

## اعتیاد جنسی و همبودی آن با وابستگی به موادمخدر

سید قاسم سید هاشمی<sup>۱</sup>، بهزاد شالچی<sup>۲</sup>، شلاله حسین نژاد<sup>۳</sup>، لطفه سادات مردانی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۲۷

## چکیده

اعتیاد جنسی با افکار و اعمال جنسی مداوم و شدید مشخص می‌شود که تاثیر منفی بر زندگی افراد دارد. معتادان جنسی تلاش‌های فراوانی برای کنترل و یا به تعویق انداختن احساسات و اعمال جنسی انجام می‌دهند، اما این تلاش‌ها با شکست همراه است. اعتیاد جنسی متاثر از یک عامل و علت مشخصی نیست و تصور می‌شود که عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی مختلفی در آن نقش دارند. اعتیاد جنسی همانند شرایط روانپزشکی دیگر، دارای همبودی با اختلالات روانی هستند که در برخی گروه‌ها از جمله مجرمان جنسی، افراد مبتلا به بیماری‌های عفونی (HIV/AIDS) و اختلالات مصرف مواد شیوع بیشتری دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اعتیاد جنسی و همبودی آن با وابستگی به موادمخدر با استفاده از روش مطالعه اسنادی بود. در این مطالعه چالش‌ها و مناقشات مختلفی که از زمان ظهور اعتیاد جنسی در ادبیات پژوهشی و بالینی مطرح شد است، تبیین و توصیف شدند. همچنین پایه‌های نورویبولوژیکی رفتارهای جنسی اعتیادی، اختلالات مصرف مواد، و همبودی‌های آن‌ها ارائه شد. در بعد درمانی مطالعات پژوهشی و بالینی به گسترش استفاده از عوامل روان‌دارویی برای درمان اعتیاد جنسی اشاره کرده‌اند و در تعدادی از رویکردهای دیگر، هم‌دارودرمانی و هم‌روان‌درمانی برای درمان افراد دارای اعتیاد جنسی پیشنهاد شده است. بروز اعتیاد جنسی از طریق رفتار جنسی و فرآیندهای اعتیاد آور صورت می‌پذیرد و برای درمان آن باید هم رفتارهای جنسی و هم فرآیندهای اعتیادی زیربنایی را مورد هدف قرار داد. شکاف‌های قابل توجهی در پایه دانش علمی حاضر در ارتباط با اعتباربخشی‌های پیشین، حاضر و پیش‌بینی‌کننده برای اعتیاد جنسی یا اختلال فزون‌کنشی جنسی وجود دارد. برای وضعیت فعلی و چالش‌هایی که در رابطه با این اختلال و همبودی آن با اختلالات دیگر (به ویژه اختلالات مصرف مواد) وجود دارد، همانند بسیاری از اختلالات روانپزشکی دیگر، تحقیقات بیشتری مورد نیاز است تا این اختلال به صورت کامل تبیین شود.

**کلید واژه‌ها:** اختلالات مرتبط با مواد، رفتار جنسی، همبودی، درمان.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. پست الکترونیک:

seyedhashemi@azaruniv.ac.ir

۲. استاد یار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

## مقدمه

مفهوم اعتیاد جنسی<sup>۱</sup>، یکی از موضوعاتی است که از زمان پیدایش مورد توجه متخصصان رشته‌های مختلفی از جمله روانپزشکی، روان‌شناسی، علوم اجتماعی بوده است. اعتیاد جنسی به‌عنوان رفتارهای جنسی مشکل‌ساز یا خارج از کنترل ملاحظه شده است که نیازمند اصطلاح و عبارت بهتری است، بسیاری از درمانگران و عامه مردم این رفتارها را به «اعتیاد جنسی» منتسب می‌کنند (کارنز<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷). برداشت و استنباط از رفتارهای جنسی می‌تواند با توجه به جهت‌گیری نظری و باورهای شخصی یا مذهبی متخصصان بالینی یا محققان متفاوت باشد (کولمن، ریموند و مک‌بین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). این برداشت‌ها همچنین می‌تواند متأثر از آموزش و تخصص متخصصان بالینی و انواع بیماران مراجعه‌کننده باشد. برای مثال، یک متخصص بالینی که با مجرمان جنسی<sup>۴</sup> و یا افراد مبتلا به اختلالات پارافیلیک<sup>۵</sup> کار می‌کند نسبت به یک درمانگر که با بیماران مبتلا به کژکاری جنسی، تمایلات پایین و یا مشکلات زناشویی کار می‌کند تفکر متفاوتی از رفتارهای مشکل‌ساز جنسی دارد (سیدهاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

اعتیاد جنسی با هم‌پوشانی و اشتراکاتی در اعتیاد به مواد مخدر همراه است (میسال، نش، رابینسون، جابر و کارون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸؛ گارسیا و تیو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰)؛ افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد هیجانانگیزی (از قبیل پرخاشگری، عصبانیت، نگرانی و اندوه) را گزارش می‌کنند و به منظور فرار از مشکلات و اجتناب از ناراحتی و هیجانانگیزی و احساس منفی دست به فعالیت‌های تنظیمی و جبرانی می‌زنند. افراد وابسته به مواد از گروه‌های آسیب‌پذیر در انواع مختلفی از رفتارهای جنسی هستند و در مطالعات مختلف در انواع مصرف‌کنندگان موادمخدر نشان داده شده است (ساسمن، لیشا، گریفتس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱). میرسلیمانی، ثنائی، وزیری و لطفی (۱۳۸۸) در پژوهشی رفتارهای جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و رفتارهای آسیب‌به‌خود در گروه‌های مختلف سوء مصرف‌کنندگان موادمخدر

1. sexual addiction
2. Carnes
3. Coleman, Raymond, & McBean
4. sex offenders
5. paraphilic disorders
6. Missale, Nash, Robinson, Jaber & Caron
7. Garcia, & Thibaut
8. Sussman, Lisha, Griffiths

(کراک، تریاک، هرویین) و مواد محرک (شیشه، کوکاین) را مورد بررسی قرار داده بودند، نتایج حاکی از آن بود که میزان رفتار جنسی در سوء مصرف کنندگان کوکاین در بیشترین سطح و در سوء مصرف کنندگان کراک در کمترین سطح بود. همچنین میزان رفتار جنسی پرخطر در سوء مصرف کنندگان کوکاین و شیشه بالاتر از سوء مصرف کنندگان تریاک، هرویین و کراک بود. میزان رفتار آسیب به خود در سوء مصرف کنندگان کراک بیشتر از سوء مصرف کنندگان شیشه و تریاک بود. هدف از پژوهش حاضر مروری بر متون پژوهشی صورت گرفته بر اعتیاد جنسی و همبودی آن با اعتیاد به مواد مخدر بود. تحقیقات مختلف مبتنی بر پایه‌های نورویولوژیکی و عملکردی بخش‌های مختلف مغزی سعی در پیوند بین رفتارهای جنسی افراطی اعتیاد گونه و اعتیاد به مواد مخدر شیمیایی دارند و از آن با عنوان اختلال اعتیادی تعاملی نام می‌برند. در پژوهش حاضر تاریخچه اعتیاد جنسی و پایه‌های نورویولوژیکی آن و همبودی و همپوشانی اعتیاد به مواد مخدر و اعتیاد جنسی تشریح و در ادامه راه کارهای درمانی فعلی برای آن‌ها ارائه شده است.

