانی تهرانی، ۱۳۹۸) و در مطالعه دیگری میزان شیوع اختلال کارکرد جنسی زنان بین ۳۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است (برآبادی، آگاه، قسامی، رحیمی و اکرمی، ۱۳۹۷). همچنین مطالعه دیگری نشان داده که ۵۲-۱۰ درصد از مردان و ۶۳-۲۵ درصد از زنان دچار اختلال کارکرد جنسی هستند (ناصری، رئیس، قائلی، امینی، یحیوی، عرب‌خردمند و همکاران، ۱۳۹۶).

شایع‌ترین بدکارکردی جنسی در مردان بدکارکردی نعوظ و انزال زودرس به‌ویژه در سنین بالاتر و شایع‌ترین بدکارکردی جنسی زنان که توسط حدوداً یک‌سوم آنان گزارش شده، کاهش میل جنسی به‌ویژه در سنین بالاتر است (McCabe, Sharlip, Lewis, Atalla, Balon, Fisher et al., 2016). چنانکه مشاهده می‌شود در ایران اختلال کارکرد جنسی بطور معناداری در زنان شایع‌تر از مردان است (دماری، و اکرمی، ۱۴۰۰ و مهدیزادگان، برکت، و گل پرور، ۱۳۹۵) که این نتیجه همسو با گزارشات جهانی پیرامون میزان شیوع این اختلال در زنان و مردان است (Chew, Choy, Sidi, Abdullah, Che Roos, Salleh Sahimi & et al., 2021; Lafortune, Girard, Dussault, Philibert, Hébert, Boislard & et al., 2023; Lew-Starowicz & Czajkowska, 2022). در این راستا نتایج مطالعه‌ای در ایران حاکی از آن بود که شیوع کلی اختلالات عملکرد جنسی زنان ایران ۴۳/۹ درصد است که شایع‌ترین بدکارکردی به ترتیب مربوط به؛ میل جنسی ۴۲/۷ درصد، درد جنسی ۴۰/۱ درصد، تحریک روانی ۳۸/۵ درصد، رطوبت جنسی ۳۰/۶ درصد، ارگاسم ۲۹/۲ درصد و رضایت جنسی ۲۱/۶ درصد می‌باشد (رنجبران، چیدری و مطوری پور، ۱۳۹۴). نتایج مطالعه دیگری در ایران نیز نشان داد که شیوع کلی اختلالات عملکرد جنسی زنان ایران ۳۱ درصد بوده که بر این اساس شیوع درد جنسی ۴۵/۵ درصد، شیوع کمبود میل جنسی ۳۳ درصد، شیوع اختلال ارگاسم ۲۵ درصد و شیوع اختلال در تحریک جنسی ۱۶/۵ درصد بود (مزینانی، اکبری مهر، کراسکیان و کاشانیان، ۱۳۹۱). اتیولوژی اختلالات کارکرد جنسی در زنان متعدد بوده و ناشی از تعامل فاکتورهای بیولوژیکی، اجتماعی و بالانحص روانی می‌باشد (احمدی، طهماسبی، نوروزی و اکبری‌زاده، ۱۴۰۱). این یافته‌ها ضرورت پرداختن به اختلال کارکرد جنسی در زنان را به مراتب پراهمیت‌تر می‌نماید.

همچنین نتایج پژوهش‌ها گویای شیوع بالای بدکارکردی‌های جنسی در بین افرادی است که اختلالات روانی دارند؛ بالانحص افراد مبتلا به اختلالات شخصیت و به‌ویژه افرادی که از داروهای روان‌پزشکی استفاده می‌کنند (هروی و صلاحیان، ۱۴۰۰؛ قاعدی، ۱۳۹۵). علی‌رغم آنکه نقش ابعاد و اختلالات شخصیت در سبب‌شناسی و تداوم اختلالات کارکرد جنسی هنوز به شکلی منظم مورد بررسی قرار نگرفته، باین‌حال نتایج معدود پژوهش‌های انجام شده مبین آن است که افرادی که دارای اختلالات شخصیتی هستند، بدکارکردی‌های جنسی مختلفی را، از بی‌قیدوبندی در روابط جنسی گرفته تا پرهیز و اجتناب از داشتن رابطه جنسی، تجربه می‌کنند (Grauoglu et al., 2018).

با توجه به تأثیر انکار ناشدنی کارکرد جنسی مطلوب بر جنبه‌های مختلف زندگی، پرداختن به آن ضرورت می‌یابد. شیوع بالای این اختلالات در زنان نیز بر ضرورت پرداختن به این موضوع می‌افزاید. از طرف دیگر، نظر به آن‌که اختلالات شخصیت زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات اجتماعی و بیماری‌های محور یک هستند و ماهیتی مقاوم به درمان‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی دارند و نیز شیوع بالای اختلالات شخصیت خوشه ب، مطالعه بیشتر در این زمینه ضروری می‌نماید. درحالی‌که علی‌رغم شیوع بالا و ماهیت تأثیرگذار

اختلالات کارکرد جنسی زنان در کیفیت زندگی فردی و اجتماعی، مطالعات اندکی در زمینه محتوای روانی، فیزیولوژیکی و فرهنگی اختلال کارکرد جنسی زنان در ایران صورت گرفته است و علی‌رغم وجود شواهدی که مبین بروز خلل در روابط، بالاخص روابط جنسی افراد مبتلا به اختلال شخصیت خوشه ب وجود دارد، تاکنون پژوهشی با محوریت مقایسه میزان شیوع اختلال کارکرد جنسی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت خوشه ب و زنان فاقد اختلال شخصیت صورت نگرفته و خلأ پژوهشی در این زمینه به‌وضوح احساس می‌شود. در این راستا پژوهش حاضر درصدد «مقایسه میزان شیوع اختلال کارکرد جنسی در زنان متأهل دارای اختلالات شخصیت خوشه ب و زنان فاقد اختلال شخصیت» انجام شد.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

بی‌تردید شخصیت یکی از بحث‌های عمده و محوری روانشناسی و هدف نهایی همه بررسی‌های مربوط به انسان است. کلیت مفهوم شخصیت و پیچیدگی آن موجب شده که تعاریف مختلفی از آن ارائه شود. شخصیت از واژه لاتین پرسونا^۱ گرفته شده است که به نقابی اشاره دارد که هنرپیشه‌ها در نمایش به صورت خود می‌زنند (Latzman & Verbeke, 2023). در لغت‌نامه واران^۲ تعریف شخصیت چنین آمده است: «شخصیت به جنبه‌های عقلی، عاطفی، انگیزشی و فیزیولوژیک یک فرد گفته می‌شود». آلپورت از محققین بزرگ در زمینه شخصیت معتقد است که شخصیت «سازمان پویایی از نظام‌های جسمی- روانی در درون است که رفتار و افکار ویژه او را تعیین می‌کند» (Stoffers-Winterling, Völlm & Lieb, 2021). بطور کلی شخصیت را می‌توان بصورت مجموعه‌ای سازمان‌یافته و پویا از الگوهای باثبات و پایدار تفکر، هیجان و رفتار تعریف کرد که سبک تعامل و سازگاری فرد را با محیط رقم می‌زند و منجر به پیش‌بینی رفتار وی می‌شود (Mulay, Lenger, Waugh, Cain, Florimbio, Gottfried & et al., 2023).

اختلال در لغت به معنی بی‌نظمی، آشفتگی و بهم‌ریختگی می‌باشد که به الگوهای تصادفی، نامنظم و آشفته اشاره می‌کند. در روانشناسی اختلال به مشکلات ناشی از یک بیماری گفته می‌شود که در قسمتی از ذهن یا بدن و عملکرد آن‌ها مشکل ایجاد می‌کند (French & Shrestha, 2019). آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی انجمن روانپزشکی آمریکا، اختلال روانی را به عنوان سندرمی تعریف می‌کند که باعث نابسامانی قابل توجه در رفتار، احساسات و شناخت را به همراه دارد و عملکرد فرد را در زندگی فردی، خانوادگی و شغلی دچار مشکل می‌کند و بر روابط اجتماعی فرد تأثیر منفی می‌گذارد. از جمله رایج‌ترین و شناخته شده‌ترین اختلالات روانی عبارتند از؛ اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلالات روان‌پریشی، اختلالات خوردن، اختلالات وسواس، اختلالات اعتیاد، اختلالات شخصیت و ... (حکیم‌نیا و رافضی، ۱۴۰۰).

چنانکه گفته شد اختلالات شخصیت یکی از رایج‌ترین نوع اختلالات روانی هستند؛ اختلالات شخصیت حالت‌هایی هستند که فرد را در طول زندگی خود تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ اختلال شخصیت شامل الگوی عمیق و پایدار از تجربه و رفتار درونی می‌باشد که از ابتدای نوجوانی در فرد ظاهر می‌شود و بطور قابل ملاحظه‌ای از انتظارات فرهنگی فرد حداقل در دو مورد از موارد شناخت، خلق، کارکردهای بین فردی یا کنترل تکانه انحراف داشته باشد. الگوی شخصیتی نامنعطف و در طول طیفی از موقعیت‌های شخصی یا اجتماعی فراگیر است. اختلالات شخصیت در محور دوم تشخیص راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی قرار می‌گیرند (Mulay et al., 2023).

