

برساخت سامانه اعتیاد جنسی در ایران (بر اساس تجربه زیسته جمعی از معتادان جنسی)^۱

ادریس سلطانی* ، فرح ترکمان**

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۳/۲۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۷/۹

چکیده

اعتیاد جنسی وضعیتی است که در آن فرد توان کنترل بر رفتار جنسی خود را از دست می‌دهد و در نتیجه هم خود فرد و هم جامعه متحمل تجربیات زیانباری می‌شوند. این موضوع آسیب و تهدیدات بسیار جدی برای امنیت اجتماعی به وجود آورده است. پژوهش حاضر درصدد بررسی مقولاتی است که در تجربه معتادان جنسی بنا بر بستر فرهنگی و اجتماعی ویژه شکل گرفته است. این پژوهش با رویکرد روش‌شناختی پدیدارشناسانه، پژوهشی کیفی است و از روش گراندد تئوری برای پاسخ به سؤالات تحقیق استفاده شده است. اطلاعات با استفاده از روش مشاهده مشارکتی و

۱- این مقاله مستخرج از رساله دکتری است.

* دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی گروه‌های اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
edrissoltani۹۶@gmail.com

** هیأت علمی گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
fa.torkaman@iaucfb.acuctb.ac.ir

تکنیک مصاحبه عمیق گردآوری شد. بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند و نمونه‌گیری نظری و با معیار اشباع نظری، ۴۰ نفر معنادار جنسی در تحقیق مشارکت داشتند. بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه هفت مقوله شامل: رفتار جنسی کانون کنش‌های اجتماعی، بدکارکردی نهاد خانواده، هراس اجتماعی، حقارت اجتماعی/ طرد اجتماعی، بی‌پروایی جنسی، عقده محرومیت/رهایی میل جنسی و سرگشتگی هویت برساخته شد. نتایج تحقیق نشان داد که کنش جنسی اعتیادگونه معنادار جنسی به شدت متأثر از تجربیات و تعاملات خانوادگی- محیطی آنهاست که این کنش جنسی در ادامه زندگی معنادار جنسی با عدم کارکرد درست نهادهای دیگر اجتماعی همچون نهاد آموزشی و حقوقی تشدید شده است. بر این اساس هفت مقوله حاصل از اطلاعات تحقیق در حول مقوله هسته "اعتیاد جنسی، برساخت وضعیت فرایند-تعامل آنومیک" تنیده شدند.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد جنسی، برساخت اجتماعی، آشفتگی هویت، بی‌سامانی اجتماعی، اختلال جنسی

طرح مسئله

مفهوم "اعتیاد جنسی"^۱ به رفتارها، گرایش‌ها و خیال‌پردازی‌های جنسی گفته می‌شود که از کنترل فرد خارج و منشأ مشکلات و مسائل جدی در زندگی فرد است. (Rosenberg, K. P., & Feder, ۲۰۱۱). در واقع معنادار جنسی افرادی هستند که رفتار جنسی آن‌ها به میزانی است که توان کنترل بر آن را از دست داده‌اند و در نتیجه آن، تجربیات زیانباری را دریافت می‌دارند. (Edgar, ۲۰۱۱: ۲۶).

این مفهوم برای اولین بار در سال ۱۹۷۰ توسط اورفورد^۱ معرفی شد، وی از آن با عنوان بیش فعالی جنسی نام برد. اورفورد رفتار جنسی خارج از کنترل را به عنوان یک اعتیاد جنسی شناسایی و با رفتار اعتیاد به الکل مقایسه کرد و آن را الگوی ناسازگار رفتار مختل شده که با عواقب نامطلوب همراه است، توصیف نمود. (Orford, J., ۱۹۷۸) جهت تفهیم بهتر اعتیاد جنسی مقایسه آن با انواع دیگر اعتیاد همچون الکلیسم و یا اعتیاد به داروهای مخدر نیاز است. تعریف مشترک از اعتیاد، وابستگی جسمی و روانی به یک ماده می باشد. به عنوان مثال رابطه الکلی ها با الکل اهمیت بسیار بیشتری از روابط آن ها با خانواده و دوستان و ... پیدا می کند. این رابطه تا جایی توسعه می یابد که شخص احساس عدم نیاز به مصرف آن را داشته باشد اما با هر بار مصرف، شخص، نیازمند مصرف بیشتر آن برای رسیدن به احساسی خوشایند است، اعتیاد جنسی هم بدین صورت است. در واقع اعتیاد جنسی، همچون یک همراه مریض و احساس ناخوشایند جایگزین سایر روابط و دوستی های سالم می گردد (Carnes, P., ۲۰۰۱).

فرد معتاد جنسی توان کنترل بر رفتار خود را از دست می دهد و همچون اعتیاد به ، وابستگی وی بیشتر و بیشتر می شود به طوری که فرایند زندگی روزمره او به شدت تحت تأثیر قرار می گیرد، روابط طبیعی او با خانواده و دوستان و همچنین محیط کار مختل می شود. اعتیاد جنسی، که گاهی از آن به عنوان اختلال^۲ "بیش فعالی جنسی"^۳ نیز یاد می شود، تا حد زیادی توسط روانپزشکان نادیده گرفته شده است، حتی اگر شواهدی وجود داشته باشد که شرایط ویژه آن ها مشکلات روانی بسیار جدی برایشان به وجود آورده است (Quadland, ۱۹۸۵: ۱۱). از زمان پیدایش اعتیاد جنسی در ادبیات بالینی، اصطلاحات مختلفی برای نام گذاری آن استفاده شده است که از جمله می توان به "جنون شهوانی"^۳، "شهوته پرستی"^۱، "سواس جنسی"، "تکانشگری جنسی،

۱. Orford

۲. hypersexual

۳. nymphomania

رفتار جنسی خارج از کنترل، اعتیاد جنسی و بیش‌فعالی جنسی اشاره نمود (Killa, ۲۰۱۳).

بر اساس آنچه گفته شد اعتیاد جنسی طیفی از رفتارهای افراطی جنسی را در برمی‌گیرد که برخی از آن‌ها محصول دوران جدید و متأثر از گسترش رسانه‌ها می‌باشند. اعتیاد جنسی تنها محدود به رابطه جنسی نیست بلکه خودارضایی و اخیراً اعتیاد به فیلم و عکس‌های پورن را هم در بر گرفته است. "فری و لاسر اعلام کرده‌اند که ۶ تا ۱۰ درصد از بالغین در جامعه آمریکا اعتیاد جنسی دارند که حدس زده می‌شود ۴۰ تا ۵۰ درصد از آن‌ها زنان باشند. برخی از پژوهشگران اعلام کرده‌اند که ۱۷ تا ۳۷ میلیون آمریکایی دچار اعتیاد جنسی هستند (زاهدیان، ۱۳۹۰: ۶۶، به نقل از هاگدرن)."

باید اشاره نمود هیچ مفهومی به‌اندازه اعتیاد جنسی در میان درمانگران جنسی اختلاف‌نظر ایجاد نکرده است، چیزی که از آن به‌عنوان رفتار جنسی مشکل‌ساز و خارج از کنترل یاد شده، بسیاری آن را به اعتیاد جنسی تعریف می‌کنند (Carnes, ۲۰۰۱). این پدیده محدود به کشور یا جامعه خاصی نیست و در همه‌جا وجود دارد اما این پرسش که آیا علل شکل‌گیری آن در همه‌جا یکسان می‌باشد و زمینه‌های اجتماعی و روانی تا چه میزان در بروز آن تأثیر دارد سؤالی است که پاسخ به آن نیازمند تحقیق و پژوهش می‌باشد. به همین صورت تأثیرات مخرب اعتیاد جنسی در جوامع می‌تواند متفاوت باشد. در جامعه‌ای که این آسیب به‌عنوان نوعی بیماری پذیرفته شده، جهت درمان آن تلاش می‌شود و به‌طور طبیعی اثرات متفاوتی بر جامعه می‌گذارد. محققان بیان می‌کنند که اعتیاد جنسی یک اختلال ویرانگر است و ازدواج و روابط خانوادگی را نابود می‌کند. در میان معتادان جنسی به‌ویژه مردان احساس نارضایتی زیادی از زندگی وجود دارد. (Reid, ۲۰۱۲). این اختلال افراد را در معرض ایدز و سایر بیماری‌های مسری جنسی قرار داده و موجب مشکلات اجتماعی و شغلی می‌شود و در اهمال در مسئولیت‌های

مربوط به رفتارهای جنسی تأثیر بسزایی دارد. مردان و زنان مبتلا به اعتیاد جنسی در دیگر رفتارهای پرخطر از جمله مصرف دخانیات، الکل، سوء مصرف مواد مخدر و داروهای غیرقانونی با طرح درگیر هستند، همچنین در میان مردان، قماربازی رایج است (Kafka, ۲۰۱۰).

شناخت تجربه زیسته معتادان جنسی، علی‌رغم اهمیت زیادی که می‌تواند داشته باشد، کاری است که به‌ویژه در کشور ایران بسیار کم صورت گرفته است. پژوهش حاضر، به بررسی مقولاتی که به تجربه معتادان جنسی بنا بر بستر فرهنگی و اجتماعی ویژه آن مربوط می‌باشد می‌پردازد که تاکنون در جامعه ما از این زاویه به آن پرداخته نشده است. فهم تجارب زیسته و توصیف آن از زبان خود ایشان می‌تواند تأثیر زیادی در افزایش دانش ما نسبت به کنشگرانی داشته باشد که همیشه درک و دانش کمتری از آنان نسبت به سایرین داریم. بنابراین شناساندن چهره مبهم بخشی از اعضای جامعه مورد مطالعه در مورد مسئله اعتیاد جنسی و تابوهای فرهنگی زیادی که وجود جامعه و خانواده را احاطه کرده است، می‌تواند حائز اهمیت باشد و گامی مهم جهت روشن نمودن سیمای معتادان جنسی و کنش‌هایشان برداشته شود. اهمیت پرداختن به این شناخت در ایران از آن‌روست که درباره این افراد هیچ‌گونه اطلاعات رسمی وجود ندارد، هیچ سازمان و نهادی به‌طور روشن و واضح عهده‌دار رسیدگی به وضع این افراد نیست و از آن‌جاکه روابط جنسی حتی در قانون‌مندترین و شرعی‌ترین شکل آن در جامعه در حاله‌ای از ابهام مورد توجه قرار می‌گیرد، پس بیشتر فضاهای انحرافی هم از دید مردم پنهان است. بنابراین پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که معتاد جنسی چه تصویری از خویشتن ارائه می‌دهد؟ چه تصویری از اجتماعات پیرامونش ارائه می‌کند؟ آیا مداخلات اجتماعی را در فرایند درمان خود مؤثر می‌پندارد؟ معتاد جنسی جامعه خود را با چه تهدیداتی روبه‌رو می‌کند؟ آیا بیان نمایشنامه‌های برآمده از تجربه زیسته معتادان جنسی می‌تواند بر شناخت راستین این پدیده بیفزاید؟