### تاریخچه اعتیاد جنسی

ظهور اعتیاد جنسی در ادبیات بالینی با اصطلاحات مختلف برای این وضعیت از قبیل شهوت پرستی مرد<sup>۱</sup>، دون ژوانیسم<sup>۲</sup> (رینه‌هارت و مک کیب<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷)، اجبارگری جنسی<sup>۴</sup>، تکانشگری جنسی<sup>۵</sup> (میک و هولاندر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶)، رفتار جنسی خارج از کنترل (بنکرافت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸)، و رفتار فزون کنشی جنسی<sup>۸</sup> (کافکا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰) استفاده شده است. در سال ۱۸۱۲ رفتارهای جنسی مفرط توسط یک پزشک به نام بنجامین راش<sup>۱۰</sup>، پزشک به صورت بالینی ثبت شد. در سال ۱۹۰۰، کرافت- ابینق<sup>۱۱</sup> بیمارانی را توصیف کرد که به عنوان فزون جنسی<sup>۱۲</sup> نامیده می‌شدند و آن را بازتاب اولین علت افزایش غیرطبیعی (نابهنجار) میل

1. Satyriasis  
2. Don Juanism  
3. Rinehart, & McCabe  
4. sexual compulsivity  
5. sexual impulsivity  
6. Mick, & Hollander

7. Bancroft  
8. hypersexual behavior  
9. Kafka  
10. Benjamin Rush  
11. Krafft-Ebbing  
12. sexual hyperesthesia

جنسی دانست. مفهوم اعتیاد جنسی در اواسط سال ۱۹۷۰ معرفی شد. اورفورد<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) اولین کسی بود که رفتار جنسی مفرط غیر پارافیلیا<sup>۲</sup> را به عنوان وابستگی جنسی مفهوم سازی کرد. اورفورد این رفتار جنسی خارج از کنترل را به عنوان یک اعتیاد جنسی شناسایی و با رفتار اعتیاد به الکل مقایسه کرد. او این رفتار را به عنوان یک الگوی ناسازگارانه از استفاده و کنترل رفتاری مختل شده که با عواقب نامطلوب همراه بود، توصیف کرد. در کتاب پرفروش "بیرون از سایه‌ها: درک اعتیاد جنسی"<sup>۳</sup>، پاتریک اعتیاد جنسی را به عنوان یک وضعیت آسیب شناسی روانی متداول کرد (کارنز، ۲۰۰۱). این کتاب منجر به انتشار یک سری از کتاب‌ها و مقالات در مورد رفتار جنسی مفرط شد. پس از آن کینزی، پمروی، مارتین و اسلون<sup>۵</sup> (۱۹۴۸) مفهوم خروجی جنسی کلی را توصیف کردند. این مفهوم مربوط به مجموع تعداد ارگاسم‌های هفتگی می شود که توسط هر ترکیبی از خروجی جنسی (به عنوان مثال، استمناء<sup>۷</sup> و مقاربت جنسی<sup>۸</sup>) به دست می آید (کینزی و همکاران، ۱۹۴۸). بر اساس گزارش میک و هلندر (۲۰۰۶) اعتیاد جنسی می تواند به عنوان یک اختلال در طیفی از تکانشگری- اجبارگری مفهوم سازی شود. از این منظر هر دوی تکانشگری و اجبارگری با هم وجود دارند. در ابتدا تکانشگری با چرخه (لذت، انگیزش و یا ارضا) آغاز می شود و پس از آن مولفه اجبارگری منجر به تداوم رفتار می شود. در دهه گذشته در این حوزه تغییرات چشمگیری به وجود آمده است که بدون شک یکی از اصلی ترین دلایل این امر گسترش سریع اینترنت و فراگیری آن در ابعاد مختلف زندگی افراد بوده است. درحقیقت، امروزه تعداد رو به افزایشی از معتادان جنسی در دام رابطه جنسی اینترنتی گرفتار می شوند، درحالی که ساعت‌های زیادی را به دسترسی به سایت‌های پورنوگرافی، اتاق‌های گفت‌وگو و مواجهه جنسی آنلاین واقعی اختصاص می دهند (اشنایدر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴).

مناقشه‌هایی حول عبارت "اعتیاد جنسی" در فرضیه‌های درمانی و نظری آن وجود دارد.

1. Orford  
2. Nonparaphilic  
3. out of the shadows: understanding sexual addiction  
4. Patrick Carnes

5. Kinsey, Pomeroy, Martin & Sloan  
6. Outlet  
7. masturbation  
8. sexual intercourse  
9. Schneider

یک پایه منتقدانه آن این است که گزارش شده بود این برجسب، بعضی رفتارهای جنسی (برای مثال، خودارضایی و استفاده از پورنوگرافی و غیره) را آسیب شناسانه<sup>۱</sup> می کند، تنها به این دلیل که ممکن است مطابق با هنجارهای جنسی تایید شده به وسیله برخی گروه های فرهنگی خاص نباشد. منتقدان باور داشتند این برجسب، رفتارهای جنسی هنجاری را بر اساس استانداردهای اخلاقی فردی زیر سوال می برد که "حالت افراطی و بیش از اندازه"<sup>۲</sup> دارند. موضوع دیگر این بود که به نظر می رسید این برجسب رواج یافته، یک ارزیابی بالینی جامع مورد نیاز را نادیده می گیرد، یک ارزیابی که بتواند به خوبی اظهارات متنوع دغدغه های جنسی مراجع را به همراه دیگر مشکلات احتمالی سلامت روانی توصیف کند (وودی، ۲۰۱۱، ۳).