انواع مختلفی از اختلالات شخصیت وجود دارند که بر اساس مشخصه‌ها و علائم مشابه در سه خوشه کلی گروه‌بندی می‌شوند؛ خوشه دوم یا خوشه ب شامل اختلالات؛ مرزی، نمایشی، خودشیفته و ضداجتماعی است. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب هیجانی،

نامتعادل، دمدمی و متلون هستند و بیشترین مشکل را در روابط دارند. در ادامه به بررسی جزئیات مربوط به هر یک از این اختلالات می‌پردازیم:

مشخصه اصلی اختلال شخصیت مرزی پارانرژی بودن، نترس بودن، پرخاشگری نامتناسب، آشوب و مزاحمت، بی‌ثبات و تکانشی بودن، روابط جنسی آشفته، اعمال خودکشی و رفتارهای جرح، مشکلات هویتی، دودلی و دوسوگرایی و کسالت است. شخصیت‌های مرزی در مرز روان‌رنجور^۱ و روان‌پریش^۲ قرار دارند که علائم روان‌پریشی آن‌ها تقریباً همیشه محدود و گذرا است (آهنگی، اسکندری، برجعلی و عسگری، ۱۴۰۲). مشخصه بارز آن‌ها ناپایداری خلق، حالات عاطفی، رابطه با واقعیت، روابط ابژه و خودانگاره است بگونه‌ای که نظر می‌رسد این افراد همیشه در بحران به سر می‌برند (Bornstein, Becker-Matero, Winarick & Reichman, 2010). چرخش‌های سریع خلق، رفتار غیرقابل پیش‌بینی، خودزنی‌های مکرر، همزمان بودن احساس خصومت، وابستگی و روابط بین فردی آشفته و بهم ریخته، تکانشی بودن، احساس مزمن پوچی، بی‌حوصلگی و کسالت، فقدان احساس هویت، تفکر صفر و صدی و به دنبال آن دوپاره‌سازی در روابط بین فردی و خودکشی از خصوصیات بارز این افراد است (Pavanello Decaro, Di Sarno, Anzani, Di Pierro & Prunas, 2021). اختلال شخصیت مرزی از جدی‌ترین اختلالات روان‌پزشکی بوده و از چند نظر حائز اهمیت است؛ از یک‌سو تشخیص این اختلال بسیار چالش‌برانگیز است (Frías et al., 2016) و از سوی دیگر در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دامنه وسیع پریشانی در روابط بین فردی کارایی فرد را به شدت کاهش داده و باعث ایجاد ناراحتی و پریشانی‌های گسترده‌تر نسبت به سایر اختلالات شخصیت می‌شود (Rodriguez-Seijas et al., 2021)، همچنین این اختلال فراگیرتر از یک آسیب درون فردی منفرد نمایان شده و اطرافیان فرد مبتلا نیز دچار اختلالات روانشناختی من جمله اختلالات خلقی می‌شوند (عسگری زاده، هونجانی، دهقانی و قنبری، ۱۴۰۲)، هم‌بودی و پیش‌آگهی این اختلال با سایر اختلالات روانشناختی نیز بر اهمیت تشخیص و کنترل شخصیت‌های مرزی افزوده است (آهنگی و همکاران، ۱۴۰۲). روابط بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز مختل است چون همه افراد را یا خوب مطلق می‌پندارند یا بد مطلق؛ یعنی افراد به نظر آن‌ها یا حامی هستند و لذا باید به آن‌ها دل بست یا منفور و آزارگر هستند و احساس امنیت آن‌ها را مختل می‌کنند. نتیجه این تفکر دو نیم‌سازی است که بیمار افراد را یا آرمانی می‌بیند و یا به کلی فاقد ارزش.

مشخصه اصلی اختلال شخصیت نمایشی بی‌ثباتی هیجانی، هیجان‌پذیری، بیش‌واکنش‌دهی، خودبینی، ناپختگی، وابستگی، ابراز نمایشی خود، توجه‌طلبی و اغواگری است. شخصیت‌های نمایشی دارای رفتار بیش از حد نمایشی و توجه‌طلبانه با احساساتی دراماتیک و اغواگرانه هستند (Trfiu et al., 2021). افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی تحریک‌پذیر و هیجانی و رفتاری پرنرنگ و لعاب، نمایشی و برون‌گرایانه دارند اما علی‌رغم رفتار متظاهرانه و پر زرق و برقی که دارند اغلب نمی‌توانند وابستگی عمیقی را به مدت طولانی حفظ کنند (Bahmani, Fallah-Neudehi, Ebadi & Faghihi, 2023). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی رفتار توجه‌طلبانه بسیار زیادی از خود نشان می‌دهند. آن‌ها در افکار و احساسات خود اغلب مبالغه می‌کنند و هر چیز ساده‌ای را مهم‌تر از آنچه در واقع هست جلوه می‌دهند (صالحیان و مرادی، ۱۴۰۲). اگر کانون توجه واقع نشوند یا تحسین و تایید نشوند تندخو می‌شوند، گریه کرده و دیگران را ملامت می‌کنند و به آن‌ها افتراق‌های ناروا می‌زنند. رفتار اغواگرانه در اینگونه بیماران از هر جنسی که باشند، شایع است (Trfiu et al., 2021). پرداختن به تخیلات جنسی در مورد افرادی که با آن‌ها رابطه دارند در این‌ها شایع است ولی این تخیلات را همیشه بر زبان نمی‌آورند و به عوض اینکه از نظر جنسی پرخاشگر باشند، عشوهرگر هستند (Stead, Brewer, Gardner & Khan, 2022). این بیماران ممکن است که به کج‌کاری روانی جنسی مبتلا باشند. نیاز آن‌ها به مطمئن ساختن خود تمامی ندارد با این حال روابط آن‌ها اغلب سطحی است و ممکن است افرادی مغرور، غرق در خود و دمدمی مزاج باشند (Yalch,

1. Neurosis
2. Psychosis

(Watters, Mehta, Dawood & Schroder, 2023). نیازهای بسیار شدید آن‌ها به وابستگی باعث می‌شود که زود به هرکسی اعتماد کنند و خیلی راحت فریب بخورند. این افراد اگر تحت فشار روانی قرار گیرند حس واقعیت‌سنجشان به راحتی مختل می‌شود (صالحیان و مرادی، ۱۴۰۲). فقدان یا کاهش میل جنسی، ناسازگاری جنسی، مشکل در ارگاسم و فقدان رضایت از روابط جنسی مهم‌ترین بدکارکردی‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی است.

شخصیت‌های خودشیفته دارای دیدگاهی پرطمطراق در مورد توانایی‌های خود، خیال‌پردازی‌هایی راجع به موفقیت‌های بزرگ و نیاز به توجه مداوم و ستایش بیش از حد هستند (ارجمند، میرقاسمی و نعیمی، ۱۴۰۰). شخصیت‌های خودشیفته در ظاهر خودوالایی چشمگیر، خودشیفتگی و خیالات مربوط به موفقیت نامحدود دارند اما این ویژگی‌ها در حقیقت عزت نفسی بسیار شکننده را پنهان می‌کند (Williams et al., 2021). این افراد انتظار دارند بدون کسب دستاورد خاصی از سوی دیگران تحسین شوند و شکست در دریافت این تحسین‌های خارجی منجر به ملال، خلاً و بی‌قراری در آن‌ها می‌شود. در عین حال این افراد وابستگی در روابط را تقبیح کرده و به خاطر خودکفا بودن به خود می‌بالند (ذبیحی‌فرد و صلاحیان، ۱۴۰۰). خودشیفتگی بالا پرخاشگری را افزایش می‌دهد (Day, Townsend & Grenyer, 2020)، روابط بین فردی را مختل می‌کند و با کاهش رضایت و کیفیت زندگی (Martin, Walcott, Clarke, Barton & Hickling, 2013). افزایش سطح خودشیفتگی در افراد به مشکلات اجتماعی مانند تجاوز و خشونت منجر شده (نینادیک، ۲۰۲۱) و منجر به کاهش لذت واقعی می‌گردد (Gewirtz-Meydan, 2017). افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته در برقراری ارتباط میان فردی دچار مشکلاتی می‌شوند من جمله روابطی که با تجربیات جنسی مرتبطاند (Liu & Zheng, 2020) لذا این افراد در برقراری رابطه دوستانه و خصوصاً رابطه جنسی بسیار مشکل‌پسند هستند (ذبیحی‌فرد و صلاحیان، ۱۴۰۰). مشکلات بین فردی، مشکلات شغلی، طرد و از دست دادن محبت دیگران از جمله فشارهای روانی شایعی است که خودشیفته‌ها با رفتارشان برای خودشان ایجاد می‌کنند.