تاریخچه مفهومی پدیده

عواقب ناخوشایند و منفی، پریشانی شخصی و شرم و گناه تجربه شده به وسیله بیماران که از اعتیاد جنسی رنج می‌برند، نیاز به فهم عمیق پدیدارشناسانه و روانشناسانه از آن دارد. رفتارهای جنسی پارافیلیا و عواقب مخرب آن، از زمان‌های بسیار دور توصیف و مورد بحث قرار گرفته بود. این موضوع به‌عنوان یک گناه و یا بیماری و بسته به دیدگاه‌های سیاسی و مذهبی حاکم در هر دوره‌ای مورد توجه قرار می‌گرفت. اصطلاحات متعدد به‌کاررفته برای نام‌گذاری این انحرافات از سوی اندیشمندان (شهوت‌پرستی، انحراف، انحراف جنسی، اختلال کنترل تکانه، اعتیاد جنسی و ...) نشان‌دهنده مشکل در مفهوم‌سازی و ارائه معیارهای تشخیصی برای آن بوده است (Garcia, ۲۰۱۰). اجماع محدود در مورد ارائه تعریفی مشخص از اختلال رفتارهای جنسی افراطی (پارافیلیا) و همچنین محدودیت تعداد داده‌های علمی قوی در این زمینه، تشخیص این اختلال را به‌عنوان یک "اختلال اعتیادی"^۱ با مشکل روبه‌رو کرده است (Kafka, ۲۰۱۰).

کرافت اینینگ اولین نمونه از اختلال افزایش میل جنسی غیر طبیعی در اروپای غربی را توصیف نمود که آن را بیش‌فعالی جنسی نامید (Krafft-Ebing, & Klaf, ۱۹۶۵: ۱۱). چند سال بعد کنسی و همکارانش مفهومی با عنوان "خروجی کلی جنسی"^۲ (TSO) را مطرح نمودند که با مجموع کلی ارگاسم‌هایی که فرد از طرق مختلف (خودارضایی سکس، اورال و...) در طی یک هفته دارد، مطابقت داشت. نویسندگان این اثر گزارش دادند که فقط ۷/۶ درصد مردان آمریکا (افراد زیر ۳۰ سال) میانگین خروجی کلی جنسی بالای هفت مورد را در هر هفته که به مدت ۵ سال مورد بررسی قرار گرفت، گزارش نمودند. با در نظر گرفتن این داده‌ها و دیگر مطالعات و

۱. addictive disorder

۲. total sexual outlet

پژوهش‌های تأییدی، کافکا و همکارانش به این نتیجه رسیدند که رفتار بیش فعالی جنسی می‌تواند به وسیله TSO حداقل هفت بار در هفته تشخیص داده شود (Garcia, ۲۰۱۰).

برای اولین بار مفهوم رفتار جنسی ناپارافیلیک به عنوان یک اعتیاد توسط اورفورد مطرح گردید. وی آن را به عنوان یک "الگوی نابهنجار"^۱ در کنترل و استفاده نامناسب بر روی یک رفتار که دارای عواقب نامطلوب است، توصیف نمود. این موضوع در کتاب کارنز با عنوان "کتاب خروج از سایه: شناخت اعتیاد جنسی" بیشتر مورد بحث و بررسی قرار گرفته و عمومیت پیدا کرده است. همچنین نویسندگان دیگری هم مفهوم اعتیاد جنسی را مطرح نموده‌اند، اما اختلافات برجسته‌ای در مورد این که چگونه باید آن را طبقه بندی نمود، به وجود آمده است. اشاره به یک پدیده بالینی درباره رفتار جنسی ناپارافیلیک، در طبقه بندی رسمی آمار و تشخیص سالیانه اختلالات ذهنی DSM-III گزارش شده است، این موضوع به عنوان یک اختلال روانی-جنسی و نه طبقه بندی دیگری؛ توصیفی است از یک اضطراب در مورد الگویی از انجام اعمال جنسی مکرر و یک مداومت رفتاری در این افراد به عنوان تنها چیزی که می‌تواند در زندگی خود پیدا کنند (شهوت‌پرستی، خود ارضایی و...).

در DSM-IV به دلیل کمبود تحقیقات تجربی و اجماع بر سر این نوع رفتار جنسی به عنوان یک اعتیاد، اصطلاح اعتیاد جنسی ناپارافیلیک رایج نشد. بدین ترتیب اختلال جنسی با ملاک تشخیصی ذیل تعریف گردید: "اضطرابی است در مورد الگویی از روابط جنسی مکرر با افراد متعدد که فقط به عنوان یک جانشین رفتاری از جانب شخص مورد استفاده قرار گرفته است". (Garcia, ۲۰۱۰) کافکا پیشنهاد بازبینی این اصطلاح را در ویرایش پنجم DSM که در وب سایت انجمن روانشناسی آمریکا^۲

۱. maladaptative pattern

۲. American Psychological Association

(APA) انتشار یافته، مطرح نموده است. در بازبینی دهم طبقه‌بندی بین‌المللی از بیماری‌ها و مشکلات مربوط به سلامتی، اصطلاح "عمل جنسی افراطی"^۱ و طبقه بندی تشخیصی از رفتارهای جنسی افراطی نانفارالیک ارائه شد. این سندروم تنها بر اساس این‌که آیا بیمار مرد است یا زن به "ساتیاریسیس"^۲ و "نایمفومانیا"^۳ تقسیم شده است. مفاهیم متعددی برای نام‌گذاری رفتارهای جنسی نانفارالیک بر اساس وسواس فکری-عملی (OCD)، اختلال کنترل تکانه، رفتارهای جنسی افراطی و اختلالات اعتیادی پیشنهاد گردید. هر یک از این مفاهیم بر اساس فرضیاتی درباره مکانیسم علل و راهکارهای درمانی تأثیرگذار مطرح شدند (Garcia, ۲۰۱۰).

معیارهای تشخیصی اعتیاد جنسی

گودمن و همکارانش (۱۹۹۲)، با به کارگیری تعریف کنونی از اعتیاد به مواد مخدر (معیارهای DSM IV) و استفاده از آن برای تعریف اعتیاد جنسی، ضمن جایگزینی کلمه "ماده"^۴ با "رفتار جنسی"^۵، معیارهای اختلال "اعتیاد جنسی" را به ترتیب ذیل مطرح نمودند:

الف: شکست مکرر در برابر تکانه‌های جنسی، هنگام مقاومت در برابر درگیر شدن در رفتار جنسی مشخص

ب: احساس افزایش تنش بلافاصله قبل از شروع رفتار جنسی

ج: لذت و آرامش هنگام درگیر شدن در رفتار جنسی

د: سرانجام کسی که دارای حداقل پنج مورد از ملاک‌های زیر است:

۱. excessive sexual drive
۲. satyriasis
۳. nymphomania
۴. substance
۵. sexual behavior

- اشتغال ذهنی زیاد به رفتار جنسی یا عملی که مقدمه‌ای برای ورود به یک رفتار جنسی است.
- درگیری زیاد به رفتار جنسی بسیار بیشتر و طولانی‌تر از زمانی که فرد به‌طور طبیعی به آن مشغول است.
- تلاش‌های مکرر برای کاهش، کنترل و یا توقف رفتار جنسی
- صرف مدت زمان طولانی به فعالیت‌هایی که برای درگیر شدن در یک رابطه جنسی لازم است و یا صرف وقت و زمان طولانی برای ریکاوری و بازتوانی مجدد پس از انجام عمل جنسی.
- درگیری شدید به رفتارهای جنسی هنگامی که انتظار می‌رود کار معمول روزانه همچون شغل، دانشگاه و یا تعهدات خانوادگی و اجتماعی و... صورت پذیرد.
- رها شدن عملکردهای مهم فرد همچون شغل، خلاقیت، فعالیت‌های فردی و اجتماعی به دلیل اشتغال به مسائل جنسی.
- اصرار بر انجام رفتار جنسی با وجود این‌که فرد می‌داند این عمل برای وی دارای عواقب مخرب مالی، اجتماعی، روانی و یا مشکلات جسمانی است و این مسائل با روابط جنسی به وجود می‌آید و تشدید می‌شود.
- تحمل^۱: نیاز به افزایش شدید و تعدد در رفتارهای جنسی به منظور ارضای خواسته جنسی خود و یا کاهش تأثیر لذت جنسی در حالی که تعداد رفتارهای جنسی افزایش یابد.
- بی‌قراری و کج‌خلقی هنگامی که فرد قادر نیست وارد عمل جنسی شود (Goodman, ۱۹۹۲: ۳۱۴).

همانند رویکرد یادشده، کافکا اخیراً اصطلاح بیش فعالی جنسی را برای رفتارهای افراطی جنسی ناپارافیلیک به کار برده است وی همچنین ملاک‌های تشخیصی ذیل را در ویرایش پنجم (DSM-V) پیشنهاد نموده است.

الف: داشتن توهمات شدید جنسی، میل مفرط به انجام آن، یا داشتن دست‌کم چهار مورد از موارد زیر در طول یک دوره دست‌کم شش ماهه
(۱) زمانی طولانی در برنامه‌ها، افکار و امیال جنسی برای انجام رفتار جنسی درگیر بودن

(۲) به‌طور مکرر درگیر توهمات و امیال جنسی بودن در پاسخ به حالات روحی ملال آور فرد (اضطراب، افسردگی، خستگی، تحریک پذیری)

(۳) به‌طور مکرر درگیر توهمات و امیال جنسی بودن در پاسخ به وقایع استرس زای زندگی

(۴) تلاش‌های مکرر و ناموفق برای کاهش و یا رهایی از رفتار، امیال و توهمات جنسی

(۵) به‌طور مکرر درگیر رفتار جنسی، در حالی که فرد نسبت به صدمات عاطفی و فیزیکی آن نسبت به خود و دیگران بی‌توجه است.

ب: فشار و استرس بالینی زیاد یا آسیب دیدن وضعیت شغلی و اجتماعی در بخش‌های مهمی از عملکرد شخص، با شدت و فراوانی بالا به‌وسیله توهمات، امیال و رفتارهای جنسی.

ج: این تخیلات، امیال و رفتارهای جنسی در نتیجه تأثیرات روانی مستقیم مصرف مواد نیست (دارو یا سوء مصرف مواد مخدر) (Garcia, ۲۰۱۰).

پیشینه تحقیق

شیخی، عیسی زادگان و حافظ نیا (۱۳۹۳)، پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط اعتیاد جنسی با تیپ شخصیتی وسواس و اضطراب در دانشجویان" انجام دادند. این پژوهش

با هدف بررسی رابطه اعتیاد جنسی با انواع مختلفی از اختلالات روانپزشکی و روانشناسی در بین دانشجویان صورت پذیرفته است. نتایج آن‌ها نشان داد که بین تیپ‌های شخصیتی وسواس و اضطراب با اعتیاد جنسی همبستگی وجود دارد علاوه بر آن نتایج رگرسیون چند گانه نشان داد که بین متغیر ملاک (اعتیاد جنسی) با متغیرهای پیش بین (وسواس و اضطراب) ارتباط معناداری وجود دارد و هر کدام به تنهایی به‌طور معناداری واریانس اعتیاد جنسی را پیش بینی می‌کند.

زاهدیان، محمدی و سامانی (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی نقش سبک‌های دلبستگی، پیوند والدینی و خودپنداره در اعتیاد جنسی پرداختند. هدف از مطالعه آن‌ها بررسی نقش سبک دلبستگی، پیوند والدینی و خودپنداره در اعتیاد جنسی برای دستیابی به بهترین عامل‌های پیش بین، جهت افتراق معتادان جنسی از افراد سالم بوده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد، که معتادان جنسی و افراد سالم از نظر سبک دلبستگی دوسوگرا، محافظت بیش از حد پدر و مادر و خودپنداره تفاوت معناداری داشتند. تحلیل افتراقی نشان داد که محافظت بیش از حد مادر و پدر و سبک دلبستگی دوسوگرا بهترین افتراق دهنده‌ها و پیش بین‌های اعتیاد جنسی می‌باشند و در ۷۲/۹۰ درصد موارد معتادان جنسی را از افراد عادی افتراق می‌دهند و در نهایت نتیجه‌گیری می‌کنند که در درمان اعتیاد جنسی می‌بایست اختلالات دلبستگی را در مداخلات مد نظر قرار داد.

کاریلا^۱ و همکاران (۲۰۱۴)؛ به پژوهشی با عنوان "اعتیاد جنسی یا اختلال بیش‌فعالی جنسی^۲ و علل آن" پرداخته‌اند. در این پژوهش آن‌ها بیان می‌کنند که اعتیاد جنسی هم به‌عنوان اختلال بیش‌فعالی جنسی شناخته شده است، تا حد زیادی توسط درمانگران و روانپزشکان نادیده گرفته شده، اگر چه این وضعیت باعث مشکلات روانی

۱. Karila

۲. hypersexual

جدی برای بسیاری از مردم شده است. فقدان شواهد تجربی در اعتیاد جنسی در نتیجه نبود اطلاعات از این بیماری و از نسخه‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که میزان شیوع موجود از اختلالات مربوط به اعتیاد جنسی از ۳٪ تا ۶٪ می‌باشد.

کلمنت^۱ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی به "بررسی افکار پارافیلیک، رفتارها و اعتیاد جنسی در افراد معتاد به مواد مخدر" پرداختند. هدف مطالعه آن‌ها بررسی شیوع افکار و رفتارهای پارافیلیا (از جمله اختلالات بدکارکردی جنسی) با و بدون اعتیاد جنسی و شرایط مرتبط با جنس، در یک نمونه از بیماران مبتلا به اختلال مواد مخدر بوده است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که شیوع بالای افکار / رفتارهای پارافیلیکی با یا بدون وابستگی جنسی در افرادی که از داروهای مخدر استفاده می‌کنند وجود دارد و ممکن است آن‌ها در طول دوران کودکی از تجربه غفلت جسمی و احساسی برخوردار بوده باشند و این موضوع احتمالاً باید در عمل بالینی مورد بررسی قرار گیرد. تجربیات فرد در طول زندگی بر مجموعه‌ای از تمایلات دیگر وی از جمله تمایلات جنسی تأثیرگذار است و ممکن است او را به سمت خاصی از انحراف سوق دهد.

بررسی پژوهش‌های انجام شده داخلی و خارجی نشان می‌دهد که اکثر این پژوهش‌ها با روش کمی انجام شده است و محققان با پیش فرض‌های نظری از پیش مشخص وارد میدان شده‌اند و از آنجایی که بیشتر این پژوهش‌ها بارویکرد روانشناختی و روان‌درمانگری صورت پذیرفته‌اند، نتایج آن ابعاد تازه‌ای از موضوع را به‌ویژه از منظر مطالعات جامعه‌شناختی و آسیب اجتماعی نشان نداده‌اند. بنابراین، پژوهش حاضر با رویکرد روش‌شناختی پدیدارشناسانه و اتخاذ روش کیفی به بررسی درک و تفسیر معتادان جنسی از پدیده اعتیاد جنسی و سوء رفتار جنسی پرداخته است. این تحقیق در پی آن است که به نظام معنایی اعضای جامعه معین در مورد رفتار اعتیادگونه جنسی

دست یابد یا به عبارت دیگر موضوع اعتیاد جنسی را در متن اجتماعی مشخصی مطالعه کند.

چارچوب مفهومی

از آنجایی که پژوهش کیفی با هدف تفسیر، درک، تفهیم و دریافت معنای درونی کنش‌های معنادار انسان در محیط اجتماعی انجام می‌گیرد، در نتیجه در بیشتر پژوهش‌های کیفی محقق بدون استفاده از تئوری و فرضیه‌های از پیش تعیین شده وارد میدان تحقیق می‌شود و به پژوهش درباره پدیده می‌پردازد. در این تحقیق از رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی برای تدوین چارچوب مفهومی استفاده شده است.

مفهوم برساخت اجتماعی که اولین بار توسط برگر^۱ و لاکمن^۲ (۱۹۶۶) در کتاب ساخت اجتماعی واقعیت بکار برده شد بر اساس تلفیقی از جامعه‌شناسی معرفت آلفرد شوٲس و مفهوم نهادهای دورکیم بنیادشده و می‌کوشد به این پرسش پاسخ دهد که چگونه معنای ذهنی به واقعیتی اجتماعی تبدیل می‌شود؟ این اندیشمندان برساخت‌گرا تلاش می‌کنند مجموعه‌ای از فرض‌ها و استنباط‌ها را درباره واقعیت اجتماعی مطرح نمایند و شیوه تحلیل این واقعیت را در آشکار کردن دینامیزم اجتماعی و فرهنگی دنبال کنند (۸: Vander, ۲۰۰۲). در رویکرد برساخت‌گرایی، رشد انسان به صورت اجتماعی صورت می‌پذیرد و دانش از طریق کنش متقابل با دیگران برساخته می‌شود. این رویکرد ذیل پارادایم تفسیرگرایی اجتماعی قرار می‌گیرد. در پارادایم تفسیرگرایی اجتماعی انسان به مثابه موجودی فعال، خالق و معناساز تعریف می‌شود که پیوسته در حال ساخت و ساز و معنادارکردن زندگی اجتماعی و واقعیات اجتماعی روزمره است (ریترز، ۱۳۸۷: ۱۱۷).

۱. Peter L. Berger

۲. Luck man

برساخت‌گرایی اجتماعی تمرکزش بر مفاهیم واقعیت، معرفت و یادگیری است. ایده اصلی این مکتب تأکید بر وابستگی مفاهیم اجتماعی بر رفتارهای ممکن (در مقابل ضروری) اجتماعی انسان‌هاست. بدین معناکه بسیاری از مفاهیمی همچون پول، اجاره کردن، تابعیت، دموکراسی و روزنامه همگی برساخته زندگی بشر هستند و جدا از آن مفهومی ندارند (یوسفیان و موسوی کریمی، ۱۳۸۹). بر اساس رویکرد برساخت‌گرایی، منابع دانش و معرفت در تعاملات و کنش‌های متعارف و روزمره افراد نهفته است و چیزی خارج از کنش متقابل مردم معنادار نیست؛ بنابراین دانش عامیانه، منبع عمده دانش و معرفت است و تکیه روش علمی بر آن است، دانش نه توسط تعداد خاصی از افراد بلکه توسط تمام افراد تولید و بازتولید می‌شود و در این فرآیند محقق نیز خود عنصری از جامعه و درگیر آن است؛ بنابراین در این رویکرد سوژه و ابژه یا فاعل و مفعول شناخت یکی است؛ یعنی محقق ضمن این‌که تحقیق می‌کند مورد تحقیق قرار می‌گیرد (محمد پور و ایمان، ۱۳۸۷: ۱۹۶).

در نوع رادیکالی برساخت‌گرایی اجتماعی وجود واقعیت صرفاً فیزیکی و غیر برساخته اساساً منتفی دانسته می‌شود. برای مثال اگر مفهوم دریا بین همه زبان‌ها و انسان‌ها مشترک است و یک تصور نسبت به آن وجود دارد، این موضوع تنها نشان دهنده توافقی تقریباً کامل بین همه انسان‌هاست و نشان از وجود واقعیتی عینی جدا از انسان‌ها ندارد. همان‌طور که مشخص است این نوع از برساخت‌گرایی اجتماعی وارث نوع رادیکالی از ایدئالیسم است (یوسفیان و موسوی کریمی، ۱۳۸۹). تحقیق حاضر با رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی به بررسی پدیده اعتیاد جنسی و فهم آن به‌عنوان یک واقعیت اجتماعی می‌پردازد. بر مبنای مفروضات اساسی رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی، حقیقت و معنا به گونه‌ای مستقل از آگاهی انسان‌ها قرار ندارند. معانی به جای این‌که کشف و یافته شوند برساخته می‌شوند (قادرزاده و پیری، ۱۳۹۳). بر این اساس، انسان‌ها بنا بر تجربه زیسته دارای دانشی حسی راجع به امور فردی و عمومی زندگی هستند؛ معنا و فرآیند تفسیر معانی و کنش‌های آنان در اجتماع‌های

گوناگون با فرهنگ‌های متفاوت، همسان نیستند. در پژوهش حاضر، تأکید بر رویکرد برساخت‌گرایی است که بر ماهیت ذهنی، تعریفی، فرآیندی و برساخت موضوع در تعاملات اجتماعی تأکید دارد و تلاش می‌شود از لابه لای درک ذهنی و تفسیری کنش معتادان جنسی به فهم واقعیت این پدیده دست یافته شود.

روش پژوهش

تحقیق حاضر، با رویکرد پدیدارشناسی، از نوع کیفی است و از آنجاکه هدف این تحقیق شناخت برساخت سامانه اعتیاد جنسی در ایران است، از روش نظریه زمینه‌ای جهت انجام فرآیند تحقیق و تحلیل اطلاعات بهره گرفته شده است. نظریه زمینه‌ای از روش‌های کیفی جدیدی است که اخیراً بیش از هر زمانی مورد توجه محققان قرار گرفته است. ریشه این روش را می‌توان در اندیشه‌های مکتب کنش متقابل نمادین و نظریات چارلز هورتون کولی و جرج هربرت مید دید (۲: Goulding, ۱۹۹۹).

نمونه‌گیری و مشارکت کنندگان

در روش نظریه زمینه‌ای تعداد شرکت کنندگان تحقیق از ابتدا معین نیست و به تدریج با جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها مشخص می‌شود (استروس و کوربین، ۱۳۹۰). در مطالعه کنونی از دو نوع "نمونه‌گیری هدفمند" و "نمونه‌گیری نظری"^۲ بهره گرفته شد. نمونه‌گیری نظری عبارت است از نمونه‌گیری بر مبنای مفاهیم در حال ظهور برگرفته از داده‌ها. این نوع نمونه‌گیری روشی برای گردآوری و تحلیل همزمان داده‌ها برحسب تم‌ها - مقوله‌های برگرفته از داده‌ها است (همان: ۱۴۳). در تحقیق حاضر از مفهوم اعتیاد جنسی و معتاد جنسی، مطالعه آغاز گردید و در روند پاسخگویی معتادان جنسی،

۱. Purposive Sampling

۲. Theoretical Sampling

مفاهیم دیگر شکل گرفت. در نمونه‌گیری هدفمند محقق کیفی با افرادی گفتگو می‌کند که در زمینه موضوع مطالعه یا جنبه‌هایی از آن دارای اطلاعات و شناخت مناسب باشند. به این افراد اصطلاحاً مطلعان^۱ یا دروازه بانان^۲ اجتماع گفته می‌شود (ایمان، ۱۳۹۱، محمد پور ۱۳۹۲، ازکیا و همکاران، ۱۳۹۱). مطلعان در این تحقیق، معتادان جنسی بودند که قبول کردند با آن‌ها مصاحبه انجام گیرد. این معتادان جنسی عمدتاً تحت پوشش سمن‌های درمانگر معتادان مواد مخدر بودند که به اعتیاد جنسی نیز اقرار داشتند. در این تحقیق از دو روش نمونه‌گیری برای شناسایی، خلق و مرتبط کردن مفاهیم جهت پرورش نظریه و از معیار اشباع نظری که از ویژگی‌های آن است برای اتمام کار بهره گرفته شد. در این پژوهش با مصاحبه با ۴۰ شرکت کننده اشباع نظری به دست آمد.

روش گردآوری و تحلیل اطلاعات

گراندد تئوری، روشی نظام‌مند و منسجم است که در آن ممکن است گردآوری اطلاعات به روش‌های متعددی از جمله مصاحبه، بررسی اسناد و مشاهده حاصل شود؛ اطلاعات به هر شکلی که گردآوری شوند ترجیحاً باید کیفی و مفصل باشند، در واقع نظریه بر اساس اطلاعات بنا می‌شود. پژوهش حاضر، با طرح سؤالات اولیه از معتاد جنسی آغاز گردید.

پس از انجام مصاحبه‌ها به شکل نیمه رهنمودی و پیاده کردن آن‌ها، مفاهیم و مقولات استخراج و در مصاحبه‌های بعدی نوع سؤالات بر اساس آن مقولات ترتیب داده شد و پاسخ‌ها دوباره بررسی و مقولات جدیدی کشف شده یا مقولاتی مشابه مقولات قبلی به وجود آمدند که در همدیگر ادغام شدند. این فرآیند پرسش و مقایسه تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت، بنابراین تا پایان انجام پژوهش، مصاحبه و حضور

۱. Informants

۲. Gatekeeper

مجدد در میدان تحقیق ادامه داشت. برای تحلیل اطلاعات نیز از روش‌های نظریه زمینه‌ای که دربرگیرنده، کدگذاری باز^۱، کدگذاری محوری^۲ و کدگذاری گزینشی^۳ هستند، بهره گرفته شد. در مرحله کدگذاری باز، مفاهیم اولیه و سپس مقوله‌های عمده مبتنی بر آنها، استخراج شد. در مرحله دوم مقوله‌ها براساس خواصشان به یکدیگر متصل شدند و سرانجام در مرحله سوم یعنی کدگذاری انتخابی، مقوله‌ها در جهت خلق نظریه، یکپارچه و پالایش شدند (اشتراوس و کوربین، ۱۳۹۰؛ فلیک، ۱۳۹۱؛ ایمان، ۱۳۹۰). همچنین در این مرحله مقوله هسته‌ای پژوهش نهایتاً استخراج گردید.



-
۱. Open coding
 ۲. Axial coding
 ۳. Selective coding

یافته‌ها و مقوله‌های عمده تحقیق

با انجام مصاحبه‌های صورت گرفته و جمع‌آوری اطلاعات، در مرحله کدگذاری باز، مفاهیمی استخراج شد که در جدول ۱ آمده است. مفاهیم ذکر شده نتیجه درک و تفسیر مشارکت کنندگان در این پژوهش از اعتیاد جنسی بوده است. پس از طی این مرحله مفاهیمی که از نظر مفهوم، معنا و کارکرد نزدیک به هم بودند، در قالب مقولات محوری قرار داده شدند.

جدول ۱- مقولات فرعی و مقولات اصلی برساخت سامانه اعتیاد جنسی

ردیف	مقولات فرعی	مقولات اصلی (قضایا)	مقوله هسته
۱	تنوع طلبی جنسی و بی بند و باری جنسی، افراط میل جنسی، پورنوگرافی یا هرزه نگاری، اعتیاد جنسی، قمار جنسی، سکس چت یا سکس مجازی، چشم چرانی، کودک آزاری، سکس با محارم، فیتیشیزم، انزوا و تنهایی، حیوان دوستی (زوفیلیا)، همجنس گرایی، سکس گروهی، تعدد شرکای جنسی، ارجحیت عمل جنسی، خرید خدمات جنسی، نقص اجتماعی شدن	رفتار جنسی کانون کنش‌های اجتماعی	اعتیاد جنسی، برساخت وضعیت فرایند- تعامل آنومیک
۲	ناکامی روابط اجتماعی، از هم گسیختگی خانواده، گسست از خانواده، نا ایمنی روانی- اجتماعی، نقص اجتماعی شدن، طلاق عاطفی، گسست خانواده، خشونت کلامی	سوء کارکرد نهاد خانواده	
۳	تجاوز جنسی، احساس شرم و گناه، تجاوز محارم/ غیر محارم، دشمن تراشی و توهم توطئه، دروغ گویی و پنهان کاری، قانون گریزی	هراس اجتماعی	

<p>حقارت اجتماعی / طرد اجتماعی</p>	<p>اختلال شخصیت، گسست از خانواده، رسوایی اجتماعی، نا ایمنی روانی- اجتماعی، شخصیت ضد اجتماعی، نقض اجتماعی شدن، هراس اجتماعی، شهوترانی، افراط جنسی، دل بستگی نایمن، افسردگی مزمن، اختلال کنترل تکانه، هیجان خواهی، تحدی از رسومات اجتماعی در گرایش جنسی</p>	<p>۴</p>
<p>بی پروایی جنسی</p>	<p>دستمالی کردن یا فروتورسم، عورت نمایی، بیش فعالی جنسی، اعتیاد جنسی، روابط نامشروع، تحدی از رسومات اجتماعی در گرایش جنسی، چشم چرانی، نمایی، کودک آزاری، زبان سکسی</p>	<p>۵</p>
<p>عقده محرومیت/رهایی میل جنسی</p>	<p>پورنوگرافی یا هرزه نگاری، هیجان خواهی، آگاهی از رفتار جنسی پر خطر، سکس گروهی، تعدد شرکای جنسی، محرومیت جنسی، توهمات فانتزی جنسی، خرید خدمات جنسی مکرر، سکس چت یا سکس مجازی، چشم چرانی، آموزش جنسی، سرکوب جنسی</p>	<p>۶</p>
<p>سرگشتگی هویت</p>	<p>اختلال شخصیت، طرد اجتماعی، ناپایداری در اعتقادات ماورایی، جدایی خود واقعی و خود آرمانی، ملحق شدن به گروه و رهایی ناگهانی، افکار خودکشی</p>	<p>۷</p>

بر اساس آنچه در جدول ۱ آمده است در مرحله کدگذاری باز ۶۵ مفهوم ذکر شده است که در قالب ۷ مقوله اصلی قرار گرفتند. این مقوله‌ها شامل رفتار جنسی کانون کنش‌های اجتماعی، سوء کارکرد نهاد خانواده، هراس اجتماعی، حقارت اجتماعی/طرد اجتماعی، بی پروایی جنسی، عقده محرومیت/رهایی میل جنسی و سرگشتگی هویت می‌باشند. در ادامه هر یک از مقولات ذکر شده به اختصار تشریح می‌گردد.

رفتار جنسی کانون کنش‌های اجتماعی

یکی از مقولات مهم مورد مطالعه پیرامون برساخت سامانه اعتیاد جنسی در ایران، بررسی "رفتار جنسی به‌عنوان کانون کنش‌های اجتماعی" در افراد معتاد جنسی است. اعتیاد جنسی نبود توانایی در مهار یا به تعویق انداختن تمایلات و فعالیت‌های جنسی است. در واقع رابطه جنسی و اندیشیدن به آن، افکار معتاد را تحت سیطره خود قرار می‌دهد و نیاز به انگیزختگی جنسی، فعالیت جنسی و ارضای خواست در لحظه، جای هر نوع کنش یا سایر نیازهای اجتماعی را می‌گیرد. فرد معتاد توان کنترل بر رفتار خود را از دست می‌دهد و همچون اعتیاد به مواد مخدر، پس از مدتی وابستگی بیشتر و بیشتر می‌شود به‌طوری‌که فرایند زندگی روزمره او به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد و روابط طبیعی او با خانواده، دوستان و همچنین محیط کار مختل می‌شود. این حالت به صورت وسواسی در رفتار و یا افکار جنسی بر روی احساس، شغل، روابط اجتماعی و سایر ابعاد زندگی تأثیر می‌گذارد و فرد پس از مدتی به صورت یک برده در خدمت امیال جنسی قرار می‌گیرد و همه یا اکثر روابط اجتماعی و فردی وی در جهت ارضای جنسی قرار می‌گیرد به‌طوری‌که زندگی فردی و اجتماعی وی کاملاً تحت تأثیر کنش جنسی است.

آقای س ۵۸ ساله این موضوع را این چنین بیان می‌کند:

"بدون این‌که بتونم رفتارم رو کنترل کنم با زنان زیادی رابطه می‌گرفتم حتی همزمان خود ارضایی می‌کردم اینقدر که دیگه هیچی برام نمونه بود. من یادمه نزدیک بیست و پنج سال قبل، فقط یه شب نزدیک صد و پنجاه هزار تومان برای سکس خرج کردم. خیلی داغون بودم، وام گرفته بودم همه رو برای میل جنسی باختم در حالی که زنم و بچه‌هام در سختی بودند. به فقر و فلاکت رسیده بودم و توی خونه‌ای با وضع افتضاح تو ورامین زندگی می‌کردم که نه حمام داشت نه سرویس درست حسابی".

آقای ف ۳۵ ساله می‌گوید:

"در کارم دچار ورشکستگی شده بودم و پول زیادی از دستم رفت روزهای متوالی در خانه می‌ماندم و بیرون نمی‌رفتم. در تمام مدتی که تنها بودم کارم این بود که فیلم و عکس پورن از اینترنت دانلود کنم و خود ارضایی کنم، گاهی حتی بیش از ۱۵ ساعت پشت سر هم این کار را انجام می‌دادم و حتی از شدت گرسنگی و تشنگی گاهی آنقدر فشار تحمل می‌کردم که ضعف می‌کردم ولی اراده‌ای برای بیرون رفتن نداشتم. شب تا نزدیک صبح فیلم مستهجن دانلود می‌کردم و کاملاً احساس بی‌هواری و رهایی از هر قید و بندی به من دست داده بود".

سوء کارکرد نهاد خانواده

یکی از مقولات مهم مورد مطالعه در پدیده اعتیاد جنسی "سوء کارکرد نهاد خانواده" است. افرادی که با پدیده اعتیاد جنسی مواجه‌اند به نوعی دارای نقص کنش بهنجار در فرایند اجتماعی شدن و رشد در درون خانواده هستند. همانطور که جامعه‌شناسان به آن پرداخته‌اند، آسیب‌ها، عوامل شکل‌گیری و گسترش کج‌روی‌ها و آسیب‌های اجتماعی در جوامع مختلف، مشابه و یکسان نیست. عوامل گوناگونی نظیر شرایط محیطی، وضعیت فرهنگی، تربیتی، جامعه شناختی، نظام‌های ارزشی حاکم بر جامعه، اعتقادات و باورها، موقعیت اجتماعی فرد، طرز تفکر و نگرش، انگیزش فرد و نظایر این‌ها در کج‌روی‌ها، انحراف‌ها و شکل‌گیری آسیب‌های اجتماعی مؤثر هستند (Manokh, ۲۰۰۵: ۲۱۳۰).

آقای میم ۴۰ ساله می‌گوید:

"پدرم علاوه بر مادرم با یک نفر دیگر هم ازدواج کرده بود من هفت خواهر و برادر تنی داشتم و سه خواهر و برادر ناتنی، همه ما در یک خونه کوچک با دو اتاق زندگی می‌کردیم پدرم حتی اسم

بعضی از ماها رو بلد نبود و معمولاً با اسامی زشت و لقب‌هایی که برامون انتخاب کرده بود ما رو صدا می‌کرد. بین ما تنش بود و بین مادرم و زن بابام همیشه دعوا که با بدترین الفاظ همدیگر رو خطاب می‌کردند. گاهی پدرم اینقدر نسبت به انتهاب خانواده بی‌تفاوت بود که فقط گوشه‌ای می‌نشست و دعوای بچه‌ها و توهین‌های اعضا براش سرگرمی بود. حتی یک کلمه سواد نداشتند و اجازه نمی‌دادند هیچ کدوم از ما رنگ مدرسه رو ببینیم".

آقای سین ۵۷ ساله می‌گوید:

"من فرزند طلاقم البته اون زمان که توی خونه از طرف عموم و پسر عموم مورد تجاوز قرار می‌گرفتم هنوز والدینم جدا نشده بودن از هم؛ پدر توی خونه نبود، بابا یه زن دیگه گرفته بود و با اون زندگی می‌کرد و ما هم تنها زندگی می‌کردیم. ۹ نفر بودیم ۵ تا برادر و چهار تا خواهر، زن بابام هم یک پسر داشت و دو تا دختر".

در دهه‌های اخیر، آسیب‌های اجتماعی متعددی نظیر بی‌بندوباری و ضعف در تربیت دینی، اعتیاد والدین، خشونت و بی‌مهری در خانواده، طلاق و عدم کفایت دارایی، خانواده‌ها را با چالش‌های جدی مواجه ساخته است. در بروز پدیده اعتیاد جنسی به‌عنوان یک آسیب اجتماعی "سوء کارکرد نهاد خانواده" هم به‌عنوان یک عامل مهم در نظر گرفته می‌شود.

هراس اجتماعی

ارتباط، یکی از قدیمی‌ترین و در عین حال، عالی‌ترین دستاوردهای بشر بوده است. ارتباط در گذشته و برای انسان اولیه، علاوه بر کارکردهایی که در جهت حفظ حیات و یاری گرفتن از دیگران داشته، زمینه ساز فعالیت‌های اجتماعی و سرآغازی بر زندگی اجتماعی نیز بوده است. انسان تعداد بسیار زیادی از روابط را در زندگی تجربه

می‌کند. برای بسیاری، مهم‌ترین و اولین نوع رابطه، رابطه با والدین و دیگر بستگان نزدیک است. همانطور که انسان بزرگ می‌شود، روابط دیگری مهم می‌شوند، دوست پیدا کردن، سرکار رفتن، برقراری رابطه عاشقانه و... از جمله وقایع زندگی روزمره هستند که مشتمل بر تعاملات بین فردی بوده و تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی می‌گذارند. آن چه با عنوان هراس اجتماعی در معتادان جنسی و در این بخش مورد توجه است مجموعه‌ای از تجربیات فرد است که تحت تأثیر شرایطی خاص بدست آمده و هم اکنون نسبت به آن دارای ترس و وهم شدیدی است که حتی حاضر به فکر کردن در مورد آن نیست. این تجربیات مجموعه‌ای از ترس شدید رجوع به مکانی خاص، برخورد با افرادی از نزدیکان تا افکار را در بر می‌گیرد که عموماً توسط معتادان جنسی تجربه شده است.

خانم ف ۳۵ ساله می‌گوید:

"من مشکل خودارضایی شدید داشتم و روزی چندین بار این کار رو تکرار می‌کردم و علاوه بر اون به همجنس هم گرایش داشتم. می‌دانستم که کارم برخلاف قانون است و همیشه فکر می‌کنم اگر روزی گیر قانون بیفتم سنگسارم می‌کنند برای همین از همان کودکی ترسی ناخودآگاه در دلم شکل گرفته بود که حتی توان نگاه کردن به فیلمای پلیسی رو هم نداشتم. تجربه دردناکم این بود که نفرتی عجیب از خودم پیدا می‌کردم که بعد از سال‌ها نتونستم با آن کنار بیام".

در بین معتادان جنسی که به بیان هراس‌های شدید خود از مکان‌های خاص پرداخته‌اند، مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن در مکان و یا شرایط خاص به اشکال مختلف بیان می‌شد. این موضوع در زندگی بسیاری از قربانیان تجاوز تا آنجا موجب هراس می‌شد که حتی فکر کردن در مورد مکان برای آن‌ها منجر به هراس و مقاومت شدید می‌شد. همچنین روبه‌رو شدن با کسانی که از سوی آن‌ها مورد تجاوز قرار گرفته

بوده‌اند این پدیده را تشدید می‌کرد، این موضوع تا آنجا شدید است که حتی مکان شبیه یا فرد شبیه به موقعیت انفاق روی داده برای فرد را هم در برمی‌گیرد.
خانم ن ۲۵ ساله می‌گوید:

"تا قبل از ۱۵ سالگی تقریباً هر روز از طرف اقوام نزدیکم مورد تجاوز قرار می‌گرفتم، این موضوع گاهی روزی چند بار تکرار می‌شد. پدر و مادرم آدمای بیخیالی بودن و حتی میدونستند که من مورد آزار قرار می‌گیرم اما اینقدر فقیر و ناآگاه بودند که قدرت مقابله نداشتند. بعد از چندین سال هر وقت به اون خونه برمی‌گردم سردرد شدیدی می‌گیرم و با آدمایی که با من این کارو می‌کردند توان روبه‌رو شدن ندارم، روزی هزار بار نقشه قتلشون رو می‌کشم اما خودمم میدونم نمیتونم. الان مدت چند ساله حتی جرات ندارم در جمع کمتر از دو نفر قرار بگیرم".

حقارت اجتماعی / طرد اجتماعی

حقارت اجتماعی از نظر معنایی با آنچه که در مطالعات اجتماعی با عنوان طرد اجتماعی تعریف می‌گردد همخوانی نزدیکی دارد. در مقوله فعلی طرد اجتماعی/حقارت اجتماعی هم به‌عنوان یک عامل و هم به‌عنوان معلولی از کنش‌ها در طرد فرد از جامعه با برجسب یک معتاد جنسی مؤثر است. فرد تحت تأثیر شرایط خاص خانوادگی، اجتماعی و محیطی در یک فرایند طبیعی اجتماعی از مشارکت، همراهی و همدلی با اطرافیان طرد می‌شود. طرد شدن برای افراد معتاد جنسی یک مسئله و مخربتر از آن پیامدهای طرد شدن برای چنین افرادی است که معمولاً آنان را به سوی انواعی از انحرافات هدایت می‌کند.

آقای سین ۵۷ ساله می‌گوید:

"تو مدرسه می‌خواستی درس بخونم درس خوندان رو هم دوست داشتم منتها اینقدر شرایط خونه سخت بود، فشارهایی که توی اون دوران بچگی وجود داشت به من اجازه هیچ فکر کردنی درباره مسائل مدرسه داده نمی‌شد. توی مدرسه بچه شروری بودم بسیار شروری بودم و مرتب بچه‌های دیگه رو اذیت می‌کردم از یه طرفی فشار مسائل جنسی روی من خیلی زیاد بود اصلاً نمی‌تونستم تحمل کنم و هر لحظه که می‌تونستم به بچه‌های دیگه هم تجاوز می‌کردم حتی یه زمانی سر کلاس درس وقتی معلم داشت درس می‌داد من می‌رفتم زیر میز و با بچه‌های دیگه رابطه می‌گرفتم، وقتی معلم و یا توی خونه متوجه این موضوع شدن تنها کاری که با من کردند اینقدر من رو کتک زدن که دیگه توان راه رفتن نداشتم، ملتهبا هیچ کس با من حرف نمی‌زد و من فکر می‌کردم در دنیایی زندگی می‌کنم که هیچ پناهگاهی ندارم و حتی خدا هم از من روی برگردانده".

خانم ن ۴۱ ساله می‌گوید:

"من در مواجهه با دیگران همیشه احساس حقارت و خود کوچک‌بینی داشتم، وقتی بچه بودم بخاطر جثه ریز و استخوانی همیشه مورد تمسخر اطرافیانم بودم. خانواده ما سنتی بود و مادرم می‌گفت تو حتماً رو دستم می‌مونی! من معنی این کلمه رو نمی‌فهمیدم ولی حس خیلی بدی بهم دست می‌داد. دائماً سردرد داشتم و من فکر می‌کنم به دلیل مسائل روانی بود حتی من رو پیش دکتر نمی‌بردن، پدرم بیکار بود و مادرم جز من ۵ بچه دیگه هم داشت. تنهایی و احساس بی‌پناهی و تخیلات، انواع فکرا به سرم می‌ومد و هرچی در دنیای واقعی بهش نمی‌رسیدم در خیالم آرزو

می‌کردم، گاهی ۱۰ ساعت فقط توی خیالم بودم. به سن بلوغ که رسیدم کارم فقط شده بود فکر و خیال، نه کسی رو می‌دیدم و نه چیزی رو احساس می‌کردم".

بی پروایی جنسی

بی پروایی جنسی یکی دیگر از مقولات اصلی شکل‌گرفته در مطالعه پیرامون برساخت سامانه اعتیاد جنسی در ایران در بین معتادان جنسی است. در پژوهش حاضر بی پروایی جنسی، رفتارهای جنسی است که فرد به صورت افراطی، کاملاً خارج از رسوم و قراردادهای اجتماعی، در مکان و زمان نامناسب و به شکلی کاملاً زننده و غیراخلاقی تجربه می‌کند. این نوع رفتار جنسی به‌شدت با هنجارهای رایج جامعه در تضاد است و دارای تبعات حقوقی است. در افرادی که برای توصیف آن‌ها بی پروایی جنسی بکار رفته است شخص یا در معرض رفتارهای جنسی بوده (محارم/غیرمحارم) و یا این‌که خود کنشگر است، در هر صورت نوعی انحراف جنسی در شخص پدید آورده است که مشخصه اصلی آن بروز رفتار جنسی در هر شرایط زمانی و مکانی است.

آقای خ ۳۱ ساله می‌گوید:

"من کاملاً به سمت رابطه جنسی و دستمالی کردن با بچه‌ها گرایش دارم و مشکلی که برام پیش اومده اینه که اصلاً نمیتونم خودم رو کنترل کنم هر بچه‌ای رو می‌بینم ناخودآگاه حس چنین کاری به من دست میده و تقریباً همه با من قطع ارتباط کردن حتی خواهرها و برادرام نمیزارن که من برم خونشون، مدت‌هاست توی تهران تنها زندگی می‌کنم و مدتی دچار افسردگی شدید بودم تا حالا چند بار اقدام به خودکشی کردم".

این طور تصور می‌شود که بخشی از این مشکلات به دلیل نبود آموزش و یا تربیت جنسی مناسب در دوران کودکی و نوجوانی است، تربیت جنسی به توسعه

مهارت‌های ضروری افراد در جهت تعامل بایسته با نیازهای درونی خود و کسب مهارت لازم جهت برقراری ارتباط با جنس مخالف اشاره دارد. مسلماً، تربیت جنسی صرفاً انتقال اطلاعات و آموزش جنسی نیست، بلکه منظور اصلی از این نوع تربیت، توانمند ساختن فرد با ایجاد زمینه و بستر مناسب جهت هدایت صحیح‌غریزه جنسی و مدیریت رفتار جنسی در چارچوب اعتدال و هماهنگی با هدف خلقت و ضمناً هنجارهای جامعه مورد نظر می‌باشد. آنچه با عنوان بی‌پروایی جنسی در این پژوهش به آن پرداخته شده تجربه و یا مشاهده ارضای نیاز جنسی از راهی کاملاً نامتعارف است که در علم انحرافات جنسی، با عناوین بیماری، انحراف و سوء رفتار تلقی شده است.

خانم سین ۴۵ ساله می‌گوید:

"من مشکل بزرگی که دارم و بخاطرش تا حالا پیش دهها پزشک و روانشناس رفتم اینه که نمیتونم زبانم رو کنترل کنم، تمام حرفای من جنسی هست، فحش میدم، با مردا حرفای جنسی می‌زنم و کلاً زبان در اختیارم نیست خیلی دارم تلاش می‌کنم که کنترلش کنم اما هیچ وقت نتونستم، غیر از این موضوع، روابط جنسی خودم رو هم نمیتونم کنترل کنم و فکر می‌کنم بخش اصلیش بخاطر زبان حرف زدن خودمه".

عقده محرومیت/رهایی میل جنسی

در ساخت این مقوله معتادان جنسی بیان نموده‌اند که توان صحبت کردن در مورد مسائل جنسی برای آن‌ها وجود نداشته است. در جوامع سنتی یا خانواده‌هایی که با فقر فرهنگی بیشتری دست و پنجه نرم می‌کنند اغلب صحبت کردن از مسائل جنسی در قالب موضوعات آموزشی یک تابوی کامل محسوب می‌گردد و هرگونه تلاش برای فهم این مسائل با واکنش شدید خانواده مواجه می‌شود. در خانواده‌هایی که دارای اعتقادات مذهبی بسیار خشک هستند و کودکان می‌بایست از مقررات خاصی پیروی کنند در

صورت بروز هر نوع سؤال یا مشکلی از نظر جنسی ممکن است تبعات ناخوشایندی برای اعضا داشته باشد بنابراین در صورت بروز مسئله کودکان معمولاً با سرکوب غرایز، خواسته‌ها و سؤالات خود نوعی عقده ذهنی برای خود ایجاد می‌کنند که ممکن است سرمنشأ طیفی از انحرافات جنسی و سایر رفتارهای پر خطر در آینده باشد. در طرف مقابل، رها کردن کودکان به حال خود و عدم نظارت بر رفتار جنسی آن‌ها که به‌ویژه در خانواده‌های امروزی و به اصطلاح باز صورت می‌گیرد نیز، به مانند محرومیت، سرمنشأ مسائلی بسیار جدی در این زمینه است.

آقای ح ۴۱ ساله می‌گوید:

"من فرزند پنجم یک خانواده نه نفره بودم. از وقتی که یادمه پدرم همیشه بشدت بر اعتقادات مذهبی تأکید داشت و اجازه نمی‌داد هیچ‌کدام از بچه‌ها حتی یکبار کلمات زشت از دهانشان خارج بشه، صحبت کردن از میل جنسی و تمایلات جنسی مساوی بود با مرگ و اگر کسی مرتکب اشتباهی می‌شد وضعیت اسفناکی داشت من از همون اوایل کودکی بشدت احساس نیاز داشتم ولی جرأت پرسیدن نداشتم. سن هشت یا نه سالگی همه رویاهام شده بود مسائل جنسی".

سرگشتگی هویت

بر اثر پاره‌ای از رویدادها یا زمینه‌های خاص اجتماعی، هویت در افراد ممکن است حالتی از عدم یکپارچگی، تثبیت شدن و سرگشتگی داشته باشد و بعضاً فرد را با مشکلات بسیار جدی ارتباطی و حتی انحرافات و بیماری‌ها روبه‌رو سازد. همان‌طور که در این پژوهش به آن پرداخته شده است در معتادان جنسی نوعی از آشفتگی هویتی مشاهده می‌شود که بر اساس تجربیات اولیه زندگی و زمینه‌های اجتماعی بعدی تشدید شده است. در علم روانشناسی اصطلاحی به‌عنوان اختلال تجزیه هویت (هویت پریشی)، نوعی اختلال شخصیت چندگانه وجود دارد که عبارت است از وجود دو یا چند هویت

یا شخصیت متمایز که به تناوب رفتار را کنترل می‌کنند. معمولاً این شخصیت‌ها نام و سن و مجموعه‌ای از خاطرات و رفتارهای ویژه خود را دارند. در اغلب موارد یک هویت اصلی با نام واقعی شخص وجود دارد که منفعل، وابسته و افسرده است. هویت‌های جانشین نوعاً دارای ویژگی‌هایی هستند که با هویت اصلی تعارض دارند؛ مثلاً خصمانه، کنترل‌کننده و خودویرانگرند. در بعضی موارد این شخصیت‌ها ممکن است حتی در ویژگی‌هایی مثل دست خط، استعدادهای هنری و ورزشی و آشنایی به زبان‌های خارجی با هم تفاوت داشته باشند هویت اصلی معمولاً از تجربه‌های هویت‌های دیگر اطلاعی ندارد. در بررسی هویت معتادان جنسی هم چنین پدیده‌ای مشاهده شده است و بعضاً این افراد دارای چندین شخصیت بوده‌اند که اکثراً در تخیل پردازی‌های شدید آن‌ها شکل می‌گیرد و به مرور بر روی همه رفتارهای آن‌ها تأثیر می‌گذارد؛ تشدید این موضوع در دوره نوجوایی زندگی آن‌ها بوده است و هسته این شخصیت بر اساس تمایلات جنسی معتادان جنسی است.

آقای م ۴۲ ساله می‌گوید:

"برای من بسیار سخته که در مورد این موضوع صحبت کنم، من وقتی کودک یا نوجوان بودم بیشتر وقتم را در تنهایی می‌گذراندم و همه اطرافیان من متوجه موضوعی غیرعادی در وجود من شده بودند، فکر می‌کردند من آدم آرومی هستم در حالی که از درون و در تخیلم بسیار شرور می‌شدم، حس انتقام‌گیری، کشتن آدم‌ها، تجاوز به دختر و پسرهای کسانی که اذیت می‌کردند، از همه بیشتر با من همراه بود، گاهی تا ساعت‌ها می‌نشستم و با خودم فکر می‌کردم این موضوع به من آرامش می‌داد، تا به حال چند بار در بیمارستان بستری شدم اما واقعاً نمیتونم این موضوع رو کنترل کنم من خودم نیستم، حتی الان نمیدونم دقیقاً اونی هستم که واقعاً هستم یا نه، گاهی خودم رو گم می‌کنم وقتی به خودم میام خیلی درد آورده برام".

خانم سین ۴۷ ساله می‌گوید:

"من محکومم به افسردگی به جدایی به طرد شدن از همه، نمیدونم چرا باید اینجوری باشم، یک روز مهربونم به روز دیونه‌ام و باید قرص مصرف کنم. توی مسجد بودم و می‌خواستم آدم بشم، نماز می‌خواندم و نزدیک یک ماه از مریم مقدس هم مقدس‌تر بودم به دفعه ورق برگشت شدم به آدم دیگه، چادرم رو پرت کردم و شدم به اصطلاح روشنفکر، بعد به شخصیت دیگه بعد یکی دیگه الان نمیدونم دقیقاً کیم بعد این همه سال".

اعتیاد جنسی، برساخت وضعیت فرآیند- تعامل آنومیک

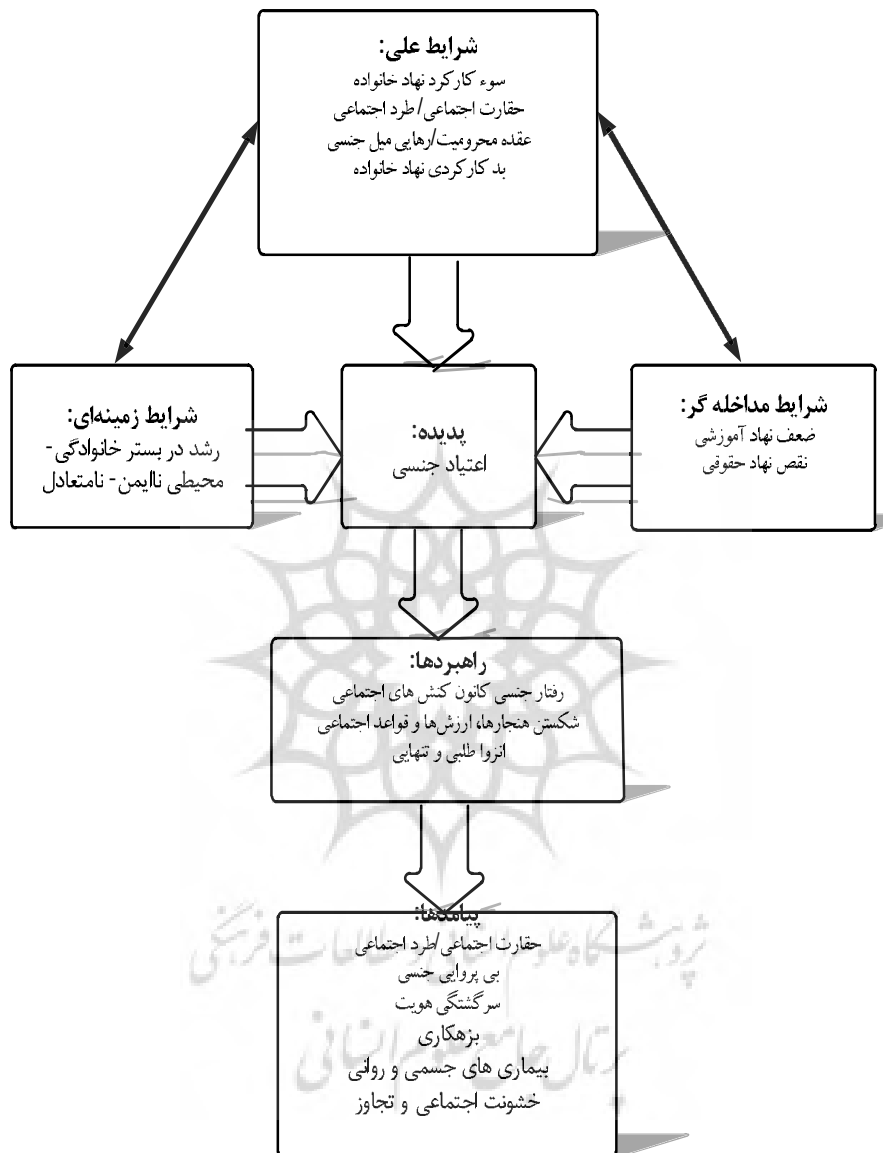
اعتیاد جنسی به‌عنوان پدیده اجتماعی مورد بررسی در این پژوهش، تحت تأثیر شرایط ویژه زندگی فرد در جامعه شکل گرفته است و برای تداوم و ساخت آن در تشخیص به‌عنوان آسیب اجتماعی، در یک بستر و وضعیت فرآیندی- تعاملی خاص تشدید شده است. بر این اساس مقوله "اعتیاد جنسی، برساخت وضعیت فرآیند- تعامل آنومیک" به‌عنوان مقوله هسته‌ای پژوهش انتخاب شده و با در نظر گرفتن مصاحبه‌ها، بررسی‌های اسنادی و فرآیندهای متدولوژی گراندد ثنوری، نزدیکترین مقوله به سایر مقولات تعریف شده در تحقیق است.

در پیدایش مقوله هسته‌ای پژوهش، شرایط و عوامل مختلفی تأثیرگذار بوده‌اند چنانچه از مصاحبه‌های به عمل آمده برداشت می‌شود اکثر افرادی که با پدیده اعتیاد جنسی روبه‌رو بوده‌اند، کسانی هستند که در فکر و عمل دیدگاه متفاوتی نسبت به نیاز جنسی و نحوه ارضای آن داشته‌اند و این موضوع آن‌ها را از سایر افراد عادی جامعه متمایز می‌کند. بدین ترتیب شرایط علی برای شکل‌گیری این مقوله در یک بستر فرآیندی- تعاملی رشد اجتماعی فرد از درون خانواده تا همسالان، نحوه پاسخگویی

جامعه و نهادهای اجتماعی به نیاز اعضا و ... دیده شده است که در نهایت با کنش‌های خاص جنسی شخص در بستر اجتماع، وی تحت عنوان معتاد جنسی شناخته می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

در بخش قبلی یافته تحقیق در قالب مفاهیم و مقوله‌های عمده تحقیق تشریح شد. این بخش بر پاسخگویی به سؤال اصلی تحقیق یعنی "برساخت سامانه اعتیاد جنسی در ایران" متمرکز است. در انتها مقوله هسته پژوهش با عنوان "اعتیاد جنسی، برساخت وضعیت فرایند-تعامل آنومیک" ذکر گردید. در ادامه این پژوهش همانطور که در شکل ۱ آمده، مدل پارادایمی برساخت سامانه اعتیاد جنسی استخراج شده است. همچنین باید اشاره کرد که مدل پارادایمی شش بخش دارد که شامل شرایط علی، پدیده، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، تعامل‌ها و پیامدها است. شرایط علی به مثابه علت و بستر اعتیاد جنسی شامل بدکارکردی نهاد خانواده، حقارت اجتماعی، طرد اجتماعی و عقده محرومیت رهایی میل جنسی است. پدیده اعتیاد جنسی نیز در برگزیده رفتارهای وسواسی و افراطی جنسی خارج از کنترل و اراده فرد است. این‌که فرد معتاد جنسی تا چه حد از شرایط علی تأثیر می‌پذیرد و پدیده مورد نظر به چه شکلی نمود می‌یابد به شرایط زمینه‌ای و شرایط مداخله‌گر بستگی دارد و همچنین راهبردهایی که در برابر این شرایط اتخاذ می‌کنند.



شکل ۱- مدل پارادایمی برساخت سامانه اعتیاد جنسی در ایران به مثابه "اعتیاد جنسی، برساخت وضعیت فرایند-تعامل آنومیک"

در این تحقیق شرایط زمینه‌ای در برگیرنده رشد در بستر خانوادگی - محیطی نایمن - نامتعادل است. در تشریح این مقوله باید اشاره کرد که میزان، شدت و دوره زمانی مقوله "اعتیاد جنسی" در افراد معتاد جنسی نیز تابع شرایط علی است. در توصیف بستر یا زمینه ذکر شده باید گفت: اکثر کسانی که با نام معتاد جنسی شناخته می‌شوند دارای یک یا چند نقطه عطف یا حادثه ناگوار در زندگی خود به‌ویژه در دوران کودکی هستند که در شرایط تعاملی با نزدیکترین افراد زندگی آن‌ها اتفاق افتاده است. این نقطه عطف می‌تواند دربرگیرنده رویدادهای مهمی همچون قربانی تجاوز محارم و غیر محارم شدن، مرگ ناگهانی یک یا چند نفر از اعضای خانواده، طرد و تحقیر فرد در خانواده و اجتماع، برهم خوردن امنیت روانی - اجتماعی کودک در درون خانواده و ... باشد.

سوء کارکرد نهاد خانواده و عدم ایفای مناسب نقش خود در فرایند اجتماعی کردن و انجام حمایت‌های روانی - اجتماعی از اعضاء، خود یکی از مهمترین پایه‌های شکل‌گیری آنومی رفتاری فرد معتاد جنسی در جامعه است. مسئله مهمی که بر روی سایر اعضای خانواده فرد هم تأثیر گذار بوده است. تعداد قابل توجهی از این افراد به صورت خانوادگی درگیر مسئله اعتیاد جنسی هستند به‌طوری‌که گاهی از یک خانواده چند نفر از اعضاء به‌طور هم‌زمان با این پدیده دست و پنجه نرم می‌کنند. آن‌ها در درون خانواده خود متأثر از تجربیات مشابهی بوده‌اند و تنها ممکن است در نوع بروز رفتار جنسی با هم تفاوت داشته باشند. این مقوله با پژوهش زاهدیان، محمدی و سامانی (۱۳۹۰) که به بررسی نقش سبک‌های دل‌بستگی، پیوند والدینی و خودپنداره در اعتیاد جنسی پرداختند تا حدودی همخوانی دارد. یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان می‌دهد، که معتادان جنسی و افراد سالم از نظر سبک دل‌بستگی دوسوگرا، محافظت بیش از حد پدر و مادر و خود پنداره تفاوت معناداری داشتند و در نهایت نتیجه‌گیری می‌کنند که در درمان اعتیاد جنسی می‌بایست اختلالات دل‌بستگی را در مداخلات مدنظر قرار داد.

"شرایط مداخله گر"، شرایط ساختاری هستند که به پدیده اعتیاد جنسی تعلق دارند و بر راهبردهای کنش و واکنش اثر می‌گذارند. آن‌ها راهبردها را در درون زمینه خاصی سهولت می‌بخشند یا آن‌ها را محدود و مقید می‌کنند؛ از جمله شرایط مداخله‌گری که بر روی پدیده اثرگذاری مهمی دارند می‌توان "ضعف نهاد آموزشی و نقص نهاد حقوقی" را نام برد. هنگامی که یک فرد متولد و وارد بستر اجتماع می‌شود با "نهادهای آموزشی" مختلفی درگیر می‌شود و با انواعی از گروه‌های رسمی و غیر رسمی مواجه است که هر گونه حرکات و اعمال آن‌ها به منزله یک آموزش محسوب می‌شود، فرد آن‌ها را یاد می‌گیرد و اصطلاحاً در فرایند اجتماعی شدن قرار می‌گیرد. در میان افراد معتاد جنسی این موضوع به وضوح مشخص بود که نهاد آموزشی همچون مدرسه نتوانسته است مطابق با نیازهای احساسی، روانی و جنسی فرد، محتوای آموزشی عرضه کند. بدین ترتیب در یک فضای مترکم از حضور افراد همسال، آموزش‌ها و یادگیری مسائل جنسی با تحریف و ناقص صورت می‌پذیرد که اگر در یک برنامه آموزشی جامع و حاوی مطالب درخور، فرایند به درستی طی می‌شد، می‌توانست در پیشگیری یا تغییر رفتار افراد مؤثر واقع گردد. آنچه که در نظام آموزشی جامعه ایرانی اتفاق نیفتاده و حتی گاهی به دلایل متعدد این نهاد خود زمینه ساز انحراف و اعتیاد جنسی بوده است. در مصاحبه‌ها مشخص می‌شود که مشکلات جنسی کودکان، نوجوانان و جوانان در مدارس و دانشگاه‌ها پاسخ داده نمی‌شود و همچون یک تابو به آن نگاه می‌کنند.

از دیگر موارد مؤثر در پدیده اعتیاد جنسی می‌توان به نقص در "نهاد حقوقی" جامعه اشاره کرد. بسیاری از معتادان جنسی بیان نموده‌اند که در کودکی، مجازات رسمی یا غیر رسمی بزهکاری آن‌ها به اندازه بزرگسالان سخت بوده است، یا این‌که در مواردی متعدد بیان داشته‌اند، مورد تعرض قرار گرفته و تقاضای کمک نموده‌اند اما به دلایل متعددی نهاد حقوقی نتوانسته حمایت لازم را از فرد داشته باشد. نهاد حقوقی می‌بایست ساز و کار تعیین شده و منسجم برای حمایت از افراد جامعه به‌ویژه کودکان

هنگامی که درون خانواده یا بیرون از آن، در سطح جامعه مورد دست درازی و تعرض به حقوقشان قرار می‌گیرند، را تعریف نماید. وقتی این اتفاق صورت نمی‌پذیرد فرد با حقارت، طرد، انزوا و سرخوردگی وارد اجتماع می‌شود. این موضوع در مورد معتادان جنسی منجر به تشدید رفتار انحرافی شده است. کما این‌که باید باور داشت اگر نهاد حقوقی می‌توانست مسئولیت خود را در قبال افراد اجتماع به درستی انجام دهد و در مواردی که سلامت جسمی و روانی اعضا درون خانواده به خطر می‌افتاد، امکان بروز واکنش مناسبی داشته باشد، از بسیاری بزه‌ها و موارد نقض هنجار اجتماعی در معتادان جنسی پیشگیری می‌شد.

از دیگر بخش‌های پارادایم پژوهش، تعامل‌ها یا راهبردها است. راهبردها مبتنی بر کنش‌ها و واکنش‌هایی برای کنترل، اداره و برخورد با پدیده مورد نظر هستند. در اینجا راهبردها مقصود داشته، هدفمند هستند و به دلیلی صورت می‌گیرند و همواره متأثر از شرایط مداخله‌گری هستند که حضور دارند و راهبردها را سهولت می‌بخشند یا آن را محدود می‌سازند. همانطور که قبلاً گفته شد فرد معتاد جنسی تحت تأثیر عوامل مختلف و شرایط اجتماعی خاص به سمت رفتار انحرافی گرایش یافته است. شهوترانی افراطی هنگامی که مسائل جنسی در کانون کنش‌های فردی و اجتماعی معتاد جنسی است در یک فرآیند تعاملی رخ می‌دهد همچنین خروج از هنجارها، ارزش‌ها و قواعد اجتماعی برای ارضای نیاز جنسی یک وسیله و راهبرد در برابر هر آنچه که وی را تحت تأثیر قرار داده است، محسوب می‌گردد. شهوترانی افراطی به شکل‌های مختلف صورت می‌پذیرد که خود دارای طیف وسیعی است که از بی بند و باری جنسی تا تخیل جنسی افراطی، پورنوگرافی، خود ارضایی، چشم چرانی، متلک پرانی و ... را در برمی‌گیرد. بسیاری از معتادان جنسی در بیان تجربه زیسته خود، بر تجربیات تلخ و شرایط نابهنجار زندگی خود تأکید کرده‌اند.

نتیجه نهایی این تحقیق نشان می‌دهد که اکثر مشارکت کنندگان در پژوهش، پدیده اعتیاد جنسی را به‌عنوان " برساخت وضعیت فرایند- تعامل آنومیک " جامعه درک و

تفسیر می‌کنند. بدین معنی فرد تحت تأثیر سوء کارکرد نهادهای مهم اجتماعی همچون خانواده، آموزش و پرورش و نهاد حقوقی و طرد و تحقیر اجتماعی، در معرض احساس غریزی لذت جنسی و شهوت قرار می‌گیرند. در فضای ناامن تعاملی و عدم حضور و وجود لذت‌های جایگزین و عدم بهره‌مندی از آموزش صحیح، نداشتن اسوه والگویی مناسب اخلاقی و تفریحات سالم، شهوترانی و ارضای خواست جنسی، جایگزین سایر لذت‌ها است. بدین ترتیب رفتار جنسی اعتیاد گونه به اشکال مختلف بروز می‌کند و متأثر از موقعیت فرد و میزان لذت آن ممکن است دارای چند وجه باشد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به خود ارضایی، روابط جنسی مستقیم، تخیل جنسی، چشم‌چرانی و متلک پرانی‌های افراطی، سکس‌چت و سکس با حیوانات اشاره نمود. در بسیاری موارد فرد به چند مورد از موارد ذکر شده اعتیاد دارد. اعتیاد جنسی شخص بر روی کارکردهای فردی، جسمی و اجتماعی وی تأثیرات مستقیم و غیر مستقیمی سوء می‌گذارد که تقریباً همه ابعاد زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در بعضی موارد گرایش به انزوا و عزلت نشینی به‌ویژه در بین کودکان، نوجوانان و زنان، عدم تمرکز و انگیزه کافی برای انجام امور شخصی روزمره، تن‌آسایی، بیکاری یا اخراج از محل کار و مدرسه از تبعات اعتیاد جنسی است که این موضوع در اواخر کودکی و دوره نوجوانی باعث ایجاد آشفتگی هویت و بی‌قراری برای فرد است.

کاریلا و همکاران (۲۰۱۴) بیان نموده‌اند که اگر چه اعتیاد جنسی باعث مشکلات روانی جدی برای بسیاری از مردم شده است اما فقدان شواهد تجربی در اعتیاد جنسی، در نتیجه نبود اطلاعات از این بیماری و از نسخه‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی است. نتایج بررسی آن‌ها با بررسی‌های این پژوهش نیز همخوانی دارد. بر این اساس لزوم انجام پژوهش بیشتر به‌ویژه با رویکرد آسیب شناسی و نهایتاً تدوین و طراحی بسته‌های مداخلاتی مؤثر، ضروری است.

- ازکیا، مصطفی؛ ایمانی جاجرمی، حسین و دیگران. (۱۳۹۰)، *روش‌های کاربردی تحقیق-کاربرد نظریه بنیانی*، تهران: نشر کیهان.
- ایمان، محمدتقی. (۱۳۹۰)، *روش‌شناسی تحقیقات کیفی*، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- ریتزر، جورج. (۱۳۸۷)، *نظریه‌های جامعه‌شناسی دوران معاصر*، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: نشر علمی.
- زاهدیان، سید فتح‌الله؛ محمدی، مسعود؛ سامانی، سیامک. (۱۳۹۰)، نقش سبک‌های دلبستگی، پیوند والدینی و خود پنداره در اعتیاد جنسی، *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال سوم، شماره ۳، دوره ۱۱.
- فلیک، اووه. (۱۳۹۱)، *درآمدی بر تحقیق کیفی*، ترجمه: هادی جلیلی، تهران: نشر نی.
- قادرزاده، امید و پیری کوهیار. (۱۳۹۳)، *برساخت اجتماعی خودکشی*، ارائه یک نظریه مبنایی، *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، شماره ۲.
- استراوس، انسلم؛ کرین، جولیت. (۱۳۹۰)، *مبانی پژوهش کیفی: فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای*، ترجمه: ابراهیم افشار، تهران: نشر نی.
- محمدپور، احمد؛ ایمان، محمدتقی. (۱۳۸۷)، بازسازی معنایی تغییرات اقتصادی در منطقه اورامان تخت کردستان ایران؛ ارائه یک نظریه زمینه‌ای، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۱۱۱.
- یوسفیان، نوید؛ موسوی کریمی، میرسعید. (۱۳۸۹)، سازه‌انگاری معرفتی و برساختگرایی اجتماعی، *مجله جامعه پژوهی فرهنگی*، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سال اول، شماره اول.

- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Hazelden Publishing
- Garcia, F. D., & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 254-260
- Goodman, A. (1992). Sexual addiction: Designation and treatment. *Journal of sex & marital therapy*, 18(4), 303-314.
- Goodman, A. (1992). Sexual addiction: Designation and treatment. *Journal of sex & marital therapy*, 18(4), 303-314.
- Goulding, Christina. (1999). *Grounded Theory: some Reflections on paradigm, procedures and Misconceptions*, university of wolverhampton, UK.
- Kafka, M. P. (2010). *Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V*. Archives of sexual behavior, 39(2), 377-400.

- Kafka, M. P. (2013). *The development and evolution of the criteria for a newly proposed diagnosis for DSM-5: Hypersexual disorder*. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(1-2), 19-26.
- Killa, Edger ph.D. (2011). *Losing the Bond with God: Sexual Addiction and Evangelical Men* (Sex, Love, and Psychology), Publisher: Praeger.
- Krafft-Ebing, R., & Klaf, F. S. (1965). *Psychopathia sexualis: with especial reference to the antipathic sexual instinct: a medico-forensic study*. Arcade Publishing.
- Manoux, S & Marmot, M (2005). The role of socialization in explaining social inequalities in health. *Journal of social science and medicine*. vol,60. pp,2129-2133
- Quadland MC. (1985). *Compulsive sexual behavior: definition of a problem and an approach to treatment*. *J Sex Marital Ther*
- Rosenberg, K. P., & Feder, C. L. (Eds.). (2014). *Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment*. San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Strauss, A. and Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Vander, Van Johannes A. (2002), *social constructionism and practical theology*, notingham uni press.
- Orford, J. (1978). *Hypersexuality: Implications for a theory of dependence*. *Addiction*, 73(3), 299-310.
- Reid, R. C., Carpenter, B. N., Hook, J. N., Garos, S., Manning, J. C., Gilliland, R., ... & Fong, T. (2012). Report of findings in a DSM5 field trial for hypersexual disorder. *The journal of sexual medicine*, 9(11), 2868-2877.