فقدان شواهد تجربی در مورد اعتیاد جنسی ناشی از فقدان کامل نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) از این بیماری است. در DSM-III-R از اعتیاد جنسی به عنوان یک اختلال جنسی "به روش دیگری مشخص نشده" معرفی شده است. در دو نسخه DSM-4، اعتیاد جنسی حذف شده است. با این حال، گروه کاری پیشنهاد کرده است که در اختلالات هویت جنسی و جنسیتی معیارهای تشخیصی پیشنهاد شده اختلال فزون کنشی جنسی، برای گنجاندن در DSM-5 در نظر گرفته شود (به نقل از شالچی و سید هاشمی، ۱۳۹۶). در سال های اخیر تحقیقات تجربی درباره اعتیاد جنسی افزایش یافته و منجر به توسعه ابزارهایی برای ارزیابی رفتار فزون کنشی جنسی مشکل ساز، شده است (شالچی و سید هاشمی، ۱۳۹۶). به تازگی انجمن روانپزشکی آمریکا، چندین طرح پیشنهادی را برای اختلالات جدید رد کرده است. اعتیاد جنسی در DSM-5 به عنوان یک اختلال در نظر گرفته نشده است. با اینکه ممکن است متخصصان بالینی این اختلال را در مان کرده باشند، اما هیأت امنای انجمن روانپزشکی برآورد کرده اند که پژوهش به اندازه کافی برای اضافه کردن این اختلال به بخش ۳ (اختلالاتی که نیاز به تحقیق بیشتری است) در DSM-5 وجود ندارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). با توجه به تنوع در

تعاریف، مفاهیم و ارزیابی‌ها از اعتیاد جنسی و رد آن توسط DSM-5، متخصصان بالینی با تأکید بر کارکرد بالینی مفید این اختلال، بررسی‌های دقیقی انجام دادند که منجر به تشریح کامل از جنبه‌های مدیریت آن شده است (به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

### پایه‌های نورویبولوژیکی اعتیاد جنسی

برای همه پستانداران و انسان، میل و انگیزه برای رابطه جنسی از دوپامین ناشی می‌شود. مدارهای پاداش دوپامین ما را وادار به انجام کارهایی می‌کند که بقای ما را حفظ می‌کند. در رأس این پاداش‌های انسانی، غذا، رابطه جنسی، عشق، دوستی و نوحواهی<sup>۱</sup> قرار دارد و آن‌ها را "تقویت‌کننده‌های طبیعی" می‌نامند که قابل مقایسه با مواد شیمیایی اعتیادآور هستند. هدف تکاملی دوپامین، ایجاد انگیزه در ما برای آنچه ژن‌هایمان به آن عمل می‌کنند، است. تحریک جنسی باعث فوران طبیعی دوپامین موجود در مدارهای پاداش می‌شود. یکی از اسامی مستعار دوپامین "مولکول اعتیاد" است، چرا که در همه اعتیادها نقش محوری دارد (سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). اگرچه دوپامین به‌عنوان مولکول لذت شناخته شده است، اما خود دوپامین تجربه لذت را ایجاد نمی‌کند، بلکه باعث یک رفتار جویندگی<sup>۲</sup> می‌شود که افراد را به سمت خواستن، تمایل، جویندگی و جستجو سوق می‌دهد. بررسی ارتباط بین نوروفیزیولوژی<sup>۳</sup> و اعتیاد جنسی، با تأکید بر نقش انتقال دهنده‌های عصبی دوپامین و سروتونین، در تشریح ابعاد اختلالات مصرف مواد<sup>۴</sup> و اختلال اعتیاد جنسی دارای اهمیت خاصی است (میسال و همکاران، ۱۹۹۸؛ گارسیا و تیپو، ۲۰۱۰). دوپامین یک انتقال عصبی است که مسئول چندین کارکرد مختلف در داخل سیستم عصبی مرکزی است و مسئول کنترل احساسات فرد، سیستم غدد درون ریز و تقویت مثبت آموخته شده است (میسال و همکاران، ۱۹۹۸). همچنین دوپامین در شرایط عصبی مختلف از جمله، افسردگی، اختلالات روانی و اختلالات مصرف مواد نقش دارد (سالمون، کوریا، مینگوت و وبر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). رابطه جنسی و یارفتارهای جنسی در زمره تمایلات طبیعی هستند که تصور می‌شوند آن‌ها در سیستم دوپامین تقویت طبیعی می‌شوند (سالمون و همکاران،

1. novelty

2. seeking behavior

3. neurophysiology

4. substance abuse disorders

5. Salamone, Correa, Mingote & Weber

۲۰۰۵). همچنین تقویت پاداش دوپامین به وسیله اختلالات مصرف مواد فعال می شود (سالمون و همکاران، ۲۰۰۵)، و در نتیجه مشارکت در رفتارهای جنسی به همان شیوه مشابه کار می کند و منجر به فعال شدن تقویت پاداش دوپامین می شود (گلدمن-راکیک و لئونگ، ۲۰۰۲؛ گلدشتاین و ولکو، ۲۰۱۱). بلوم<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود نشان دادند که زن های دوپامینرژیک در انواع مختلف رفتارهای انگیزاننده و تولید کننده لذت، از جمله الکل و اعتیاد به مواد مخدر، چاقی مرضی و رفتارهای جنسی اعتیادی مشترک هستند که این سوابق مشترک ژنتیک مولکولی منجر به رفتارهای نابهنجار می شود. مطالعاتی که در آن فعالیت مغز در طول ارگاسم برای مردان و زنان تحت نظر بود، فعال سازی در مسیرهای دوپامینرژیک نشأت گرفته از ناحیه تگمنتوم شکمی<sup>۴</sup> (VTA) به نوکلئوس اکومبنس<sup>۵</sup> گزارش شده است. فعالیت هایی همچنین در مخچه<sup>۶</sup> و قشر کمربندی قدامی<sup>۷</sup> مشاهده شده است (هولستیج<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ کمیساروک، ویز، فرانگوز، بیربانو و آلن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). در زنان فقط، فعال سازی مغز در طول ارگاسم کورتکس پیشانی مشاهده شد (کمیساوک و ویپل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵).