شخصیت‌های ضداجتماعی دارای الگوهای بازگشت‌کننده رفتار ضداجتماعی، متخلفانه و جنایتکارانه و نیز الگوی فراگیر بی‌توجهی به حقوق دیگران، علائم اختلال سلوک در کودکی و نوجوانی، رفتار غیرمسئولانه، پرخاشگرانه و تکانشی هستند (Münch et al., 2020). این افراد ناتوان از تن دادن به هنجارهای اجتماعی هستند بطوریکه جنبه‌های متعددی از رفتارشان تحت تاثیر این ناتوانی قرار می‌گیرد (Fonagy, Yakeley, Gardner, Simes, McMurran, Moran et al., 2020). بیماران دچار اختلالات شخصیت ضد اجتماعی اغلب ظاهری طبیعی و حتی گرم و دوست داشتنی دارند اما در سابقه آن‌ها مختل بودن حوزه‌های بسیاری از کارکردهای زندگی‌شان دیده می‌شود (Marzilli, Cerniglia & Cimino, 2021). این افراد از حس واقعیت‌سنجی بسیار بالایی برخوردارند و دیگران را تحت تاثیر جنبه‌های مبالغه‌آمیز و اغفال‌گرانه شخصیت خود و هوش کلامی خوبی که دارند قرار می‌دهند (Smith et al., 2020). همچنین بعضی افراد با اختلال شخصیت ضداجتماعی دارای تفاوت‌های بسیار جزئی در ساختمان مغزشان و روش‌های عمل بعضی از مواد شیمیایی در مغزشان هستند با این حال تصویربرداری مغز یا تست خون برای اختلالات شخصیتی وجود ندارد.

اختلال در عملکرد جنسی ناتوانی در پاسخ به محرک جنسی یا تجربه درد در طول فعالیت جنسی است و با اختلال در حس ذهنی لذت یا میل همراه با فعالیت جنسی یا اختلال در عملکرد عینی تعریف می‌شود (Lew-Starowicz and Czajkowska, 2022). در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی کژکاری جنسی زنان شامل؛ اختلال میل/برانگیختگی جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال درد لگنی تناسلی/دخول، کژکاری جنسی ناشی از مواد/دارو و سایر کژکاری‌های جنسی نامعین می‌شود (Lafortune et al, 2023). اختلال در عملکرد جنسی می‌تواند مادام‌العمر یل اکتسابی باشد، فراگیر یا موقعیتی باشد و در نتیجه عوامل روانشناختی، عوامل فیزیولوژیک یا ترکیبی از این عوامل باشد (Sadock, 2015).

مروری بر مطالعات صورت گرفته گویای وجود شواهدی مبنی بر نقش انتقال دهنده‌های عصبی در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی می‌باشد؛ بنظر می‌رسد دوپامین بویژه بر کارکردهای جنسی مردان نظیر نعوظ و ارگاسم تأثیر می‌گذارد، سروتونین تقریباً باعث افت

کارکردهای جنسی در هر دو جنس می‌گردد، اپی‌نفرین در مردان باعث شکل‌گیری بدکارکردی نعوظ و در زنان منجر به آسیب به برانگیختگی جنسی و ارگاسم می‌گردد، نوراپی‌نفرین بر مشکلات برانگیختگی جنسی در هر دو جنس و پاسخ نعوظ در مردان تأثیر می‌گذارد و در نهایت استیل‌کولین بر پاسخ‌های نعوظ در مردان تأثیر می‌گذارد (Chew et al., 2021).

شواهد تجربی گویای آن است که ابتلای همزمان به اختلالات روانپزشکی و اختلالات جنسی باعث مراجعه دیرتر بیماران و همکاری ضعیف آن‌ها در انجام توصیه‌های درمانی می‌شود و معمولاً عدم توجه به مشکلات روان بیماران مبتلا به اختلالات جنسی باعث عدم درمان صحیح آن‌ها می‌شود (Ciocca, Di Stefano, Collazzoni, Jannini, Di Lorenzo, Jannini & et al, 2023). سبب‌شناسی هم-بودی اختلالات روان با اختلال عملکرد جنسی نشان می‌دهد که اختلال روان به عنوان عامل اولیه و اتیولوژیک مشکلات جنسی؛ بسیاری از اختلالات روان از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس، سایکوز، اختلالات شخصیتی و ... همراه با مشکلات جنسی بخصوص کاهش میل جنسی هستند؛ اختلال روان به عنوان عارضه ابتدا به اختلال عملکرد جنسی؛ وجود اختلالات عملکرد جنسی و مشکلات مربوط به روان بصورت هم‌زمان؛ اختلال عملکرد جنسی به عنوان عارضه سوء مصرف مواد و الکل؛ اختلال عملکرد جنسی به عنوان عارضه مصرف داروهای روانپزشکی (Collazzoni, Ciocca, Limoncin, Marucci, Mollaioli, Di Sante & et al., 2017).

بر این اساس ارزیابی بدکارکردی‌های جنسی در بیماران روانپزشکی باید مبتنی بر کارکردهای جنسی اولیه، اختلالات روانپزشکی، بیماری‌های جسمانی و داروهای مختلفی باشد که مصرف می‌کنند. بدکارکردی‌های جنسی ممکن است با اختلالات دیگری همزمان باشد که اغلب به عنوان اولین نشانه از مشکلات جسمانی در نظر گرفته می‌شوند و بطور معناداری باعث کاهش کیفیت زندگی می‌گردند. آگاهی از شیوع بدکارکردی‌های جنسی و نیز مکانیسم‌های فرضی شکل‌گیری آن‌ها در بیماران روانپزشکی می‌تواند به بهبود نگرش‌های درمانی و افزایش رضایتمندی بیماران از روند درمانی و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها منجر گردد (هروی و صلاحیان، ۱۴۰۰). سیاسیا و همکاران^۱ (۲۰۲۳) در پژوهشی با عنوان «اختلالات و مشکلات جنسی در اختلالات شخصیت و ویژگی‌های شخصیت پاتولوژیک: یک مرور سیستماتیک» نشان دادند که تجارب آسیب‌زای سوء استفاده جنسی در دوران کودکی و تجربیات نامطلوب دوران کودکی، رابطه بین رفتار جنسی و اختلال شخصیت را تبیین می‌کند؛ از این منظر رفتارهای اجباری جنسی و رفتارهای پرخطر جنسی متأثر از ویژگی‌های شخصیتی بیمارگون در اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضداجتماعی هستند. بنابراین عملکرد شخصیت ناسازگار ممکن است از طریق یک رابطه جنسی مشکل ساز و یک اختلال جنسی بروز پیدا کند.

رولند و تمپل^۲ (۲۰۲۰) در کتاب خود با عنوان «شخصیت و بدکارکردی جنسی» تصریح می‌کنند که اختلالات جنسی تحت تأثیر عوامل زیادی من جمله ویژگی‌های شخصیت و اختلالات شخصیتی هستند تا جایی که برخی از ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند در فرآیندهای برانگیختگی و تحریک جنسی تداخل ایجاد کرده و آن را افزایش یا کاهش دهند و از این طریق بر عملکرد و لذت جنسی گذارند. هم مردان و هم زنان هر دو در ویژگی‌های شخصیتی مؤثر بر اختلالات جنسی مشترک هستند و البته تفاوت‌هایی هم با هم دارند لذا درک عوامل شخصیتی ممکن است به درک و درمان مشکلات جنسی کمک کند.

کولازونی و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان «استراتژی‌های جفت شدن و عملکرد جنسی در اختلالات شخصیت: مروری جامع بر ادبیات» نشان دادند که طیف وسیعی از الگوهای غیرقابل پیش‌بینی در مورد استراتژی‌های جفت شدن و رفتارهای جنسی در افراد با اختلال شخصیت وجود دارد که بطور خاص در خوشه ب و در مورد افراد با اختلال شخصیت نمایشی و مرزی این الگوها بسیار مورد بررسی قرار گرفته است ولی در مورد خوشه آ و افراد با اختلال شخصیت اسسکیزوئید و اسکیزوتایپال این الگوها کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. در عین حال نتایج این پژوهش شواهد متناقضی در خصوص ارتباط بین عملکرد جنسی و انواع اختلالات شخصیتی ارائه داد.

1. Ciocca et al

2. Rowland & Tempel

هروری و صلاحیان (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان «مقایسه میزان شیوع اختلالات عملکرد جنسی در مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته و افراد سالم» نشان دادند که در زنان تفاوت عملکرد جنسی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد در افراد خودشیفته و سالم معنادار نبود ولی تمایل و تحریک در افراد سالم بیشتر از افراد خودشیفته بود. در مردان عملکرد جنسی، تمایل و نعوظ در افراد سالم بیشتر از افراد خودشیفته و ارگاسم در افراد خودشیفته بیشتر از افراد سالم بود ولی تفاوت رضایت جنسی در افراد خودشیفته و افراد سالم معنادار نبود. در مجموع اختلالات عملکرد جنسی در زنان و مردان دارای اختلال شخصیت خودشیفته بیشتر از افراد سالم بود.

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. برای این منظور ۱۰۰۰ نفر از زنان متأهل شهر تهران در شش ماهه نخست سال ۱۴۰۰ توسط پرسشنامه چندمحوری میلون ۳ که به صورت الکترونیکی برای آن‌ها ارسال شده بود، غربال‌گری شدند و ۱۴۵ نفر دارای نشانگان اختلال شخصیت خوشه ب تشخیص داده شدند که ۵۶ نفر از ایشان به روش در دسترس و داوطلبانه به عنوان نمونه انتخاب شدند. شایان ذکر است که داده‌های ۲۰ نفر از افراد فاقد اختلال شخصیت نیز به عنوان گروه مقایسه وارد تحلیل شد. معیار ورود افراد به نمونه، متأهل و مقیم تهران، دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، عدم ابتلا به بیماری خاص و عدم مصرف دارو در نظر گرفته شد و افراد به صورت آگاهانه و با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند. معیار خروج از نمونه، عدم تمایل به پاسخگویی به پرسشنامه اختلال کارکرد جنسی بود. از جمله ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر، ارائه اطلاعات کلی به صورت کتبی در خصوص پژوهش به شرکت‌کنندگان، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و عدم ثبت نام به منظور رعایت حریم خصوصی شرکت‌کنندگان بود.

فرآیند اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا پرسشنامه چندمحوری میلون ۳ از طریق طراحی لینک پاسخگویی اینترنتی در اختیار ۱۰۰۰ نفر از زنان متأهل تهرانی قرار گرفت که از این تعداد ۱۴۵ نفر در زمینه اختلالات مرزی، نمایشی، خودشیفته و ضداجتماعی نمراتی در حداصل ۷۵-۵۰ کسب کرده بودند، لذا دارای نشانگان اختلال شخصیت خوشه ب تشخیص داده شدند و ۵۶ نفر از ایشان به روش در دسترس به عنوان نمونه دارای نشانگان اختلال شخصیت خوشه ب انتخاب شدند که از این تعداد ۱۹ نفر دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی، ۱۵ نفر دارای نشانگان اختلال شخصیت نمایشی، ۱۰ نفر دارای نشانگان اختلال شخصیت خودشیفته و ۱۲ نفر دارای نشانگان اختلال شخصیت ضداجتماعی بودند. همچنین از بین افرادی که نمرات پایین‌تر از نرخ پایه (۵۰) کسب کرده بودند و فاقد اختلال شخصیت تشخیص داده شده بودند ۲۰ نفر به روش در دسترس به عنوان نمونه فاقد اختلال شخصیت انتخاب شدند. در ادامه، لینک پرسشنامه‌های الکترونیکی اختلال کارکرد جنسی زنان برای هر دو گروه ارسال شد و داده‌های گردآوری شده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

به منظور تحلیل توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و به منظور تحلیل استنباطی از آزمون آنالیز واریانس یک‌راهه به همراه آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. همچنین برای کنترل پیش‌فرض‌های اجرای روش آنالیز واریانس یک‌راهه از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و آزمون لوین استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گردید.

۳-۱- ابزار

الف) پرسشنامه چندمحوری میلون^۱ (MCMI): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۷ توسط میلون^۲ برای مخاطبان بالای ۱۸ سال و دارای توانایی خواندن و حداقل سواد کلاس هشتم طراحی و تدوین شد. این پرسشنامه خوداظهاری دارای ۱۷۵ سؤال با پاسخ بلی/خیر

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory III
2. Millon

است. نمره‌های نرخ پایه ۸۵ یا بالاتر بیانگر وجود اختلال، نمره‌های نرخ پایه بین ۷۵ تا ۸۵ بیانگر وجود ویژگی‌های یک اختلال، نمره‌های نرخ پایه ۵۰ تا ۷۵ توصیفگر شخصیت فردی و نمره‌های نرخ پایه کمتر از ۵۰ بیانگر عدم وجود اختلال است. نسخه ترجمه شده این مقیاس در یک نمونه بالینی عربی روان‌سنجی شد و پایایی و روایی آن را مورد تأیید قرار گرفت؛ پایایی به روش آزمون-بازآزمون با فاصله اجرای دو هفته بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۶ گزارش شد (Alareqe, Roslan, Nordin, Ahmad & Taresh, 2021). روایی و پایایی نسخه فارسی این مقیاس در ایران مورد بررسی قرار گرفت و میزان آلفا کرونباخ بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ گزارش شد و به تأیید رسید (سرابی و صادقی، ۱۳۹۹).

ب) پرسشنامه اختلال کارکرد جنسی زنان^۱ (FSFI): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ توسط روزن، براون، هیمن، لیلام، مستون، شابسی و همکاران^۲ برای سنجش کارکرد جنسی^۳ زنان در ۶ حوزه مستقل شامل میل^۴، انگیزتگی^۵، رطوبت^۶، ارگاسم^۷، رضایتمندی^۸ و درد جنسی^۹ طراحی و تدوین شد. این مقیاس دارای ۱۹ سؤال است که در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از تقریباً هیچ=۱ تا تقریباً همیشه=۵) اندازه‌گیری می‌شود و نمرات بالاتر مبین کارکرد جنسی بهتر است. ماتئوآروم و همکاران (۲۰۲۱) نسخه ترجمه‌شده این مقیاس را در اسپانیا روان‌سنجی نموده و پایایی و روایی آن را تأیید کردند؛ میزان ضریب کاپا در پایایی باری به روش آزمون-بازآزمون بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شد (Mateu Arrom, Girabent-Farrés, González, Palou, Errando-Smet & Ramírez-García, 2021). روایی و پایایی نسخه فارسی این مقیاس در ایران نیز میزان پایایی به روش آزمون-بازآزمون بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۴ و میزان انسجام درونی به روش آلفا کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شد و به تأیید رسید (باباخانیان، غضنفرپور، نجف نجفی، رجب دیزاوندی، خدیوزاده، صفایی، جباری نوقابی، ۲۰۱۸).

۴- یافته‌ها

میانگین سنی افراد دارای اختلال شخصیت خوشه ب $39/27 \pm 9/812$ و میانگین سنی افراد فاقد اختلال شخصیت $37/44 \pm 10/346$ بود. در گروه افراد دارای اختلال شخصیت خوشه ب ۱۹/۱ درصد دیپلم و کمتر، ۳۲/۷ درصد لیسانس، ۳۶/۴ درصد فوق‌لیسانس و ۱۱/۸ درصد دکتری و بیشتر بودند. در گروه افراد فاقد اختلال شخصیت ۲۲/۵ درصد دیپلم و کمتر، ۲۷/۴ درصد لیسانس، ۳۵/۱ درصد فوق‌لیسانس و ۱۵/۰ درصد دکتری و بیشتر بودند.

میانگین و انحراف معیار کارکرد جنسی در دو گروه افراد دارای اختلال شخصیت خوشه ب و افراد فاقد اختلال شخصیت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار کارکرد جنسی در دو گروه دارای اختلال شخصیت خوشه ب و فاقد اختلال شخصیت

متغیرها		زن		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار
دارای	مرزی	۱۹	۲۵/۳۶	۵/۲۷
اختلال	نمایشی	۱۵	۲۱/۶۳	۵/۱۹

1. Female Sexual Function Index
2. Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh et al
3. Sexual Function
4. Desire
5. Arousal
6. Lubrication
7. Orgasm
8. Satisfaction
9. Pain

شخصیت	خودشیفته	۱۰	۲۲/۲۶	۶/۱۰
خوشه ب	ضد اجتماعی	۱۲	۲۶/۵۲	۳/۳۵
فاقد اختلال شخصیت		۲۰	۳۰/۳۲	۴/۰۱

همان‌طورکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین کارکرد جنسی در گروه افراد دارای اختلال شخصیت خوشه ب کمتر از میانگین کارکرد جنسی در گروه افراد فاقد اختلال شخصیت بود. در ادامه به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیرها		زنان	
		مقدار Z	سطح معناداری
دارای	مرزی	۰/۶۵۹	۰/۷۷۹
اختلال	نمایشی	۰/۵۸۱	۰/۸۸۹
شخصیت	خودشیفته	۰/۶۸۵	۰/۷۳۶
خوشه ب	ضد اجتماعی	۰/۶۱۴	۰/۸۴۶
فاقد اختلال شخصیت		۰/۸۷۱	۰/۴۳۵

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود سطح معناداری آزمون نرمالیتی کولموگروف اسمیرنوف برای تمام متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بوده لذا با اطمینان ۹۵ درصد توزیع متغیرهای پژوهش نرمال بودند ($P > 0.05$). در ادامه به منظور بررسی همگن بودن کارکرد جنسی در گروه‌ها از آزمون لوین استفاده و مشاهده شد پراکندگی کارکرد جنسی در گروه‌ها ($F = 0.584, P = 0.675$) برابر بود. با توجه به نتایج حاصل از کنترل پیش‌فرض‌ها می‌توان از روش‌های پارامتری برای آزمون مقایسه میانگین کارکرد جنسی افراد دارای اختلال شخصیت خوشه ب و افراد فاقد اختلال شخصیت استفاده نمود. برای این منظور آزمون آنالیز واریانس یک‌راهه اجرا شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌راهه

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری
اختلال بین‌گروهی	۸۰۵/۰۶۷	۴	۲۰۱/۲۶۷	۸/۶۹۱	۰/۰۰۱
عملکرد درون‌گروهی	۱۶۴۴/۲۹۲	۷۱	۲۳/۱۵۹		
جنسی کل	۲۴۴۹/۳۵۹	۷۵			

همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطح معناداری آزمون آنالیز واریانس یک‌راهه کمتر از ۰/۰۱ بوده لذا با اطمینان ۹۹ درصد کارکرد جنسی در افراد دارای اختلالات شخصیت خوشه ب و افراد فاقد اختلال شخصیت تفاوت معناداری دارد ($P < 0.01, F = 8.691$). در ادامه به منظور تعیین گروه‌های متفاوت با توجه به یکسان نبودن تعداد مشاهدات در گروه‌ها، آزمون تعقیبی شفه اجرا شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی شفه

گروه‌ها	اختلاف میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معناداری
---------	-------------------	--------------	--------------

۰/۲۹۴	۱/۶۶۲	۳/۷۳۲	اختلال شخصیت نمایشی	
۰/۶۰۸	۱/۸۸۰	۳/۱۰۰	اختلال شخصیت خودشیفته	اختلال شخصیت
۰/۹۷۹	۱/۷۷۴	-۱/۱۶۶	اختلال شخصیت ضداجتماعی	مرزی
۰/۰۴۴	۱/۵۴۱	-۴/۹۶۳	فاقد اختلال شخصیت	
۰/۲۹۴	۱/۶۶۲	-۳/۷۳۲	اختلال شخصیت مرزی	
۰/۹۹۹	۱/۹۶۴	-۰/۶۳۱	اختلال شخصیت خودشیفته	اختلال شخصیت
۰/۱۵۴	۱/۸۶۳	-۴/۸۹۸	اختلال شخصیت ضداجتماعی	نمایشی
۰/۰۰۱	۱/۶۴۳	-۸/۶۹۵	فاقد اختلال شخصیت	
۰/۶۰۸	۱/۸۸۰	-۳/۱۰۰	اختلال شخصیت مرزی	
۰/۹۹۹	۱/۹۶۴	۰/۶۳۱	اختلال شخصیت نمایشی	اختلال شخصیت
۰/۳۷۷	۲/۰۶۰	-۴/۲۶۶	اختلال شخصیت ضداجتماعی	خودشیفته
۰/۰۰۲	۱/۸۶۳	-۸/۰۶۴	فاقد اختلال شخصیت	
۰/۹۷۹	۱/۷۷۴	۱/۱۶۶	اختلال شخصیت مرزی	
۰/۱۵۴	۱/۸۶۳	۴/۸۹۸	اختلال شخصیت نمایشی	اختلال شخصیت
۰/۳۷۷	۲/۰۶۰	۴/۲۶۶	اختلال شخصیت خودشیفته	ضداجتماعی
۰/۳۳۳	۱/۷۵۷	-۳/۷۹۷	فاقد اختلال شخصیت	
۰/۰۴۴	۱/۵۴۱	۴/۹۶۳	اختلال شخصیت مرزی	
۰/۰۰۱	۱/۶۴۳	۸/۶۹۵	اختلال شخصیت نمایشی	فاقد اختلال
۰/۰۰۲	۱/۸۶۳	۸/۰۶۴	اختلال شخصیت خودشیفته	شخصیت
۰/۳۳۳	۱/۷۵۷	۳/۷۹۷	اختلال شخصیت ضداجتماعی	

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین کارکرد جنسی در افراد فاقد اختلال شخصیت بیشتر از میانگین کارکرد جنسی در افراد دارای اختلالات شخصیت نمایشی و خودشیفته ($P < 0/01$) و مرزی ($P < 0/05$) بود اما میانگین کارکرد جنسی در افراد فاقد اختلال شخصیت با میانگین کارکرد جنسی در افراد دارای اختلالات شخصیت ضداجتماعی تفاوت معناداری نداشت ($P = 0/333$).

۵- بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان شیوع اختلال کارکرد جنسی در زنان متأهل دارای اختلالات شخصیت خوشه ب و زنان متأهل فاقد اختلال شخصیت در شهر تهران انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمره کارکرد جنسی در افراد دارای اختلال شخصیت خوشه ب کمتر از نقطه برش و میانگین نمره کارکرد جنسی در افراد فاقد اختلال شخصیت بیشتر از نقطه برش بود. از طرف دیگر میانگین کارکرد جنسی در افراد فاقد اختلال شخصیت بیشتر از میانگین کارکرد جنسی در افراد دارای اختلالات شخصیت مرزی، نمایشی و خودشیفته بود. همچنین میانگین کارکرد جنسی در افراد فاقد اختلال شخصیت و افراد دارای اختلالات شخصیت ضداجتماعی تفاوت معناداری نداشت. با توجه به آن‌که تاکنون پژوهشی در خصوص مقایسه میزان شیوع اختلال کارکرد جنسی در زنان متأهل دارای اختلالات شخصیت خوشه ب و زنان متأهل فاقد اختلال شخصیت صورت نگرفته، لذا پژوهشی که بتوان نتایج آن را به صورت مصدق با نتایج پژوهش حاضر مقایسه نمود وجود ندارد. در عین حال نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های ذیل که

به‌طور کلی اشاره کردند که افراد دارای اختلالات شخصیت در روابط بین‌فردی مشکل داشته و دچار بدکارکردی جنسی هستند، همسو بود.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت از یک طرف در عین حال که فعالیت جنسی در انسان غریزی و بسیار حیاتی است، اختلال کارکرد جنسی در زنان بسیار شایع بوده و در هر شرایط سنی، نژادی، قومی، فرهنگی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بروز می‌کند (صلاحیان و پاک‌سرشت، ۱۴۰۱) و بطور وسیع بر کیفیت زندگی ایشان می‌گذارد (رنجبران و همکاران، ۱۳۹۴). در این راستا نتایج پژوهشی نشان داد که خطر قطعی ابتلا مردان به اختلال عملکرد جنسی در زمانی که همسرش از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برد، وجود دارد (Chew et al., 2021). متأسفانه علی‌رغم شیوع بالای اختلالات کارکرد جنسی در زنان توجه کمی به آن شده است و فاکتورها و موانع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، وجود تابوها و کج‌فهمی‌ها، برآورد دقیق شیوع این اختلالات را دشوار می‌سازد (دماری و اکرمی، ۱۴۰۰).

از طرف دیگر همان‌طور که بورن‌استین و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که شخصیت‌های مرزی از درجات مختلفی از الگوهای ناسازگارانه مرتبط با محیط پیرامون رنج می‌برند؛ لذا روابط بین فردی این افراد اغلب پرتنش و بی‌ثبات بوده و با ترس از رها کردن رابطه و ارزیابی‌های ایده‌آل‌نگرانه همراه هست که این ویژگی‌ها احتمالاً با کارکردهای جنسی و ظرفیت روابط صمیمانه و عاطفی این بیماران تداخل ایجاد کند. رودریگیز و همکاران (۲۰۲۱) هم به بررسی بدکارکردی‌های جنسی در شخصیت‌های مرزی پرداخته و نشان داده‌اند که این افراد احتمالاً رفتارهای جنسی پرخطر، سطوح بالای جرئت‌مندی جنسی، عزت‌نفس جنسی بالا و مشغولیت‌های ذهنی جنسی بیشتری را تجربه می‌کنند. پوانلودیکارو و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که رفتارهای جنسی تکانشی و روابط عاطفی بی‌ثبات شخصیت‌های مرزی ممکن است منجر به کاهش میل جنسی، پرهیز از روابط جنسی یا بی‌قیدوبندی در رفتارهای جنسی آنان گردد. فریاس و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که احتمالاً سوءاستفاده جنسی از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در دوران کودکی منجر به آسیب شدید در تنظیم هیجانی می‌گردد و این مسئله بر تنظیم پاسخ‌های عاطفی چه در روابط جنسی و چه در روابط عاطفی می‌تواند متأثر از آسیب‌ها و سوءاستفاده‌های رفتاری و جنسی دوران کودکی باشد. کاو، خوری، متکالی، فیتزپاتریک و گودویل^۱ (۲۰۱۵) نشان دادند که افراد با اختلال شخصیت مرزی تعداد زیادی الگوی رفتار جنسی متفاوت، تمایل بالا به مورد تجاوز قرار گرفتن و تجاری از خشونت جنسی در دوران کودکی دارند. هورلبرت و وایت^۲ (۱۹۹۲) نشان دادند که زنانی که اختلال شخصیت مرزی دارند با احتمال بالاتری خود را دوجنس‌گرا^۳ یا هم‌جنس‌گرا^۴ توصیف می‌کنند. گودینی (۱۳۹۵) نشان داد که شدت ملال جنسی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به‌طور معناداری بیشتر از افراد سالم است.

تریفو و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی فقدان رضایت جنسی، اجتناب از برقراری رابطه، کاهش میل جنسی و مشکل در ارگاسم شایع‌ترین بدکارکردی‌های جنسی محسوب می‌شود که عمدتاً ریشه در سوءاستفاده‌های جنسی کودکی دارد. استید و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که شخصیت‌های نمایشی فقدان یا کاهش میل جنسی و نیز ناسازگاری جنسی را به‌ویژه در سال‌های اولیه زندگی زناشویی تجربه می‌کنند. این افراد تاریخچه‌ای آشفته از رشد و تحول جنسی داشته و سطوح پائین‌تری از فعالیت جنسی و تجربه ارگاسم را داشته‌اند و عمدتاً تمایل به خیال‌پردازی‌ها و رؤیاهای جنسی و نیز اظهار نارضایتی از روابط جنسی خود و خستگی جنسی دارند. کالیگور، لوی و یومانس^۵ (۲۰۱۵) نشان دادند که شخصیت‌های نمایشی رشد جنسی ناهماهنگ

1. Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick & Goodwill
2. Hurlbert & White
3. Bisexual
4. Homosexual
5. Caligor, Levy & Yeomans

و غیرمتجانسی دارند لذا علی‌رغم میل جنسی پائین‌تر، مشغولیت‌های ذهنی جنسی بیشتری داشته و اغلب درگیری فکری در ارتباط با جذابیت‌های ظاهری و اغواگری جنسی دارند. والدینگر^۱ (۲۰۱۳) شخصیت‌های نمایشی را به‌گونه‌ای نیازمند اطمینان‌بخشی مداوم در راستای خشنودی ایگو و خودمحوری توصیف می‌کند که این مسئله بیانگر درماندگی و وابستگی آن‌ها هست. در نتیجه آن‌ها نسبت به هرگونه انتقادی از کارکرد جنسی، ظاهر فیزیکی، جذابیت ظاهری و جنسی‌شان حساس هستند. شادرا و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی به دلیل آنکه احساس وابستگی و خصومت را هم‌زمان دارند روابط بین فردی‌شان آشفته و به‌هم‌ریخته است. این بیماران نمی‌توانند تنهایی را تحمل کنند و برای رهایی از آن حتی اگر بی‌فایده هم باشد به بی‌بندوباری روی می‌آورند بنابراین صمیمیت جنسی را تجربه نمی‌کنند.

دی و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته در برقراری ارتباط میان فردی دچار مشکلاتی می‌شوند من جمله روابطی که با تجربیات جنسی مرتبط‌اند. دسارو، دی‌سارنو و آنزانی^۲ (۲۰۲۱) نشان دادند که افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته تمایل دارند که روابط جنسی و احساسی را به‌عنوان فرصت‌هایی ببینند برای تقویت حس خودبرتری و در صورتی که در رابطه جنسی از یک فرد دارای اختلال شخصیت خودشیفته تعریف و تمجید نشود به‌سرعت از رابطه خارج می‌شوند. کلاین، رینینگر، بریکن و تورنر^۳ (۲۰۲۰) نشان دادند که روابط عاطفی و جنسی افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته سطحی است و در روابطشان بهره‌کشی می‌کنند، انتظارات زیاده از حد دارند و نسبت به دیگران همدلی نشان نمی‌دهند، حال آنکه فقدان چنین همدلی‌ای در روابط عامل مهمی در ابتلای بیشتر به اختلال در میل جنسی ایشان خواهد بود. به نظر می‌رسد فقدان درک جامع روابط بین فردی در افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته عامل قابل‌تأملی در مشکلات جنسی و شیوع بالای اختلالات عملکرد جنسی باشد. لئو و ژانگ (۲۰۲۰) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته در پی یافتن شرکای جنسی صرفاً به جهت ارضاء نیازهای خود می‌باشند و در این راستا از داشتن شرکای جنسی متعدد ابایی ندارند. گویرتزمانیدان (۲۰۱۷) نشان می‌دهد که اگرچه خصیصه انگیزشی مرکزی در اختلال‌های شدید شخصیت، رشد و تحول پرخاشگری آسیب‌شناختی است، آسیب مسلط اختلال‌های شخصیت سطوح بالا یا نوروپیک مانند اختلال شخصیت خودشیفته، آسیب‌شناسی مسائل جنسی است. کولازونی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که دل‌مشغولی افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته در روابط جنسی آن است که عملکردشان در رابطه جنسی تا چه اندازه خوب و مطلوب است و اغلب با فریبندگی زیاد همواره به دنبال تحسین و ستایش شدن از جانب دیگران هستند. این افراد عموماً همدلی نمی‌کنند و در تشخیص دادن امیال، تجربیات ذهنی و احساسات دیگران مشکل دارند و روابط میان فردی‌شان معمولاً به علت مشکلات ناشی از سزاواری، نیاز به تحسین و بی‌توجهی به حساسیت‌های دیگران معیوب است. ذبیحی‌فرد و صلاحیان (۱۴۰۰) نشان دادند که عدم درک و همدلی در افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته منجر به بروز مشکلات و سوءتفاهم‌هایی در روابط جنسی این افراد شده که می‌تواند عاملی مهم و تعیین‌کننده در تمایل بیشتر این افراد به خودارضایی در مقایسه با جمعیت بهنجار است.

مارزیلی و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که اگرچه رابطه با افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی ممکن است در ابتدا جذاب باشد و سریع پیش برود اما ادامه آن به دلیل عدم مسئولیت‌پذیری این افراد با مشکلات بسیاری مواجه خواهد بود. همچنین عهد و وفاداری جنسی یکی دیگر از مشکلات شایع در این افراد است و یکی از ویژگی‌های اصلی آنان بی‌وفایی جنسی و ارتباطات متعدد با افراد جنس مخالف در یک زمان است لذا روابط آن‌ها شکننده و کوتاه‌مدت خواهد بود. فوناگی و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی هیچ‌وقت راست نمی‌گویند و هرگز نمی‌شود به آن‌ها اعتماد کرد که وظیفه‌ای را درست

1. Waldinger

2. Decaro, Di Sarno & Anzani

3. Klein, Reininger, Briken and Turner

انجام دهند یا به ملاک‌های متعارف اخلاق پایبند باشند، لذا این افراد در پی یافتن شرکای جنسی صرفاً به جهت ارضاء نیازهای خود می‌باشند و از داشتن شرکای جنسی متعدد ابایی ندارند. مانچ و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که شخصیت‌های ضداجتماعی بدون پشیمانی همسر خود را مورد ضرب و شتم قرار می‌دهند و فحاشی می‌کنند. همچنین این افراد نسبت به همسر خود بی‌توجه بوده و وی را تنها به‌عنوان وسیله‌ای برای ارضاء نیازهای خود می‌دانند بنابراین این افراد شرکای جنسی خوبی نبوده و شریک جنسی خود را ناکام می‌گذارند و سعی می‌کند به سرعت از رابطه خارج شود. اسمیت و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که افراد دارای شخصیت ضداجتماعی کنترل کمی روی تکانه‌های جنسی و پرخاشگری خود دارند و قادر به برون‌ریزی چنین تکانه‌هایی نیستند لذا همسر وی ممکن است بارها با اجبار به روابط جنسی با وی مجبور شود و در صورت مخالفت با پرخاشگری شدید مواجه شود. دوسی، ایناچ، هودکینسون، زو، روبین، کاتنا و همکاران^۱ (۲۰۰۸) نشان دادند که بعضی افراد با اختلال شخصیت ضداجتماعی دارای تفاوت‌های بسیار جزئی در ساختمان مغزشان و روش‌های عمل بعضی از مواد شیمیایی در مغزشان هستند و لابلالی‌گری‌های جنسی، همسرآزاری، کودک‌آزاری و رانندگی در حین مستی اتفاقاتی شایع در زندگی افراد با اختلال شخصیت ضداجتماعی است درحالی‌که هیچ‌گاه از کارهای خود پشیمان نمی‌شوند.

بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که میزان اختلال کارکرد جنسی در زنان متأهل دارای اختلالات شخصیت خوشه ب بیشتر از زنان متأهل فاقد اختلال شخصیت است. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که از آن جمله می‌توان به عدم همکاری افراد غربالگری شده در خصوص پاسخ به پرسشنامه‌های کارکرد جنسی به دلیل تابو بودن این سازه‌ها در جامعه اشاره کرد که در این راستا پیشنهاد می‌شود ابزاری برای سنجش شاخص‌های جنسی و رفتار جنسی در افراد دارای اختلالات شخصیت طراحی شود. همچنین انجام مطالعات پژوهشی معتبر در مورد کارکردهای جنسی نوع انسان به دلیل وابستگی آن به مشاهده و ارزیابی رفتارهای جنسی آنان در زندگی، همیشه با مشکلات و محدودیت‌های اخلاقی و چالش‌های جدی همراه بوده و اعتبار این مطالعات را کاهش می‌دهد؛ بنابراین بررسی همه عوامل مؤثر در رفتارهای جنسی که می‌تواند منجر به بدکارکردی جنسی در گروه‌های نرمال و مبتلا به اختلالات شخصیت شود، به دلیل ضعف در روش‌های تحقیق و ابزارهای سنجش و نیز ملاحظات اخلاقی امکان‌پذیر نمی‌باشد.

۶- تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری رساندند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین نویسندگان اعلام می‌دارند که تضاد منافی بین آن‌ها وجود ندارد و نیز با توجه به آن‌که مقاله تحت حمایت سازمان یا نهاد خاصی انجام نشده، تضاد منافی بین نویسندگان با سازمان حامی وجود ندارد.

۷- منابع

- ۱- احمدی، ف.، طهماسبی، ر.، نوروزی، آ.، و اکبری‌زاده، ف. (۱۴۰۱). شیوع اختلال عملکرد جنسی و عوامل مؤثر بر آن در زنان سنین باروری. *مجله طب جنوب*، ۲۵(۲)، ۱۱۴-۱۲۹.
- ۲- ارجمند، س.، میرقاسمی، ف. س.، نعیمی، م. (۱۴۰۰). تحلیل بروز شخصیت خودشیفته بر اساس دیدگاه مادر کودک، روابط موضوعی و روانشناسی خود. *روانشناسی و علوم رفتاری ایران*، ۲۷، ۲۵-۱۹.

- ۳- افشاری، پ.، نیک‌بینا، م.، و نجار، ش. (۱۳۹۷). تعیین عوامل مرتبط با عملکرد جنسی در زنان؛ یک مطالعه موردی. پژوهش سلامت، ۳(۴)، ۱۹۷-۲۰۳.
- ۴- ایراندوست، ر.، ملیحی‌الذاکرینی، س.، سهرابی‌اسمرود، ف.، و آهی، ق. (۱۳۹۷). الگوی علی روابط بین عملکرد جنسی بر پایه باورهای بدکارکردی جنسی با میانجی درماندگی روانشناختی و ابعاد صمیمیت زناشویی. فرهنگ‌تربیتی زنان و خانواده، ۱۳(۴۵)، ۱۳۵-۱۵۲.
- ۵- آهنگی، ا.، اسکندری، ح.، برجعلی، ا.، و عسگری، م. (۱۴۰۲). الگوی خود-دیگری در بستر روایت زندگی زنان با رگه اختلال شخصیت مرزی: یک مطالعه کیفی، مجله علوم روانشناختی، ۲۲(۱۲۲)، ۳۲۷-۳۴۲.
- ۶- برآبادی، ا.، آگاه، ژ.، قسامی، م.، رحیمی، ز.، و اکرمی، ر. (۱۳۹۷). میزان شیوع اختلالات جنسی و عوامل روانی مرتبط در زنان سبزوار. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۵(۱)، ۱۰۹-۱۱۰.
- ۷- بشارت‌مهر، ن.، و صلاحیان، ا. (۱۴۰۰). بررسی شیوع اختلالات جنسی و پارافیلیا در زنان متأهل. مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی (موسسه آموزش عالی نگاره)، ۲۵، ۲۶۹-۲۹۰.
- ۸- حکیم‌نیا، م.، و رافضی، ز. (۱۴۰۰). ارزیابی چقدر می‌تواند گمراه‌کننده باشد؟ یک مطالعه موردی در اختلال شخصیت مرزی. علوم روانشناختی، ۲۰(۹۸)، ۲۵۹-۲۶۸.
- ۹- دماری، ب.، و اکرمی، ف. (۱۴۰۰). چالش‌های سلامت جنسی ایران و فرصت‌های بهبود آن از دیدگاه سیاست‌گذاران و صاحب‌نظران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۷(۲)، ۲۱۶-۲۳۳.
- ۱۰- ذبیحی فرد، ز.، و صلاحیان، ا. (۱۴۰۰). بررسی رابطه جنسی افراد دارای تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته. پنجمین همایش ملی علوم اجتماعی، روانشناسی و علوم تربیتی. همدان. ایران.
- ۱۱- رستمی دوم، م.، و رمضان‌تهرانی، ف. (۱۳۹۸). مروری بر رابطه چاقی با برخی اختلالات عملکرد جنسی در زنان و مردان. غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۲۱(۵)، ۳۱۹-۳۲۸.
- ۱۲- رنجبران، م.، چیدری، م.، و مطوری‌پور، پ. (۱۳۹۴). بررسی شیوع اختلالات عملکرد جنسی زنان ایران: مرور ساختاریافته و متاآنالیز. مجله علوم پزشکی سبزوار، ۲۲(۷)، ۱۱۲۶-۱۱۱۷.
- ۱۳- زارعی، گ.، رحیمیان بوگر، ا.، معاضدیان، آ.، و جهان، ع. (۱۳۹۹). تغییرات سازمان شخصیت در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در اختلالات شخصیت خوشه B. روانشناسی کاربردی، ۱۴(۴)، ۴۷۳-۴۹۳.
- ۱۴- سربابی، پ.، و صادقی، خ. (۱۳۹۹). ارزیابی مشخصات روان‌سنجی آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳، روانسنجی، ۹(۳۳)، ۱۴۳-۱۲۱.
- ۱۵- صالحیان، ن.، و مرادی، ف. (۱۴۰۲). تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک (HPD). فصلنامه پژوهش، ۱۵(۱۹)، ۱-۱۵.
- ۱۶- صلاحیان، ا.، و پاک‌سرشت، پ. (۱۴۰۱). عملکرد جنسی و ارگاسم زنان ایرانی در همه‌گیری کرونا. ششمین کنفرانس بین‌المللی مطالعات جهانی در علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره. تهران. ایران.
- ۱۷- عسگری زاده، ا.، هونجانی، م.، دهقانی، م.، و قنبری، س. (۱۴۰۲). نایم‌نی‌های دلبستگی و صفات اختلال شخصیت مرزی: نقش میانجی تفکر دوپاره و اعتماد اجتماعی. روانشناسی کاربردی، مقاله آماده انتشار.
- ۱۸- فرشی جلالی، مائده.، صلاحیان، افشین. و نامور، هومن. (۱۴۰۰). بررسی عملکرد جنسی دانشجویان متأهل شهر تهران. اولین کنفرانس بین‌المللی علوم تربیتی، روانشناسی، علوم ورزشی و تربیت‌بدنی. مازندران. ایران.

- ۱۹- قاندى، غ. (۱۳۹۵). اختلالات روانپزشكى و بدكاركردى‌هاى جنسى. *روانشناسى بالينى و شخصيت (دانشور رفتار)*، ۱۴(۱)، ۱۵۷-۱۷۸.
- ۲۰- گودينى، م. (۱۳۹۵). اختلالات شخصيت در افراد مبتلا به اختلال عملكرد جنسى. *پايان‌نامه كارشناسى ارشد دانشگاه بيم نور واحد قزوین*.
- ۲۱- مزينانى، ر.، اكبرى مهر، م.، كراسكيان، آ.، و كاشانيان، م. (۱۳۹۱). بررسى شيوع اختلالات عملكرد جنسى در زنان و عوامل مرتبط با آن. *نشریه علوم پزشکی رازی*، ۱۹(۱۰۵)، ۸۶-۶۱.
- ۲۲- مهديزادگان، ا.، برکت، ا.، و گل پرور، م. (۱۳۹۵). مقایسه عملكرد جنسى مردان و زنان عادى با مردان و زنان در آستانه طلاق شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روان شناسى کاربردى*، ۱۷(۱) (پیاپی ۶۳)، ۱۶-۲۴.
- ۲۳- هروى، م.، و صلاحیان، ا. (۱۴۰۰). مقایسه میزان شيوع اختلالات عملكرد جنسى در مبتليان به اختلال شخصيت خودشيفته و افراد سالم. *مجله روانشناسى و روانپزشكى شناخت*، ۶(۸)، ۶۸-۵۶.
- 24- Alareqe, N. A., Roslan, S., Nordin, M. S., Ahmad, N. A., & Taresh, S. M. (2021). Psychometric properties of the Millon Clinical Multiaxial Inventory–III in an Arabic clinical sample compared with American, Italian, and Dutch cultures. *Frontiers in psychology*, 12, 562619.
- 25- Babakhanian, M., Ghazanfarpour, M., Najafi, M. N., Dizavandi, F. R., Khadivzadeh, T., Safaei, M., & Nooghabi, M. J. (2018). Psychometric properties of the Persian language version of the Female Sexual Function index among postmenopausal women. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 19(4), 187.
- 26- Bahmani, S., Fallah-Neudehi, M., Ebadi, Z., & Faghihi, T. (2023). Comparison of Borderline Personality Disorder Patients' Emotion Regulation, Mindfulness, and Self-compassion with Healthy Individuals. *International Journal of Behavioral Sciences*, 17(1), 32-37.
- 27- Bhambhani, H. P., Chen, T., Kasman, A. M., Wilson-King, G., Enemchukwu, E., & Eisenberg, M. L. (2021). Female sexual function during the COVID-19 pandemic in the United States. *Sexual medicine*, 9(4), 100355-100355.
- 28- Black, D. W. (2021). A clinical approach to pharmacotherapy for personality disorders. *Current Psychiatry*, 20(4), 26-32.
- 29- Bornstein, R. F., Becker-Matero, N., Winarick, D. J., & Reichman, A. L. (2010). Interpersonal dependency in borderline personality disorder: Clinical context and empirical evidence. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 109-127.
- 30- Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Hysterical Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges. *Am J Psychiatry*, 172, 5-17.
- 31- Chen, T., Bhambhani, H. P., Kasman, A. M., & Eisenberg, M. L. (2021). The association of the COVID-19 pandemic on male sexual function in the United States: A survey study of male cannabis users. *Sexual Medicine*, 9(3), 100340-100340.
- 32- Chew, P. Y., Choy, C. L., Sidi, H. B., Abdullah, N., Che Roos, N. A., Salleh Sahimi, H. M., ... & Ravindran, A. (2021). The association between female sexual dysfunction and sexual dysfunction in the male partner: A systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine*, 18(1), 99-112.
- 33- Ciocca, G., Di Stefano, R., Collazzoni, A., Jannini, TB., Di Lorenzo, G., Jannini, E.A., Rossi, A., Rossi, R. (2023). Dysfunctions and Problematic Sexuality in Personality Disorders and Pathological Personality Traits: A Systematic Review. *Curr Psychiatry Rep.* 25(3), 93-103.
- 34- Collazzoni, A., Ciocca, G., Limoncin, E., Marucci, C., Mollaioli, D., Di Sante, S., ... & Jannini, E. A. (2017). Mating strategies and sexual functioning in personality disorders: a comprehensive review of literature. *Sexual Medicine Reviews*, 5(4), 414-428.
- 35- Day, N. J., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. (2020). Living with pathological narcissism: a qualitative study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1), 1-14.
- 36- Decaro, S. P., Di Sarno, M., & Anzani, A. (2021). Narcissistic Personality Traits and Sexual Dysfunction in Women. *J Sex Med*, 18, 1891-1898.
- 37- Ducci, F., Enoch, M. A., Hodgkinson, C., Xu, K., Catena, M., Robin, R. W., & Goldman, D. (2008). Interaction between a functional MAOA locus and childhood sexual abuse predicts alcoholism and antisocial personality disorder in adult women. *Molecular psychiatry*, 13(3), 334-347.
- 38- Fonagy, P., Yakeley, J., Gardner, T., Simes, E., McMurrin, M., Moran, P., ... & Bateman, A. (2020). Mentalization for Offending Adult Males (MOAM): study protocol for a randomized controlled trial to evaluate mentalization-based treatment for antisocial personality disorder in male offenders on community probation. *Trials*, 21, 1-17.

- 39- French, J. H., & Shrestha, S. (2019). Personality Disorder. *StatPearls. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing*.
- 40- Frías, Á., Palma, C., Fariols, N., & González, L. (2016). Sexuality-related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. *Personality and mental health, 10*(3), 216-231.
- 41- Gewirtz-Meydan, A. (2017). Why do narcissistic individuals engage in sex? Exploring sexual motives as a mediator for sexual satisfaction and function. *Personality and Individual Differences, 105*, 7-13.
- 42- Grauvogl, A., Pelzer, B., Radder, V., & van Lankveld, J. (2018). Associations between personality disorder characteristics, psychological symptoms, and sexual functioning in young women. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(2), 192-200.
- 43- Hurlbert, D. F., Apt, C., & White, L. C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *Journal of sex & marital therapy, 18*(3), 231-242.
- 44- Klein, V., Reininger, K. M., Briken, P., & Turner, D. (2020). Sexual narcissism and its association with sexual and well-being outcomes. *Personality and Individual Differences, 152*, 109557.
- 45- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect, 39*, 147-155.
- 46- Lafortune, D., Girard, M., Dussault, É., Philibert, M., Hébert, M., Boislard, M. A., ... & Godbout, N. (2023). Who seeks sex therapy? Sexual dysfunction prevalence and correlates, and help-seeking among clinical and community samples. *Plos one, 18*(3), e0282618.
- 47- Latzman, R. D., & Verbeke, L. (2023). Personality Pathology Assessment in Youth: Introduction to the Special Section. *Journal of Personality Assessment, 1-4*.
- 48- Lew-Starowicz, Z., Czajkowska, K. (2022). Prevalence of sexual dysfunctions and associated risk factors in Poland. *Archives of Medical Science, 18*(4), 1031-1040.
- 49- Liu, Y., & Zheng, L. (2020). Relationships between the Big Five, narcissistic personality traits, and online sexual activities. *Personality and individual differences, 152*, 109593.
- 50- Martin, J., Walcott, G., Clarke, T. R., Barton, E. N., & Hickling, F. W. (2013). The prevalence of personality disorder in a general medical hospital population in Jamaica. *West Indian Medical Journal, 62*(5), 463-467.
- 51- Martin, S., Graziani, P., & Del-Monte, J. (2021). Insight's level in borderline personality disorder, questioning consciousness. *Journal of Affective Disorders Reports, 3*, 100045.
- 52- Marzilli, E., Cerniglia, L., & Cimino, S. (2021). Antisocial personality problems in emerging adulthood: The role of family functioning, impulsivity, and empathy. *Brain sciences, 11*(6), 687.
- 53- Mateu Arrom, L., Girabent-Farrés, M., González, M., Palou, J., Errando-Smet, C., & Ramírez-García, I. (2021). Development and validation of a short version of the Female Sexual Function Index in the Spanish population. *BMC Women's Health, 21*(1), 1-8.
- 54- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... & Segraves, R. T. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine, 13*(2), 144-152.
- 55- Mohammadi MR, Hojjat SK, Mostafavi SA, Khaleghi A, Hooshyari Z, Ahmadi N, Kaviani F, Norozi Khalili M. (2021). Parents' Personality Disorder as Predictor of Substance Use Disorder in Children and Adolescents. *Arch Iran Med, 24*, 478-486.
- 56- Mulay, A. L., Lenger, K. A., Waugh, M. H., Cain, N. M., Florimbio, A. R., Gottfried, E. D., ... & Shier, E. K. (2023). Contributions of Multimethod Personality Assessment in Indirect Evaluation. *Journal of Personality Assessment, 105*(4), 566-577.
- 57- Münch, R., Walter, H., & Müller, S. (2020). Should behavior harmful to others be a sufficient criterion of mental disorders? Conceptual problems of the diagnoses of antisocial personality disorder and pedophilic disorder. *Frontiers in psychiatry, 11*, 558655.
- 58- Nasehi AA, Raisi F, Ghaeli P, Amini M, Yahyavi ST, Arabkheradmand J. ... & Abdi F. (2017). Prevalence of sexual dysfunction among general population of Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 11*, e7643.
- 59- Nenadić, I. (2021). Narcissistic Traits and Executive Functions. *Frontiers in psychology, 12*, 707887.
- 60- Pavanello Decaro, S., Di Sarno, M., Anzani, A., Di Pierro, R., & Prunas, A. (2021). Narcissistic personality traits and sexual dysfunction in women: The role of body image self-consciousness. *The journal of sexual medicine, 18*(11), 1891-1898.
- 61- Rodriguez-Seijas, C., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2021). A population-based examination of criterion-level disparities in the diagnosis of borderline personality disorder among sexual minority adults. *Assessment, 28*(4), 1097-1109.
- 62- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, R.D., Agostino, J.R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther. 26*(2):191-208.

- 63- Rowland, D.L. & Tempel, A.R. (2020). *Personality and Sexual Dysfunctions*. Wiley. Published Online:20 November 2020, Published Print:18 September 2020, Online ISBN: 9781119547181.
- 64- Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* (Vol. 2015, pp. 648-655). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- 65- Shadara Z, Dehghani M, Heidari M, Mahmoud Aliloo M. (2021). Distress Tolerance, Impulsivity, and Aggression: The Role of Emotional Dysregulation and Reward Sensitivity in Individuals with Borderline Personality Disorder Features. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 9, 37-50.
- 66- Smith, M. S., Jarnecke, A. M., & South, S. C. (2020). Pathological personality, relationship satisfaction, and intimate partner aggression: Analyses using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, alternative model of personality disorder traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(6), 398.
- 67- Stead, L., Brewer, G., Gardner, K., & Khan, R. (2022). Sexual coercion perpetration and victimisation in females: The influence of borderline and histrionic personality traits, rejection sensitivity, and love styles. *Journal of sexual aggression*, 28(1), 15-27.
- 68- Stoffers-Winterling, J., Völlm, B., & Lieb, K. (2021). Is pharmacotherapy useful for treating personality disorders?. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 22(4), 393-395.
- 69- Tannenbaum, L., & Rodzen, M. (2021). Traits Versus States: Understanding Personality Disorders. *Physician Assistant Clinics*, 6(3), 467-477.
- 70- Trfiu, S., Neaça, E. A., Neagoe, Ş. E., & Ojică, A. S. (2021). HISTRIONIC IMMATURE PERSONALITY DISORDER.
- 71- Waldinger, M. D. (2015). Psychiatric disorders and sexual dysfunction. *Handbook of clinical neurology*, 130, 469-489.
- 72- Williams, R., Casini, M. P., Moselli, M., Frattini, C., & Ronningstam, E. (2021). The road from pathological narcissism to suicidality in adolescence: An empirical study. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9761.
- 73- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., ... & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69-78.
- 74- World health organization. (2006). Sexual and reproductive health (Programmes). Retrieved from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en.
- 75- Yalch, M. M., Mehta, A., Watters, K. N., Dawood, S., & Schroder, H. S. (2023). Relative effects of sexual assault and temperament traits on cognitive characteristics of histrionic personality disorder. *Violence and victims*.

The Comparison of Prevalence of Sexual Dysfunctions in Married Women with and without Symptoms of Cluster B Personality Disorders in Tehran

Elahe Mehdi¹, Asghar Mir Mehrabi², Reza Ghorban Jahromi^{3*}, Zahra Zabihi Fard

1. M.A of Personality Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
asuostat@yahoo.com

2. M.A of Personality Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
asgharmirmehrabi.official@yahoo.com

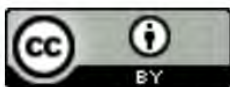
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
rrghorban@gmail.com

4. Phd Student of General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
zabihifard.zahra@yahoo.com

Abstract

Sexual dysfunction is considered a common sexual problem affecting different aspects of life, that has several etiologies and psychiatric disorders play an important role in its formation. This paper aims to comparison of prevalence of sexual dysfunctions between married women with symptoms of cluster B personality disorder and healthy persons in Tehran. This is a causal – comparative research. To do so, 1000 married women from Tehran City were screened in first half of 2021, among them 145 persons were diagnosed with symptoms of cluster B personality disorder and 56 persons were selected through convenience sampling as individuals with disorder. Data of 20 healthy married women were analyzed for comparative purposes. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI3), Female Sexual Functions Index (FSFI) and International Index of Erectile Function (ILEF) were used. Data were analyzed by comparing two independent groups in SPSS, Version 26. In married women, the mean sexual function in healthy persons was more significant than borderlines, histrionics, and narcissists ($P < 0.05$) But, this difference in antisocials was not significant ($P > 0.05$). The results show that prevalence of sexual dysfunctions in cluster B personality disorder is more than healthy married women. Therefore, it is recommended that psychotherapy specialists in the diagnosis and treatment of sexual dysfunction, pay attention to the role of personality disorders and the issue of comorbidity.

Keywords: Sexual Dysfunction, Personality Disorder, Cluster B, Married Women, Screening.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)