در یک مطالعه واکنش نشانه ای<sup>۱۱</sup> (سیگنال های جنسی) روی بیماران معتاد به کوکائین، به افراد هم نشانه های بصری مربوط به کوکائین و هم رابطه جنسی ارائه شد، نتایج نشان داد که مناطق مغزی مشابهی در طول مصرف مواد مخدر و نشانه های مرتبط با رابطه جنسی در شبکه پاداش و سیستم لیمبیک، یعنی در VTA، آمیگدال، هسته اکومبنس، اوربیتوفرونتال و کورتکس اینسولار فعال شدند (چیلدرس<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). در یک مطالعه کوهن گالینت<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۴) نشان دادند که قرار گرفتن در معرض مکرر پورنوگرافی با تغییرات ساختاری و عملکردی در مناطق قشر پیش پیشانی<sup>۱۴</sup> (PFC) مرتبط بود، که باعث تمایل به

1. Goldman-Rakic, & Leung
2. Goldstein, & Volkow
3. Blum
4. ventral tegmental area
5. nucleus accumbens
6. cerebellum
7. anterior cingulate cortex
8. Holstege

9. Komisaruk, Wise, Frangos, Birbano, & Allen
10. Whipple
11. cue-reactivity
12. Childress
13. Kühn & Gallinat
14. prefrontal cortex

جستجوی مطالب جنسی جدید و با شدت بیشتر می‌شود. مطالعات تصویربرداری از میل و هوس در اعتیاد به موادمخدر و اعتیادهای رفتاری، تغییرات کارکردی در قشر پیش پیشانی (PFC) و مدارهای پاداش زیرقشری<sup>۱</sup> را نشان داده‌اند (گلدشتاین و والکو، ۲۰۱۱). مطابق با این نتایج، یافته‌های حاصل از مطالعات تصویربرداری عصبی در افراد دارای رفتارهای فزون‌کنشی جنسی مشکل‌ساز پیشنهاد می‌کند که این افراد دارای تمایلات جنسی ذهنی بیشتری نسبت به افراد سالم دارند و میل جنسی افزایش یافته با الگوهای مختلف از پاسخ‌های عصبی در کمربند قدامی، جسم مخطط شکمی و آمیگدال همراه بود (وون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). پاسخ‌های عصبی فعال شده در این مناطق همپوشان با مناطق مغزی هستند که در ولع مصرف موادمخدر در میان انواع مختلف اعتیاد به مواد شناسایی شده است (کوهن و گالینت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). این شباهت منطقه‌ای حمایت بیشتری برای این فرضیه فراهم می‌کند که اعتیاد جنسی در مغز کارکرد نورویولوژیکی و آناتومیکی مشابهی با اختلالات اعتیادی دارد.

### اعتیاد جنسی و همبودی آن با وابستگی به موادمخدر

تحقیقات مختلف با معرفی اعتیاد جنسی به‌عنوان یک اعتیاد رفتاری، زمینه را برای درک بهتر این رفتارها به‌عنوان فرایندهای اعتیادآور اولیه فراهم کرده‌اند (سید هاشمی، شالچی و یعقوبی، ۲۰۱۸). برای حمایت از مفهوم اعتیاد جنسی، در درجه اول مطالعات متعددی نشان داده‌اند که رفتارهای جنسی مشکل‌ساز و اعتیاد به موادمخدر در ویژگی‌های بالینی (گودمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳) و فرآیندهای بیولوژیکی مشابهی، مشترک هستند (کولمن-کندی و پندالی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲)، که این موارد شامل شروع زودرس با یک دوره مزمن-عودکننده و پیگیری پاداش‌های کوتاه مدت (به‌عنوان مثال، "ارگاسم" در اعتیاد جنسی یا "دوز بالا" در اعتیاد به موادمخدر)، وجود عواقب بالقوه بلند مدت منفی (به‌عنوان مثال، آسیب جسمی یا عاطفی به خود یا دیگران)، و تلاش‌های بی‌نتیجه به مهار یا کنترل رفتار می‌باشد (سید هاشمی و همکاران، ۱۳۹۶).

1. subcortical reward circuits  
2. Voon  
3. Kühn & Gallinat

4. Goodman  
5. Coleman-Kennedy & Pendley



بین اعتیاد جنسی و اعتیاد به مواد مخدر همبودی بالایی (از ۴۰ درصد تا ۶۴ درصد) وجود دارد (وسگا-لوپز، سچمیدت و بلانکو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). کارنز، موری و کارپنتر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) نشان دادند که ۴۰ درصد از مردان دگر جنس گرا، ۴۰ درصد از زنان دگر جنس گرا و ۶۰ درصد از مردان همجنس گرا که مبتلا به اعتیاد جنسی بودند، به طور همزمان در اعتیاد به مواد مخدر و اعتیادهای رفتاری از قبیل، قماربازی و یا اختلالات خوردن درگیر بودند. متون پژوهشی مملو از این گزاره است که فرد با یک اعتیاد به احتمال زیاد دارای نوع دیگری نیز است (کارنز و دلمونیکو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶؛ کارنز و همکاران، ۲۰۰۵؛ جانسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹، میلر، بلکین و گلد<sup>۵</sup>، ۱۹۸۵؛ آرفورد، ۱۹۸۵). اعتیاد جنسی با اعتیاد به مواد شیمیایی اغلب دارای هم زیستی و اعتیاد جنسی معمولاً علت ناشناخته عود است. استاورو، ریز کالاه، دین-ویلیمز، چیسون و پوتوین<sup>۶</sup> (۲۰۱۳) در ۲۱۱ بیمار مراجعه کننده برای درمان اختلالات مصرف مواد نشان دادند که میزان شیوع اعتیاد جنسی در بیماران مختلف از اختلالات مصرف مواد بالا بود: حشیش و کانابیس (۳۴ درصد)، کوکائین (۳۲ درصد)، آفتامین (۱۳ درصد)، مواد اپیوئید (۱۳ درصد)، بنزودیازپین (۸ درصد) و الکل (۵۳ درصد). سید هاشمی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای به مقایسه اختلال فزون کنشی جنسی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد عادی پرداخته بودند، نتایج آن‌ها نشان داد که میانگین نمرات اختلال فزون کنشی جنسی و ابعاد آن در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بیشتر از افراد عادی بود و در افراد مصرف کننده فراوانی و شدت رفتارهای فزون کنشی جنسی بیشتری بود. بوسما-بلکر و بلاوو<sup>۷</sup> (۲۰۱۸) نشان دادند که چهار گروه از افراد مصرف کننده الکل، آرام‌بخش‌ها، محرک‌ها، و گاما هیدروکسی بوتیرات<sup>۸</sup> (GHB) تغییراتی در تفکرات، احساسات و رفتارهای جنسی در نتیجه مصرف مواد داشتند. بیش از نیمی از بیماران افزایش‌هایی در حوزه‌های جنسی (مانند، لذت جنسی، برانگیختگی جنسی، رفتار جنسی) داشتند که این موضوع در بیماران مبتلا به GHB بیشتر مشهود بود.

1. Vesga-Lopez, Schmidt, & Blanco  
2. Carnes, Murray, & Charpentier  
3. Delmonico  
4. Johnson  
5. Miller, Belkin & Gold

6. Stavro, Rizkallah, Dinh-Williams, Chiasson & Potvin  
7. Bosma-Bleeker, & Blaauw  
8. gamma hydroxybutyrate

اعتیادها به شیوه‌های مختلفی می‌توانند با هم در تعامل باشند (کارنز و همکاران، ۲۰۰۵)، وجود یک اعتیاد درمان نشده می‌تواند بهبودی را در اعتیاد دیگر مهار یا منجر به عود آن شود. به نظر می‌رسد که سطوح مختلف اعتیاد با مجموعه‌ای منحصر به فرد از رفتارهایی مرتبط است که خودشان معمولاً با هیجانات اساسی همچون احساس گناه، شرم، اجتناب و تروما تقویت می‌شوند. بسیاری از افراد با اعتیاد جنسی اعتراف کرده‌اند که از مواد به منظور مقابله یا رهایی از درد ناشی از رفتار جنسی شان، استفاده نموده‌اند. افراد همچنین ممکن است از مواد برای مقابله با کمرویی و شرکت در رفتارهای جنسی نامتعارف بیشتر استفاده کنند (سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

بررسی اینکه چگونه اعتیادهای متعدد می‌توانند یکدیگر راه تغذیه کنند (به جلو ببرند) دارای اهمیت است، گاهی اوقات افراد از یکی از اعتیادهای خود برای پنهان کردن یا رد دیگری استفاده می‌کنند، که شاید به علت شرم‌آوری بیشتر آن است. به عنوان مثال، ممکن است فردی داشتن مشکل اعتیاد جنسی را انکار کند و اصرار کند که رفتارهای جنسی مشکل ساز خود به علت مسمومیت یا مصرف مواد باشد. با این حال، ممکن است در این مورد مواد مخدر یا الکل صرفاً پوششی برای درد و شرم مرتبط با اعتیاد جنسی و کمکی برای خارج شدن فرد از عوارض هیجانی آن باشد (سید هاشمی، ۱۳۹۵). به همین منوال، هر دو اعتیاد ممکن است یکدیگر را تشدید کنند، به گونه‌ای که مشغولیت فرد به اعتیاد جنسی تحت تأثیر الکل و یا مواد مخدر باشد. این الگوها منجر به حفظ اعتیاد و مصرف پایدار و قابل پیش‌بینی مواد می‌شود (سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

تمرکز اصلی متون پژوهشی داخل کشور بر تأثیر الگوها و رفتارهای سوء مصرف مواد بر بهداشت عمومی و رفتارهای پرخطر جنسی از جمله بیماری‌های عفونی (HIV/AIDS) است (میرحیدری، طوافیان، منتظری و فلاحی، ۱۳۹۳). کمتر مطالعه‌ای یافت می‌شود که به تعامل و ارتباط متقابل رفتارهای جنسی و مصرف مواد بپردازد. این در حالی است که در مطالعاتی مختلفی نشان داده شده است که رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد گونه می‌تواند الگوی مصرف مواد را تحت تأثیر قرار داده و به تداوم آن کمک کند (آنتانیو<sup>۱</sup> و همکاران،

۲۰۱۷؛ سید هاشمی و همکاران، ۱۳۹۶). نوروزی و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیقی به پیمایش رفتاری و سرولوژیک از نظر HIV، هیپاتیت B و C در مصرف کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی آن‌ها در شهرهای کرج، اصفهان و گرگان به سفارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد پرداختند. نتایج نشان داد که عفونت‌های منتقله از راه جنسی خون در مصرف کنندگان تزریقی شایع بوده و شیوع آن در شرکای جنسی آن‌ها به مراتب از جمعیت عمومی بالاتر بود.

توجه به انواع مختلف رفتارهای جنسی در بروز مشکلات بهداشت عمومی و مواد مخدر ضرورت خاصی دارد و به مدیریت آن‌ها کمک می‌کند (هندرسوت، استونر، جورج و نوریس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ کالیچمن و کین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ کالیچمن، رومپا، ۱۹۹۵). رفتارهای جنسی جبری و اعتیادی می‌توانند اعمال جنسی بدون محافظت و شرکای جنسی را افزایش داده، و این نیز خود مصرف انواع مواد مخدر از جمله کوکائین را افزایش می‌دهد (بنوتسچ، کالیچمن و کلی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). بربروویچ<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) در مطالعه‌ی خود نشان داد که بین اجبارگری جنسی با اضطراب و مصرف مواد مخدر همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین، مصرف مواد مخدر، الکل و افسردگی با اجبارگری جنسی را پیش‌بینی می‌کند. نگرانی عمده در درمان به تنهایی اختلالات مصرف مواد این است که اعتیاد جنسی درمان نشده اغلب عود مصرف مواد را سرعت می‌بخشد. مقابله با یک اعتیاد و نادیده گرفتن موارد دیگر ممکن است در نهایت مشکلی که به آن پرداخته نشده است را تشدید کند. یک مثال خوب استفاده شده توسط اشنايدر و همکارانش (۲۰۰۵) زمانی است که بهبودی اولیه یک فرد از اعتیاد به مواد مخدر تبدیل به افزایش عملکرد جنسی در جهت ادامه تشریفات، آداب و رفتارهای جنسی است که قبلاً به وسیله مصرف مواد مخدر مختل شده بود. این رفتار جنسی همچنان می‌تواند برای افراد مشکل‌ساز باشد. فرد ممکن است همچنان به احساس شرم و درد ادامه دهد. بنابراین دستیابی به بهبودی با پرداختن به کل فرآیند اعتیادآور، میسر است (به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

1. Hendershot, Stoner, George, & Norris  
2. Kalichman, & Cain

3. Benotsch, Kalichman, & Kelly  
4. Berberovic

## درمان

تعدادی از رویکردهای مختلف، هم دارویی و هم روان‌شناختی در تلاش برای درمان افراد دارای اعتیاد جنسی مورد استفاده قرار گرفته است. به گفته گودمن (۱۹۹۸) بروز اعتیاد جنسی از طریق رفتار جنسی و فرآیندهای اعتیادآور صورت می‌پذیرد و برای درمان آن هم باید هم رفتارهای جنسی و هم فرآیندهای اعتیادی زیربنایی را مورد هدف قرار داد.

ادبیات پژوهشی و بالینی در مورد استفاده از عوامل روان‌دارویی<sup>۱</sup> برای درمان اعتیاد جنسی رو به افزایش است. پیش ماده‌های زیستی<sup>۲</sup> برای سائق جنسی، هورمون‌ها و انتقال دهنده‌ها هستند، در نتیجه درمان پارافیلیا و اعتیاد جنسی یا فزون‌کنشی جنسی باید شامل عوامل هورمونی (آندروژن‌ها)<sup>۳</sup> و روان‌گردان‌ها<sup>۴</sup> (که بر انتقال دهنده‌های عصبی تاثیر می‌گذارد) باشد. با توجه به شباهت‌های پارافیلیاها با رفتارهای فزون‌کنشی جنسی و اعتیاد جنسی، عوامل روان‌دارویی مورد استفاده برای درمان پارافیلیاها همچنین می‌توانند زمینه‌ای برای درمان این اختلالات نیز فراهم آورند (کروگر و کاپلان، ۲۰۰۲)، چرا که هر دو نوع اختلالات شامل رفتار جنسی خارج از کنترل است. به دلیل رابطه تستوسترون با شدت سائق جنسی، آنتی‌آندروژن‌ها (داروهایی که می‌توانند تستوسترون را کاهش دهند) به عنوان ابزاری برای تسهیل خودکنترلی مناسب جنسی در بیماران مبتلا به اختلال پارافیلیا استفاده شده است (سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

از دیدگاه بالینی هنگامی که شدت ولع جنسی به‌طور چشمگیری کاهش یافته باشد، ارضاء این ولع برای بیمار در حال درمان راحت‌تر است. با کاهش شدت میل جنسی، داروهای کاهش‌دهنده سائق جنسی اغلب می‌توانند توانایی فرد برای توقف و کنترل این رفتارها را بالا ببرند. در مطالعه‌ای نشان داده شد هنگامی که روش‌های کاهش تستوسترون بین مجرمان جنسی مورد استفاده گرفت، میزان بازگشت به جرم در کل به شکل چشمگیری کاهش یافت (وینبرگر، اسرنیواسان، گاریک و اوسان، ۲۰۰۵).

1. psychopharmacological agents  
2. biological precursors  
3. hormonal agents (antiandrogens)

4. psychotropics  
5. Weinberger, Sreenivasan, Garrick, Osran

تعدادی از مطالعات بررسی دقیق از این عوامل در درمان پارافیلیاها (بریکن، هیل و برنر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ گیجیز و گورن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶؛ روسلر و ویتزتوم<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰) و اختلالات فزون‌کنشی جنسی (کافکا، ۲۰۰۰؛ کروگر و کاپلان، ۲۰۰۲؛ کلمن و همکاران، ۲۰۰۳) منتشر شده‌است (به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). برخی گزارش‌ها حاکی از آن است که توپیرامات<sup>۴</sup> (خازال و زیولینو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶)، نالترکسون<sup>۶</sup> (بوستویک و بوچی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸؛ گرانت و کیم، ۲۰۰۱)، بازدارنده‌های باز جذب نالترکسون و سروتونین<sup>۸</sup> (ریموند و همکاران، ۲۰۰۲)، سیتالوپرام<sup>۹</sup> (مالدی و سینگ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵)، لپرولیداستات<sup>۱۱</sup> (ساله، ۲۰۰۵)، نفازودون<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰)، کلومیپرامین و اسید والپروئیک<sup>۱۳</sup> (گولسون، گولکات، و آیدین<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷) سودمند هستند (به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). تعدادی از مطالعات بدون گروه کنترل نشان دادند که داروهای ضد افسردگی، به ویژه بازدارنده‌های باز جذب سروتونین می‌توانند شدت و فراوانی تمایلات درگیر شدن به رفتارهای جنسی اعتیادی را کاهش دهند، حتی زمانی که بیمار از افسردگی اساسی رنج نمی‌برد (استین، هولاندر و آنتونی<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۲؛ کافکا و پرنسکی، ۱۹۹۲؛ برنر، هیل، بریکن و کراوس<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۴؛ بریکن و همکاران، ۲۰۰۳؛ کافکا، ۱۹۹۱؛ کلمن و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). یک مطالعه مروری در مورد داروشناسی رفتار اجبارگری جنسی نشان داد که مداخلات شیمیایی بیشتر استفاده شده عبارت بودند از: بازدارنده‌های باز جذب سروتونین انتخابی، مدرکسی پروژسترون استات، سیپروترون استات و هورمون آزاد کننده هورمون لوتهینیزه<sup>۱۷</sup> (کودسپوتی<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). همچنین برای درمان و پیشگیری از عود در رفتارهای جنسی، می‌توان تکنیک‌های

- |   |   |
|---|---|
| 1. Briken, Hill, & Berner                       | 11. leuprolide acetate  |
| 2. Gijs, & Gooren                               | 12. nefazodone  |
| 3. Rosler, & Witztum                            | 13. clomipramine and valproic acid  |
| 4. Topiramate                                   | 14. Gulsun, Gulcat, & Aydin   |
| 5. Khazaal, & Zullino                           | 15. Hollander, & Anthony  |
| 6. naltrexone                                   | 16. Berner, Hill, Briken, Kraus   |
| 7. Bostwick, & Bucci                            | 17. medroxyprogesterone acetate, cyproterone acetate, luteinizing hormone-releasing hormone |
| 8. naltrexone and serotonin reuptake inhibitors | 18. Codispoti   |
| 9. citalopram                                   |   |
| 10. Malladi, & Singh                            |   |

شناختی-رفتاری را مورد استفاده قرار داد. برای درمان فرآیند اعتیاد، می توان روش هایی مثل روان درمانی و گروه درمانی روان پویشی مورد استفاده قرار بگیرد که به خود تنظیمی و بهبود روابط بین فردی معنادار افراد کمک کند. برای بهبود تنظیم هیجانی، انواع دیگر درمان از جمله یک برنامه دارو درمانی می تواند ضروری باشد. مطالب بسیاری درباره رویکردهای روان درمانی مورد استفاده در درمان اعتیاد جنسی نوشته شده است. با این حال، اطلاعات درباره نتایج درمانی که تایید کننده اثربخشی یک رویکرد درمانی خاص باشد، اندک است.

### بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با تکیه بر مبانی نظری و ادبیات پژوهشی موجود، اعتیاد جنسی و همبودی آن با اعتیاد به مواد مخدر را مورد بررسی قرار داد. مرور صورت گرفته نشان داد که اعتیاد جنسی متأثر از یک عامل و علت مشخصی نیست و تصور می شود که عوامل زیست شناختی (پایه های نوروبیولوژیکی)، روان شناختی و اجتماعی مختلفی در آن نقش دارد. پیامدهای ناخوشایند شخصی، رابطه ای، و سلامت عمومی مرتبط با اعتیاد جنسی آن را به عنوان یکی از جدی ترین اما در عین حال نادیده گرفته شده ترین اختلالات روانپزشکی معاصر طبقه بندی می کند. یک نیاز بالینی و تقاضای اساسی برای متخصصان و کارشناسان این حوزه وجود دارد تا گروه های مجزا از مردان و زنان که جویای مراقبت سلامت روانی یا در حال دریافت آن هستند را شناسایی و مورد تشخیص قرار دهند. با درک واضح تر سبب شناسی و ویژگی های مربوط به اعتیاد جنسی، می توان از پیامدهای منفی این اختلال از جمله احتمال از دست دادن شغل، مشکلات قانونی، انزوای اجتماعی و میزان بالای طلاق و خطرات بهداشتی احتمالی مرتبط با بیماری های جنسی مقاربتی پیشگیری کرد. همچنین می توان به افراد خانواده های درگیر در این اختلال و مخصوصاً پریشانی های به وجود آمده در روابط خانوادگی آن ها کمک شایانی کرد.

اعتیاد جنسی همانند سایر اختلالات روانپزشکی دیگر، دارای عوامل متعددی است و ممکن است با اختلالات روانی همبودی داشته باشد. اعتیاد جنسی در برخی گروه ها از جمله مجرمان جنسی، افراد مبتلا به بیماری های عفونی و افراد دارای اختلالات مصرف

مواد شیوع بیشتری دارد. افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد علاوه بر اعتیاد، مشکلات روان‌شناختی دیگری نیز دارند که وضعیت را پیچیده‌تر می‌کند. در واقع آن‌ها دارای اختلالات همبودی هستند که بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند. بررسی الگوهای مصرف مواد در افراد مبتلا به اعتیاد جنسی یا فزون‌کنشی جنسی نشان می‌دهد که این دو بطور جدایی ناپذیری با هم مرتبط هستند. درمان اختلال مصرف مواد به تنهایی و بدون توجه به اعتیاد جنسی، اکثراً با عود مصرف مواد همراه است. در بعد درمانی، مطالعات پژوهشی و بالینی به گسترش استفاده از عوامل روان‌دارویی برای درمان اعتیاد جنسی اشاره کرده‌اند. تعدادی از رویکردهای مختلف، هم درمان دارویی و هم درمان روان‌شناختی را برای افراد دارای اعتیاد جنسی پیشنهاد کرده‌اند. بروز اعتیاد جنسی از طریق رفتار جنسی و فرآیندهای اعتیادآور صورت می‌پذیرد و برای درمان آن باید هم رفتارهای جنسی و هم فرآیندهای اعتیادی زیربنایی را مورد هدف قرار داد. یک نیاز مبرم تحقیقاتی برای اصلاح و یکی کردن تعریف عملیاتی برای چنین شرایطی وجود دارد، به طوری که باید تحقیقات از دیدگاه‌های نظری متفاوتی بتوانند با مجموعه‌ای از معیارهای مشترک ترکیب شوند (سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). شکاف‌های قابل توجهی در پایه دانش علمی در مورد اعتیاد جنسی وجود دارد. همچنین چالش‌هایی در رابطه با این اختلال و همبودی آن با اختلالات دیگر (به ویژه اختلالات مصرف مواد) وجود دارد (شالچی و سیدهاشمی، ۱۳۹۶). برای مثال، عوامل احتمال خطر رشدی، تاریخچه خانوادگی، نشانگرهای شناختی، و یک مسیر نورویبولوژیکی مجزا برای اعتیاد جنسی و اختلالات مصرف مواد، در حال حاضر شناخته شده نیستند (سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). همانند بسیاری از اختلالات روانپزشکی دیگر تحقیقات بیشتری مورد نیاز است تا نقش اعتیاد جنسی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد به طور کامل تبیین شود.

## منابع

سید هاشمی، سید قاسم (۱۳۹۵). نقش دشواری در تنظیم هیجان و بهزیستی روانشناختی در تبیین ابعاد فزون‌کنشی جنسی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان تبریز.

سید هاشمی، سید قاسم؛ سعادت، سید حسن (۱۳۹۷). *اعتیاد جنسی: آنچه متخصصان بالینی و درمانگران باید در مورد آن بدانند (اطلاعات بالینی، ارزیابی، تشخیص و درمان)*. تهران: انتشارات فرهیختگان دانشگاه، چاپ اول.

سید هاشمی، سید قاسم؛ شالچی، بهزاد؛ یعقوبی، حسن (۱۳۹۶). مقایسه اختلال فزون‌کنشی جنسی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد عادی. *مجله افق دانش*، ۲۴ (۱)، ۶۱-۶۶.

شالچی، بهزاد؛ سید هاشمی، سید قاسم (۱۳۹۶). همسانی درونی و تحلیل عاملی تاییدی پرسشنامه رفتار فزون‌کنشی جنسی در بین دانشجویان. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۵ (۳)، ۲۳۹-۲۵۱.

میرسلیمانی، لاله؛ ثنائی، باقر؛ وزیری، شهرام؛ لطفی، فرح (۱۳۸۸). مقایسه‌ی رفتارهای جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و رفتارهای آسیب به خود در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر با مواد محرک. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۳ (۹)، ۱۵۵-۱۷۲.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Antonio, N., Diehl, A., Niel, M., Pillon, S., Ratto, L., Pinheiro, M. C., ... & Ushida, R. (2017). Sexual addiction in drug addicts: The impact of drug of choice and poly-addiction. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(5), 414-421.

Bancroft, J. (2008). Sexual behavior that is out of control : A theoretical conceptual approach. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 593-601.

Benotsch, E. G., Kalichman, S. C., & Kelly, J. A. (1999). Sexual compulsivity and substance use in HIV-seropositive men who have sex with men: Prevalence and predictors of high-risk behaviors. *Addictive behaviors*, 24(6), 857-868.

Berberovic, D. (2013). Sexual compulsivity comorbidity with depression, anxiety, and substance use in students from Serbia and Bosnia and Herzegovina. *Europe's Journal of Psychology*, 9(3), 517-530.

Blum, K., Werner, T., Carnes, S., Carnes, P., Bowirrat, A., Giordano, J., ... & Gold, M. (2012). Sex, drugs, and rock n roll hypothesizing common mesolimbic activation as a function of reward gene polymorphisms. *Journal of psychoactive drugs*, 44(1), 38-55.

Bosma-Bleeker, M. H., & Blaauw, E. (2018). Substance use disorders and sexual behavior; the effects of alcohol and drugs on patients' sexual thoughts, feelings and behavior. *Addictive behaviors*, 87, 231-237.



- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Hazelden Publishing.
- Carnes, P. J. (1987). Sexual addiction: Implications for spiritual formation. *Studies in Formative Spirituality*, 8(2), 165° 174.
- Carnes, P. J., & Delmonico, D. L. (1996). *Sexual Dependency Inventory-revised*. Minneapolis, MN: Positive Living Press.
- Carnes, P., Murray, R., & Charpentier, L. (2005). Bargains with chaos: Sex addicts and addiction interaction disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12, 79° 120.
- Childress, A. R., Ehrman, R. N., Wang, Z., Li, Y., Sciortino, N., Hakun, J., ... & Franklin, T. (2008). Prelude to passion: limbic activation by unseen drug and sexual cues. *PLoS one*, 3(1), e1506.
- Coleman, E., Gratzer, T., Nesvacil, L., & Raymond, N. C. (2000). Nefazodone and the treatment of nonparaphilic compulsive sexual behavior: a retrospective study. *The Journal of clinical psychiatry*, 61(4), 282-284.
- Coleman, E., Raymond, N., & McBean, A. (2003). Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minnesota Medicine*, 86(7), 42-47.
- Coleman-Kennedy C, Pendley A. (2002) Assessment and diagnosis of sexual addiction. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(5), 143-51.
- Garcia, F. D., & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 254-260.
- Goldman-Rakic, P. S., & Leung, H. C. (2002). Functional architecture of the dorsolateral prefrontal cortex in monkeys and humans. *Principles of frontal lobe function*, 85-95.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature reviews neuroscience*, 12(11), 652° 669.
- Goodman, A. (1993). Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(3), 225° 251.
- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: An integrated approach*. International Universities Press, Inc.
- Hendershot, C. S., Stoner, S. A., George, W. H., & Norris, J. (2007). Alcohol use, expectancies, and sexual sensation seeking as correlates of HIV risk behavior in heterosexual young adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3), 365.
- Holstege, G., Georgiadis, J. R., Paans, A. M., Meiners, L. C., van der Graaf, F. H., & Reinders, A. S. (2003). Brain activation during human male ejaculation. *Journal of Neuroscience*, 23(27), 9185-9193.
- Johnson, M. (1999). *Cross-addiction: The hidden risk of multiple addictions*. New York: Rosen.

- Kafka, M. (2000). Psychopharmacologic treatments for nonparaphilic compulsive sexual behaviors. *CNS spectrums*, 5(1), 49-59.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 377-400.
- Kalichman, S. C., & Cain, D. (2004). A prospective study of sensation seeking and alcohol use as predictors of sexual risk behaviors among men and women receiving sexually transmitted infection clinic services. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 367-373
- Kalichman, S. C., & Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of personality assessment*, 65(3), 586-601.
- Kaplan, M. S., & Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47(2), 181- 197.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Sloan, S. (1948). *Sexual behavior in the human male* (Vol. 1). Philadelphia: Saunders.
- Komisaruk, B. R., & Whipple, B. (2005). Functional MRI of the brain during orgasm in women. *Annual Review of Sex Research*, 16(1), 62-86.
- Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. (2002). Behavioral and psychopharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders. *Journal of Psychiatric Practice*®, 8(1), 21-32.
- Kühn, S., & Gallinat, J. (2011). Common biology of craving across legal and illegal drugs° a quantitative meta-analysis of cue-reactivity brain response. *European Journal of Neuroscience*, 33(7), 1318-1326.
- Mick, T. M., Hollander, E. (2006). Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectr*, 11(12), 944-55.
- Miller, N. S., Belkin, B. M., & Gold, M. S. (1985). Multiple addictions: Co-synchronous use of alcohol and drugs. *New York State Journal of Medicine*, 90, 596° 600.
- Missale, C., Nash, S. R., Robinson, S. W., Jaber, M., & Caron, M. G. (1998). Dopamine receptors: from structure to function. *Physiological reviews*, 78(1), 189-225.
- Noroozi, A. R., Radfar, S. R., Alam Mehrjerdi, Z., Motevalian, S. A., Haghdoost, A., Nematollahi, P. , ... & Savarolia, A. (2011). *Bio-behavioral survey among injecting drug users and their sexual partners in Karaj Isfahan and Gorgan*. Final Report, United Nation Office of Drug and Crime. Can be accessed via [https://www.unodc.org/documents/islamicpublicofiran//Couple\\_BSS\\_Final\\_Report.pdf](https://www.unodc.org/documents/islamicpublicofiran//Couple_BSS_Final_Report.pdf). Accessed Aug 15, 2015.
- Orford, J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. New York: Wiley.
- Rinehart, N. J., & McCabe, M. P. (1997). Hypersexuality: Psychopathology or normal variant of sexuality? *Sexual and Marital Therapy*, 12(1), 45° 60.

- Rösler, A., & Witztum, E. (2000). Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(1), 43-56.
- Salamone, J. D., Correa, M., Mingote, S. M., & Weber, S. M. (2005). Beyond the reward hypothesis: alternative functions of nucleus accumbens dopamine. *Current opinion in pharmacology*, 5(1), 34-41.
- Schneider, J. P. (2004). Sexual addiction & compulsivity: Twenty years of the field, ten years of the journal. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(1-2), 3-5.
- Seyed Hashemi, S. G., Shalchi, B., & Yaghoubi, H. (2018). Difficulties in Emotion Regulation, Psychological Well-Being, and Hypersexuality in Patients with Substance Use Disorder in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(1), e10449.
- Stavro, K., Rizkallah, E., Dinh-Williams, L., Chiasson, J. P., & Potvin, S. (2013). Hypersexuality among a substance use disorder population. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(3), 210-216.
- Sussman, S., Lisha, N., & Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Evaluation & the health professions*, 34(1), 3-56.
- Vesga-Lopez, O., Schmidt, A., & Blanco, C. (2007). Update on sexual addictions. *Directions in Psychiatry*, 27(2), 143-158.
- Voon, V., Mole, T. B., Banca, P., Porter, L., Morris, L., Mitchell, S., ... & Irvine, M. (2014). Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PloS one*, 9(7), e102419.
- Weinberger, L. E., Sreenivasan, S., Garrick, T., & Osran, H. (2005). The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 33(1), 16-36.
- Woody, J. D. (2011). Sexual addiction/hypersexuality and the DSM: Update and practice guidance for social workers. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(4), 301-320.



پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی