



The lived experience of self-concept and childhood traumas of people with sexual addiction disorder with healthy people

Maryam. Bahrian¹, Simin. Bashardoost*², Hayedeh. Saberi²

1. PhD student Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research
Pages: 395-411

Corresponding Author's Info
Email: sbashardoost@riau.ac.ir

Article history:

Received: 2022/06/16
Revised: 2022/09/11
Accepted: 2022/09/17
Published online: 2022/10/02

Keywords:

self-concept, childhood traumas,
sexual addiction disorder.

ABSTRACT

Background and Aim: Sexual addiction is a mental disorder with unpleasant personal, interpersonal, legal, social and physical consequences. Sexual addiction is mainly rooted in unpleasant experiences in the family and in childhood. The purpose of this study was to investigate the lived experience of self-concept and childhood traumas of people with sexual addiction disorder. **Method:** In the qualitative part of this study, 10 patients with sex addiction in Tehran city were selected in 2022 by purposive sampling method. In the present study, the revised sex addiction screening test by Carnes et al. (2010) was used for screening. In the qualitative part, the method proposed by Van Manen (2016) was used for data analysis. **Results:** The results in the qualitative part were categorized into 4 main themes "denial", "punishment for more resilience", "despair against hope" and "negative self-concept" and 9 sub-themes. **Conclusion:** These results have important implications of the role of unpleasant experiences in the family on the sexual behavior of people in the later years of life. So that those who have negative self-concept and more childhood trauma are more prone to sexual addiction disorder.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence. © 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Bahrian, M., Bashardoost, S., & Saberi, H. (2022). The lived experience of self-concept and childhood traumas of people with sexual addiction disorder with healthy people. *Jayps*, 3(1): 395-411.



تجربه زیسته خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی

مریم بهریان^۱، سیمین بشر دوست*^۲، هایده صابری^۲

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: علمی- پژوهشی	زمینه و هدف: اعتیاد جنسی یک اختلال روانی با پیامدهای فردی، بین فردی، قانونی، اجتماعی و جسمانی ناخوشایند است. اعتیاد جنسی به طور عمده در تجربه‌های ناخوشایند در خانواده و در کودکی ریشه دارد. هدف مطالعه حاضر بررسی تجربه زیسته خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی بود. روش پژوهش: این مطالعه در بخش کیفی بر روی ۱۰ نفر از بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در مطالعه حاضر، از آزمون تجدیدنظر شده غربالگری اعتیاد جنسی کارنز و همکاران (۲۰۱۰) جهت غربالگری استفاده شد. در بخش کیفی از روش پیشنهادی ون مانن (۲۰۱۶) برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شده است. یافته‌ها: نتایج در بخش کیفی در ۴ مضمون اصلی «انکار»، «تنبیه برای تاب‌آوری بیشتر»، «نامیدی در برابر امید» و «خودپنداره منفی» و ۹ مضمون فرعی دسته‌بندی شدند. نتیجه گیری: این نتایج تلویحات مهمی از نقش تجربیات ناخوشایند در خانواده بر رفتارهای جنسی افراد در سال‌های بعدی زندگی دارد. به طوری که کسانی که خودپنداره منفی و ترومای کودکی بیشتری دارند بیشتر مستعد اختلال اعتیاد جنسی هستند.
صفحات: ۴۱۱-۳۹۵	
اطلاعات نویسنده مسئول	
ایمیل: sbashardoust@riau.ac.ir	
سابقه مقاله	
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۲۶	
تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۲۰	
تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۰۶/۲۶	
تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۷/۱۰	
واژگان کلیدی	
خودپنداره، تروماهای کودکی، اختلال اعتیاد جنسی.	
انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.	
تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.	

شیوه استناد به این مقاله

بهریان، م.، بشر دوست، س.، و صابری، ه. (۱۴۰۱). تجربه زیسته خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی. دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۳(۱): ۳۹۵-۴۱۱.



مقدمه

روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). معیارهای تشخیصی اعتیاد جنسی عبارتند از: (۱) صرف زمان افراطی برای خیال-پردازی و رفتارهای جنسی نامناسب؛ به طوریکه با اهداف زندگی فرد تداخل داشته باشد؛ (۲) خیال‌پردازی مکرر و فعالیت جنسی در پاسخ به وضعیت‌های خلقی ملانگیز مانند افسردگی و اضطراب؛ (۳) فعالیت‌ها و خیال‌پردازی‌های جنسی مکرر در پاسخ به وقایع پرفشار زندگی؛ (۴) تلاش‌های مکرر ولی ناموفق برای کنترل یا کاهش رفتار و فعالیت جنسی؛ (۵) مشارکت مکرر در فعالیت‌ها و رفتارهای جنسی بدون در نظر گرفتن عواقب و پیامدهای فیزیکی و هیجانی برای خود و دیگران. اگر فردی چهار علامت یا بیش از این را به مدت حداقل شش ماه و همراه با تنش و نقایص معنادار در جنبه‌های مختلف زندگی داشته باشد، اعتیاد جنسی دارد (کافکا، ۲۰۱۰).

بر اساس پیشینه پژوهش عوامل مختلفی در ایجاد اعتیاد جنسی می‌تواند نقش داشته باشد که از جمله آنها می‌توان به خودپنداره اشاره کرد (زاهدیان و همکاران، ۱۳۹۰). خودپنداره نحوه تصور فرد درباره خود است که فرد از طریق آن توانمندی‌های خود را می‌شناسد و تصور مثبت در این مورد موجب افزایش بازدهی و تحقق اهداف در افراد می‌شود (کاهه و همکاران، ۱۳۹۷). خودپنداره به عنوان «طرحواره‌ای شناختی که خاطرات انتزاعی و ملموس درباره خود را سازماندهی می‌کند و پردازش اطلاعات مربوط به خود را کنترل می‌کند» تعریف شده است (کمپبل، ۱۹۹۰، به نقل از جانکووسکی و همکاران، ۲۰۲۲). خودپنداره جنسی در دوران نوجوانی و اغلب ماه‌ها یا سال‌ها قبل از هرگونه تماس جنسی شکل می‌گیرد، گرچه عوامل متعددی می‌تواند خودپنداره جنسی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (سیو-مینگ و همکاران، ۲۰۱۹). ضمن اینکه خودپنداره جنسی به صورت پیچیده‌ای با رفتار و نگرش جنسی افراد در ارتباط است و آنها را تحت

اعتیاد جنسی^۱ که اجبار جنسی یا فزون کنشی جنسی نیز نامیده می‌شود یک رفتار بیمارگونه است که با ترکیبی از میل جنسی بیش از حد که از طریق خیال‌پردازی‌های عادی، تکانه‌ها و/یا رفتارهای جنسی بیان می‌شود و اختلال در توانایی کنترل آن مشخص می‌شود (کافکا، ۲۰۱۳؛ والترز، نایت و لنگستروم، ۲۰۱۱). شایع‌ترین تظاهرات عبارتند از خودارضایی اجباری^۲، استفاده نادرست از فعالیت‌های جنسی آنلاین^۳ (مانند پورنوگرافی^۴ یا وب‌کم‌های جنسی^۵)، جستجوی بی‌وقفه برای شریک جنسی جدید و/یا رابطه جنسی اجباری با یک شریک ثابت (کارپلا، وری، وینشتاین، کاتسین، پتیت و ریناود و همکاران، ۲۰۱۴؛ وری، وگلر، چالت-بوژو، پودات، کیلون، لور و همکاران، ۲۰۱۶). به گفته مک براید، ریس و سندرز (۲۰۰۸)، رفتار جنسی اجباری از نظر عملکردی آسیب می‌زند و تأثیر منفی بر جنبه‌های مختلف زندگی روزمره (به عنوان مثال، پزشکی، مالی، حقوقی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی) دارد. معمولاً مشکلات زناشویی در ۵۶/۲ درصد از این بیماران وجود دارد (اسپنهورف و همکاران ۲۰۱۳) و این بیماری همراه با مشکلات روانشناختی مختلف مانند عزت نفس ضعیف، عاطفه منفی، احساس گناه و شرمندگی همراه است (رید، هارپر و اندرسون، ۲۰۰۹).

همچنین می‌توان گفت که اعتیاد جنسی با متغیرهای متعددی از هیجان‌طلبی بالا^۶، واکنش‌های هیجانی^۷ و بی‌اختیاری^۸ همراه است (آندراسن، پالاسن، گریفیث، تورشیم و سینها، ۲۰۱۸). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم (DSM-5) اگرچه اعتیاد جنسی را به عنوان «اختلال بیش‌فعالی در رابطه جنسی»^۹ یا فزون کنشی جنسی پیشنهاد کرده بودند اما این انجمن به دلیل فقدان شواهد کافی، از نام بردن آن در فهرست اختلالات جنسی صرف کرد (انجمن

6. highly sensation seeking
7. emotionally reactive
8. spontaneous
9. hypersexual disorder

1. sex addiction
2. compulsive masturbation
3. abusive use of online sexual activities
4. pornography
5. sexual webcams

روش پیشنهادی ون مانن (۲۰۱۶) انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد دارای اختلال اعتیاد جنسی ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند^۲ استفاده شد. در بخش کیفی پژوهش نمونه‌گیری به روش هدفمند و تا حد رسیدن به اشباع نظری به تعداد ۱۰ نفر زن و مرد ادامه پیدا کرد. برای محرز شدن دارا بودن اختلال اعتیاد جنسی این افراد آزمون تجدیدنظر شده غربالگری اعتیاد جنسی (SAST-R) کارنز و همکاران (۲۰۱۰) ابتدا بر روی آنان اجرا شد و کسانی که نمره ۸ و بالاتر کسب کردند به عنوان افراد دارای اختلال اعتیاد جنسی شناسایی شدند و با آنان مصاحبه شد. استفاده از نمونه‌گیری هدفمند این اطمینان را به وجود می‌آورد که داده‌ها از افراد کلیدی مطلع جمع‌آوری می‌شود. اشباع نظری هم معیاری است که تعیین می‌کند تا چه وقت باید به روند گردآوری داده‌ها ادامه داد. در واقع نمونه‌گیری و گردآوری داده‌ها به پایان می‌رسد که دیگر یافته جدیدی از داده‌های گردآوری شده حاصل نگردد (قربان پور لقمجانی، ۱۴۰۰). با اتخاذ این رویکرد برای گروه نمونه ۱۰ نفر زن و مرد تعیین شدند. همچنین از آنجایی تعداد ۱ تا ۳۲۵ نفر برای حجم نمونه پیشنهاد شده است (کراسول و پوث، ۲۰۱۸)، لذا در این پژوهش تعداد ۱۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شده است؛ ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه افراد آزمودنی برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال و نداشتن بیماری‌های جسمانی و روانشناختی بر اساس گزارش خود فرد بود. ملاک‌های خروج شامل ناقص بودن پاسخنامه افراد نمونه، بیماری‌های شدید روانی و مصرف دارو در یک سال گذشته بر اساس گزارش فرد نمونه و سابقه سوءمصرف مواد و مشروبات الکلی بر اساس گزارش فرد نمونه بود.

ابزار پژوهش

۱. آزمون تجدیدنظر شده غربالگری اعتیاد جنسی (SAST-R) کارنز و همکاران (۲۰۱۰). این آزمون در سال ۱۹۸۸ توسط کارنز تهیه شد که به عنوان اولین ابزار

تأثیر قرار می‌دهد و ملاک تصمیم‌گیری و ارزیابی رفتارهای جنسی فرد در حال و آینده می‌باشد (هانسل و همکاران، ۲۰۱۱؛ دنوتسچ و همکاران، ۲۰۱۴).

افزون بر این قربانی شدن جنسی، به طور خاص، سوء استفاده جنسی از کودکان، با رفتار اجباری و اعتیادی جنسی مرتبط است (سالوین و همکاران، ۲۰۲۰). تروما شامل سوء استفاده جنسی، جسمی، عاطفی و مورد غفلت قرار دادن است که در آن آزار جسمی شامل ایجاد آسیب جسمی و بدنی توسط فردی که مسئول مراقبت و نگهداری از وی است، آزار عاطفی یعنی طرد نمودن و ممانعت از فعالیت‌های مورد علاقه فرد در دوران کودکی، آزار جنسی شامل نوازش کودک به قصد لذت تا عورت نمایی و در نهایت تجاوز جنسی اطلاق می‌شود (میکائیلی و پرینان خوی، ۱۴۰۰). در میان بسیاری از عوامل، تجربیات نامطلوب دوران کودکی با تجربیات روان پریشی مرتبط است (راتش و همکاران، ۲۰۲۰) که ممکن است شامل اشکال مختلف سوء استفاده فیزیکی، آزار کلامی، سوء استفاده جنسی، بی توجهی فیزیکی و غفلت عاطفی باشد. ناملایمات در دوران کودکی (قبل از ۱۸ سالگی رخ می‌دهد) شایع است، تقریباً ۴۰٪ درصد از جمعیت بزرگسال حداقل یک نوع تجربه نامطلوب مانند بیماری روانشناختی والدین، خشونت خانگی، آزار جسمی، عاطفی و جنسی و غفلت را گزارش می‌کنند (کسلر و همکاران، ۲۰۱۰). با توجه به آنچه گفته شد 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. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که تجربه زیسته خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی چگونه است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر کیفی بود. این پژوهش با رویکرد پدیدارشناسی هرمنوتیک^۱ (پدیدارشناسی تفسیری) و با

2. purposive

1. Hermeneutic phenomenological study

گزارش شده است (کووالوسکا و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین همسانی درونی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ محاسبه شده است که ضرایب آلفای کرونباخ مولفه‌های پرسشنامه در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است که نشان دهنده پایایی بسیار خوب پرسشنامه است (کولودزیچ و همکاران، ۲۰۱۷). در یک پژوهش دیگر برای بررسی پایایی آزمون از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۳ گزارش شده است (کاپونته و همکاران، ۲۰۲۲). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ گروه افراد دارای اختلال جنسی ۰/۸۵ به دست آمده است.

۲. مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته. تمام مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر صورت گرفت. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه بود و پژوهشگر مصاحبه‌ها را با این سؤالات آغاز کرد که آسیب‌های دوره کودکی و خاطرات تلخی که از رنج‌ها، ناکامی‌ها و شکست‌های دوران کودکی قبل از ۱۲ سالگی به خاطر دارید، چه بوده است؟ رفتارهای جنسی غیرقابل کنترل چگونه باعث کنار آمدن و کنترل رنج ناشی از تروماهای دوران کودکی بوده است؟ چگونه هیجان‌های منفی ناشی از اولین تجربه آزار جنسی و تلاش برای برطرف کردن آن منجر به تکرار رفتار جنسی غیر قابل کنترل شد؟ تجربیات تلخ و منفی دوران کودکی چگونه آغازگر پیدا شدن دغدغه‌های جنسی رفتار جنسی شد؟

سپس در صورت ابهام با سؤالات پیگیری، مصاحبه‌ها ادامه می‌یافت. همچنین مصاحبه‌ها با این سؤالات ادامه یافت که اولین تجربه پدید آمدن افکار یا رفتار غیر قابل کنترل جنسی چگونه با آسیب دوران کودکی شما ارتباط پیدا کرد؟ ایجاد یا انجام دادن رفتارهای اعتیاد گونه جنسی چگونه به بهبود یا تسکین تصویر منفی از خود یا فراموش کردن خاطرات دوران کمک کرد؟ از سخت ترین دوران یا خاطره زندگی خود بگویید؟ از برچسب‌ها و خاطراتی که در آن باعث شد تا سعی کنید نگرش به خودتان را تغییر دهید یا از خودتان فرار کنید بگویید؟ نظر کلی راجع به خودتان چیست؟ و مراقبان اصلی زندگی و افراد نزدیک و بستگان یا آموزگاران مدرسه شما را چه طور تصویر

جهت تشخیص بیماری‌هایی که علائم رفتارهای جنسی اجباری را نشان می‌دادند طراحی شد. پژوهش‌های اولیه نشان دادند که این پرسشنامه برای تشخیص گذاری مردان دگرجنس خواه مناسب بود. نهایتاً کارنر نسخه دوم آن را با عنوان آزمون تجدیدنظر شده غربالگری اعتیاد جنسی در سال ۲۰۱۰ ارائه کرد (مدرسی و همکاران، ۱۳۹۲). نسخه تجدیدنظر شده ۱۷ سوال دارد که چهار مولفه اشتغالات ذهنی با سؤالات ۳، ۱۸، ۱۹ و ۲۰؛ فقدان کنترل با سؤالات ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ آسیب با روابط با سؤالات ۶، ۸، ۱۶ و ۲۶؛ آسیب‌های عاطفی با سؤالات ۴، ۵، ۱۱، ۱۳ و ۱۴ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف ۲ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود به این صورت که به گزینه بله ۱ نمره و گزینه خیر ۰ نمره داده می‌شود (جیانگ و همکاران، ۲۰۲۲). نقطه برش هر مولفه نمره ۲ و بیشتر است و نقطه برش کل پرسشنامه نمره ۸ و بالاتر است (کارنر و همکاران، ۲۰۱۰). سازندگان پرسشنامه ویژگی‌های روانسنجی آن را بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ آن برای مردان دگرجنس خواه ۰/۸۲، برای زنان ۰/۸۴ و برای مردان همجنس‌باز ۰/۸۹، در زنان دانشگاهی ۰/۸۱، راهبه‌ها ۰/۷۷، زنان معتاد جنسی مرخص شده از بیمارستان ۰/۹۱، مردان دانشگاهی ۰/۸۴، راهبه‌ها ۰/۸۸، مردان جنسی مرخص شده از بیمارستان ۰/۹۰ و مردان معتاد جنسی بستری ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند (کارنر و همکاران، ۲۰۱۰). در ایران در پژوهش‌های کمی به بررسی این پرسشنامه پرداخته‌اند اما در یک پژوهش میزان پایایی باز-آزمون را برای جمعیت ایرانی به روش محاسبه ضریب همبستگی پیرسون بین داده‌های وابسته برای ۷۰ آزمودنی زن و مرد به فاصله سه هفته ۰/۹۲ به دست آمده است و روایی این پرسشنامه پس از تأیید روایی صوری به وسیله متخصصان با محاسبه همبستگی پیرسون نمره زیرمقیاس اصلی و چهار زیرمقیاس پرسشنامه با نمره کل ۰/۷۲ گزارش شده است که حاکی از روایی سازه مطلوب برای این پرسشنامه می‌باشد (زاهدیان و همکاران، ۱۳۹۰). در خارج از کشور روایی ملاکی این آزمون بررسی و ضریب همبستگی آن با مقیاس پرونوگرافی کرائوس و همکاران (۲۰۲۰) بررسی و ضریب همبستگی ۰/۵۹ و معنادار در سطح ۰/۰۱

انتخابی از همان متن؛ جملات و عباراتی را که توصیف کننده تجارب افراد بود انتخاب می‌کرد. جملات انتخاب شده را در یک برگه جداگانه بر اساس شباهت‌ها می‌نوشت، سپس آنها را طبق شباهت‌ها و تفاوت‌ها، تغییر شکل داده و به واحدهای معنایی تغییر می‌داد. این واحدهای معنایی بعد از دسته بندی به عبارات کلی تر و انتزاعی تر تبدیل می‌شد.

چهارمین گام پیشنهادی ون مانن (۲۰۱۶)؛ هنر نوشتن و بازنویسی بوده که در این مرحله پژوهشگر برای به دست آوردن متن غنی توصیف کننده تجارب مشارکت کنندگان، چندین بار مضامین را می‌نویسد تا متن قوی به دست آید. گام پنجم؛ حفظ ارتباط قوی و جهت‌دار با پدیده موردنظر پژوهشگر است که در این مرحله نیز پژوهشگر با در نظر گرفتن سؤال اصلی پژوهش سعی دارد تا با پدیده مورد نظر ارتباط قوی برقرار کند. آخرین گام پیشنهادی ون مانن (۲۰۱۶)؛ ایجاد توازن در زمینه پژوهش با ارتباط دادن اجزاء و کل می‌باشد که پژوهشگر با در نظر گرفتن کل و جزء پژوهش، این ارتباط را حفظ می‌کند. در ابتدای پرسشنامه اصول اخلاقی پژوهش نوشته شده بود و طی آن شرکت آزادانه و داوطلبانه و محرمانه ماندن پاسخ‌ها شرح داده شده بود. افراد نمونه ابتدا این اصول را خوانده و بعد رضایت آگاهانه می‌توانستند به سوالات پاسخ دهند. بعد از گردآوری داده ها پرسشنامه‌های پاسخ‌های افراد مبتلا و غیرمبتلا با روش‌های آماری مناسب تجزیه و تحلیل شد. ضایع نشدن حقوق افراد نمونه در پژوهش و رعایت حقوق انسانی آنها، دادن اطمینان به افراد نمونه که شرکت آنها در پژوهش فاقد هر ضرر و زیان احتمالی، توضیح به افراد نمونه جهت بی خطر بودن مشارکت آنها در پژوهش، توضیح کامل و مفید برای افراد نمونه برای آماده کردن پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از آنها و اختیاری بودن پژوهش در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنها از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. برای تحلیل داده‌های گردآوری شده حاصل از مصاحبه از سه نوع کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی استفاده شد. در مرحله کدگذاری باز مفاهیم شناسایی شد و ویژگی‌ها و

می‌کردند؟ (ضعیف یا قوی، شاد یا غمگین، سخت‌کوش یا تنبل عجول یا کند، مستقل یا وابسته، مهربان یا خود خواه، خشن یا ملایم، کودک یا بالغ، متعهد یا اهمالکار و وفادار یا خیانت کار).

روش اجرای پژوهش

روش جمع‌آوری و گردآوری اطلاعات در بعد کتابخانه‌ای با استفاده بررسی ادبیات تحقیق از مقالات علمی شد. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش پس از انجام هماهنگی لازم با مراکز و کلینیک‌های مربوطه که مراجعین آنها افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی بود و مشکل آنان بر اساس نظر روانشناس بالینی و با کسب نمره ۸ و بالاتر در آزمون تجدیدنظر شده غربالگری اعتیاد جنسی (SAST-R) کارنز و همکاران (۲۰۱۰) مشخص شد انتخاب گردیدند. در قسمت کیفی پژوهش از روش ۶ مرحله‌ای ون مانن (۲۰۱۶) استفاده شده است. گام اول مربوط به علاقه‌مندی محقق به پدیده مورد نظر برای پژوهش می‌باشد؛ بدین معنی که پژوهشگر علاقه‌مند به درک تجربه زیسته افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی بود. دومین گام انتخاب افرادی بود که پدیده مورد نظر (اعتیاد جنسی) را به طور واقعی تجربه کرده‌اند که در این پژوهش ۱۰ نفر انتخاب شدند و با اخذ رضایت‌نامه آگاهانه شفاهی برای شرکت در مطالعه، مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختارمند را به صورت فردی و چهره به چهره انجام داد.

گام سوم روش ون مانن (۲۰۱۶)؛ تأمل بر مضامین ذاتی توصیف کننده تجارب مشارکت کنندگان بود. در این مرحله با استفاده از تحلیل درونمایه‌ای، مضامین اصلی به دست آمد. ون مانن (۲۰۱۶) سه رویکرد کل‌نگرانه، انتخابی (گزینشی یا برجسته کردن) و رویکرد جزء به جزء (خط به خط) را برای تعیین تحلیل درونمایه‌ای پیشنهاد داده است. پژوهشگر بعد از انجام مصاحبه، در همان روز، فایل‌های صوتی را بارها برای درک عمیق گوش داده و سپس به متن نوشتاری تبدیل می‌کرد. همچنین متن یک مصاحبه را بارها می‌خواند تا یک برداشت کلی از آن داشته باشد و در ادامه، درک و برداشت کلی خود را در چند پاراگراف می‌نوشت. سپس بر اساس رویکرد

یافته‌ها

از بین ۱۰ نفر مصاحبه‌شوند، به طور مساوری، ۵ نفر (۵۰ درصد) را زنان و ۵ نفر (۵۰ درصد) را مردان تشکیل می‌دادند. میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ۳۶/۷۵ (۸/۹۸) بود.

ابعاد آنها در داده‌ها کشف شدند؛ در این مرحله پژوهشگر با ذهنی باز به اسم گذاری مفاهیم پرداخته و محدودیتی در تعیین کدها قائل نبود. در مرحله کدگذاری محوری به دنبال کدگذاری باز انجام شده و فرآیند تبدیل مفاهیم به مقوله‌ها، مضامین و یا خلاصه کردن داده‌ها، تحت عنوان مقوله‌های اصلی بود. در مرحله کد گذاری انتخابی فرآیند پالایش مقوله‌ها، یکپارچه سازی آنها و نیز پیوند دادن مقولات به یکدیگر بود.

جدول ۱. کدهای مقوله‌های اصلی و فرعی

مقوله اصلی	مقوله فرعی
انکار	آزار جنسی
ناامیدی در برابر امید	آزار عاطفی
تنبیه برای تاب آوری بیشتر	غفلت عاطفی
خود پنداره منفی	آزار فیزیکی
	غفلت جسمی
	من خوب نیستم، تو خوب هستی
	نگرش نا امن و بی اعتمادی
	خود غیر قابل انعطاف در مقابل ملایمات
	مهم نباش، دیده نشو

مضمون اصلی ۱: انکار

بیشتر شرکت‌کنندگان، در پاسخ به این سوال که آیا میان رابطه جنسی کنترل نشده و آزار جنسی در دوران کودکی رابطه‌ای می‌بیند، ابتدا با انکار واکنش نشان دادند، اما طولی نکشید که هم خودشان و هم مصاحبه‌گر به ارتباط میان آزار جنسی و پناه بردن به رابطه جنسی پی بردند. آنها پس از مواجهه و یادآوری خاطرات تلخ دوران کودکی متوجه شدند که پشت این انکار، رنج ناشی از خاطرات تلخ آزار جنسی دوران کودکی است و میان اعتیاد جنسی و این خاطرات رابطه وجود دارد. این مضمون نشان می‌دهد، مکانیسم انکار به ویژه در افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی می‌تواند، نوعی گیر کردن در سوگ ناشی از آزار جنسی و آزار عاطفی باشد. بسیاری از شرکت‌کنندگان، دوره‌هایی شبیه به مراحل سوگ کوبلر راس را در توصیف مواجهه با تروماهای کودکی بیان کردند که خشم و انکار در بسیاری از آنها دیده شد. خاطرات سرکوب شده در ۵ مرد و یک زن گزارش شد. بازیابی خاطرات رنج

آور گذشته که مبتنی بر آزار جنسی و آزار عاطفی بود، در جلسه مصاحبه و سپس بازنمایی باورهای تحریف شده‌ای که منجر به سرکوب تروما شده بود در جلسه به تصویر کشیده شد. «انکار» در مواجهه با سو رفتار والدین در شرکت‌کنندگان مرد به دلیل داشتن پیش‌نویس قوی باش و واکنش وارونه به خود پنداره منفی، بیشتر دیده شد.

مضمون فرعی ۱-۱- آزار جنسی

بیشتر مصاحبه‌شوندگان از دوران کودکی مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند، اما نمی‌خواستند که باور کنند، مراقبان اولیه و عزیزانشان این رفتار را با آنها کرده‌اند، ۵ نفر از افراد شرکت‌کننده در آزمون، ابتدا این که آزار جنسی باعث روی آوردن آنها به اعتیاد جنسی شده است را انکار کردند، اما پس از این که توسط مصاحبه‌گر به چالش کشیده شدند، با رنج ناشی از این آزار مواجه شدند و فهمیدند که برای فرار از این ناکامی و درد به روابط جنسی کنترل نشده روی آورده‌اند. «من در خانواده‌ای متولد شدم که پدر و مادرم هر دو تحصیل کرده و ثروتمند بودند، اوضاع مالی ما خوب

نیست، با خودم گفتم، زوال عقل این بلا را به سرت آورده و یک پدر بزرگ نمی‌تواند آنقدر بی‌رحم باشد. با روابط جنسی زیاد می‌خواستم، به خودم ثابت کنم که من هم شبیه به پدر بزرگ یک انسان هاپیر سکچوال هستم و این موضوع کاملاً ژنتیکی است، اما اکنون فهمیده‌ام که چقدر نسبت به تو خشم دارم و چقدر اذیت شده‌ام، من تمام مدت برای از بین بردن رنج، به رابطه جنسی پناه می‌بردم، برای این که فراموش کنم، دوست داشتنی‌ترین افراد زندگی یک آدم می‌توانند، نفرت انگیزترین آدم‌ها هم باشند» (شرکت کننده س.ل).

مضمون فرعی ۱-۲- آزار عاطفی

راهبرد اجتناب تجربی روشی بود که اکثر شرکت‌کنندگان از آن در مفهوم پردازش هیجان‌های آزار دهنده ناشی از غفلت عاطفی ادراک شده پس از آن، استفاده می‌کردند، در واقع انکار و سرکوب هیجان‌های منفی ناشی از تروما باعث شده بود تا شرکت‌کنندگان نقش هیجان‌های آزار دهنده و منفی را در بی‌اعتمادی و خودداری از روابط صمیمانه و طولانی مدت جنسی، نادیده بگیرند. شرکت کننده به نام ک الف، ۲۵ ساله دانشجوی روزنامه نگاری ساکن هامبورگ آلمان، وقتی که در مواجهه با خاطرات آزار دهنده قرار گرفت، از سرکوبی عاطفی ناشی از غفلت والدین به هیجانان و خیانت دیدن از سوی دایی خود چنین می‌گوید: «سال اول دبستان در خانه تنها می‌ماندم، پدرم به آلمان رفته بود و من و مادرم تنها در ایران زندگی می‌کردیم، آقایی که من او را عمو صدا می‌زدم و بعدها فهمیدم پارتنر مادرم هست، مرد مهریانی بود که برایم هدیه زیاد می‌خرید، مرا روی پاهایش می‌نشاند و موهایم را شانه می‌زد، فکر می‌کردم پدرم هم باید به این مهریانی‌ها باشد، چرا که من مدت‌ها بود که پدرم را ندیده بودم، یک روز که مادرم سرکار بود، عمو مرتضی به خانه ما آمد، با این که مادرم گفته بود به هیچ وجه در را روی کسی باز نکنم، من فکر کردم خوب عمو مرتضی، به نوعی پدرم هست، تمام آن روز را کنار من بود و هیچ جا نرفت برایم قصه گفت، موهایم را نوازش کرد و دیگر یادم نمی‌آید چه اتفاقی افتاد، فقط به خاطر دارم تمام وجودم پر از ترس شده بود و وقتی مامان از سر کار

بود و همه افراد فامیل به پدرم احترام می‌گذاشتند و حتی آنها را به عنوان معتمد و امین قبول داشتند. زمانی که متوجه شدم، در آغوش گرفتن‌های پدرم، عادی نیست و به تعبیری دارد از من کامجویی می‌کند، دنیا روی سرم خراب شد، وقتی یکی از دوستان دوره دبستانم به من گفت که کارهای پدرت عادی نیست و رابطه جنسی را برایم توضیح داد، من تا صبح خوابم نبرد و تا مدت‌ها این فکر به شکل نشخوار فکری به سراغم می‌آمد، تصمیم گرفتم خودم را از پدرم دور کنم و تصور می‌کنم او هم که متوجه شده بود، من این موضوع را متوجه شدم، دیگر به من نزدیک نشد، اما از نظر عاطفی با رفتارهایش که گاهی اوقات چسبنده و مهرآمیز بود و گاهی اوقات اجتنابی و دور شوند مرا آزار می‌داد، از آنجایی که پدرم مرد فرهیخته‌ای بود و من همیشه جلوی دوستانم از او تعریف می‌کردم، هیچ وقت نمی‌خواستم به این موضوع فکر کنم که علت اعتیاد جنسی من، آزارهای جنسی پدرم بوده است؛ اما حالا که فکر می‌کنم می‌بینم، روان من در کودکی نتوانسته این موضوع را تحمل کند و چه قدر من به پدرم خشم دارم» (شرکت کننده به نام الف.ج).

همچنین یک شرکت کننده به نام س. ل ۲۷ ساله و دانشجوی کارشناسی ارشد کامپیوتر که در ۴ سالگی توسط پدر بزرگش مورد آزار جنسی قرار گرفته است. سه جلسه طول کشید تا این دانشجوی ۲۷ ساله راجع به گذشته‌اش و آزاری که دیده بود صحبت کند. او از اعتیاد جنسی به راحتی صحبت می‌کرد، اما نمی‌توانست شروع ماجرا را به خاطر بیاورد، او هم مانند سه شرکت کننده دیگر مدام می‌گفت چیزی به خاطر ندارم یا نمی‌خواهم درباره گذشته فکر کنم، اما زمانی که قرار شد نقش ۴ سالگی‌اش را در اتاق درمان بازی کند و رو به روی صندلی خالی پدر بزرگ قرار گرفت و شروع به دیالوگ کرد، بغضش ترکید و پس از برون ریزی عواطفش به صورت گریه و شیون، خشم خود را به پدر بزرگ ابراز کرد.

«هیچ وقت نمی‌توانم باور کنم، تو که فرشته نجات من بودی و مرا از آتش دعوای پدر و مادر جدا می‌کردی، به من زخم زدی، من تمام آن در آغوش کشیدن‌ها را محبت تلقی می‌کردم و زمانی که متوجه شدم رفتارت عادی

هم باورم نمی‌شود که آدم‌هایی که بقیه روی قول و قسم شان حساب باز می‌کنند، می‌توانند آزارگر باشند. همیشه تصور می‌کردم که من اشتباه کرده‌ام، مقصر من بوده‌ام که لباس بلند جلوی عمویم نپوشیده‌ام، همیشه از این که فکر کنم، آزارهای جنسی دیده‌ام که به اینجا رسیده‌ام احساس گناه و شرم دارم» (شرکت کننده به نام م. ق).

مضمون اصلی ۲: ناامیدی در برابر امید

۶ نفر از شرکت کننده‌ها، از بی‌اعتمادی و به دنبال آن ناامیدی گفتند که پیامد غفلت عاطفی و تروماهای کودکی‌شان ایجاد شده بود. این بی‌اعتمادی برای شرکت کننده‌ها، ابتدا از غفلت عاطفی مراقبان اصلی و آنهایی که دلبسته‌شان بودند، ایجاد شده بود و سپس به شکل خطای شناختی تعمیم در روابط با گروه همسال و حوزه اجتماعی کشیده شده بود و روابط جنسی کوتاه مدت و فزون کنشی جنسی از نظر پژوهشگر، یکی از محصولات جانبی آن می‌توان باشد. برای ۶ نفر از شرکت کننده‌ها، محرک شروع دغدغه ذهنی برای برقراری رابطه جنسی و رفتارها اعتیادی جنسی، بی‌تفاوتی مراقبان اولیه به نیازهای عاطفی آن‌ها و فوت یا ترک یکی از ابراهای مهم زندگی بوده است. پژوهشگر پس از مصاحبه متوجه وجود نشانه‌هایی از طرحواره طرد در شرکت کننده‌ها شد که این طرحواره آن‌ها را ناخودآگاه به سوی روابطی کشانده بود که باور به بی‌اعتماد بودن افراد و ناامیدی از یک رابطه صمیمانه را در آنها افزایش داده بود. ۳ نفر از شرکت کننده‌ها، طلاق والدین را در ایجاد باور ناامیدی به گرفتن امنیت از رابطه عاطفی و بر طرف شدن نیازهای عاطفی‌شان را موثر دانستند. دو نفر از شرکت کننده‌ها، مرگ افراد مهم زندگی شان در سنین کودکی و محروم ماندن از محبتی که دریافت می‌کردند را در ایجاد ناامیدی مهم دانسته و رابطه جنسی دائمی و فزاینده را به عنوان ابزاری برای ایجاد امید معرفی کردند.

مضمون فرعی ۲-۱- غفلت عاطفی

هر یک از این ۶ شرکت کننده، حس ناامید شدن و بی‌اعتمادی را نتیجه غفلت عاطفی ادراک شده از سوی پدر و مادر خود بیان کردند. س. الف. این ادراک را این‌گونه بیان می‌کند: «پدر و مادرم همیشه باهم در جنگ بودند، مادرم

برگشت و من ماجرای آمدن عمو مرتضی را برایش تعریف کردم، سرم فریاد زد و بعد تا مدت‌ها با من قهر بود و از من رو بر می‌گرداند، من دیگر جرات نداشتم به مامان بگویم ترسیده‌ام، اما من از همه چیز ترسیده بودم، از آمدن یهویی عمو مرتضی از این که مرا تمام روز در آغوش گرفته بود، از فریاد مامان که هنوز هم صدایش در گوشم می‌پیچد و از سکوت و قهر و سر سنگین شدن‌اش. من تمام این سال‌ها احساس درماندگی می‌کردم تا این که اولین تجربه رابطه جنسی‌ام آغاز شد، فکر کردن و دغدغه دائمی به من آرامش می‌داد و دیگر به عمو مرتضی که از همان روز دیگر به خانه ما نیامد یا رفتار سرد مادرم دیگر فکر نکردم، انگار رابطه جنسی، داروی فراموشی ذهن زخمی من بود» (شرکت کننده به نام ک الف).

م. ق، ۴۰ ساله کارمند بوتیک که دلبستگی عمیقی به شوهر خاله‌اش داشته است یکی دیگر از شرکت کنندگانی است که مشخص شد سرکوب عاطفی و انکار خیانت عزیزترین فرد زندگی‌اش، یکی از گرایش‌های اصلی روی آوردن وی به اعتیاد جنسی را شامل می‌شود. این فرد ۴۰ ساله، می‌گوید «عموی من جراح معروفی بود و تمام فامیل روی حرف او حساب باز می‌کردند، پدر من که در یک تصادف جاده‌ای قطع نخاع و از کار افتاده شده بود، سرپرستی من و خواهرانم را به عمویم واگذار کرده بود. عمویم وقتی خیلی کوچک بودم با من رابطه جنسی برقرار می‌کرد، همیشه مرا می‌برد در اتاق مادرم و می‌گفت که قرار است اینجا باهم خاله بازی کنیم و آنقدر برایم اسباب بازی می‌خرید تا سرگرم باشم و به کسی چیزی نگویم، ۹ ساله بودم که عمویم در اثر سکته قلبی از دنیا رفت، من که همیشه به او هم احساس خشم و هم عشق داشتم، پر از احساس گناه شدم، تصور می‌کردم، خشم من باعث شده تا این بلا به سر عمو بیاید، بعد از فوت عمو، پدرم افسردگی گرفت و مادرم نیز ازدواج کرد. من همیشه غم و ترس را تجربه کرده‌ام اما تا زمانی که برای درمان مراجعه نکرده بودم، کرخ بودم. انگار کسی به من می‌گفت، احساس نکن، قرار نیست چیزی را احساس کنی، فقط انجام بده، کاری را انجام بده، اوایل کودکی با بدنم سرگرم بودم و احساس لذت می‌کردم اما بعدها این کار به رابطه جنسی ختم شد. هیچ وقت نتوانستم به یک نفر اعتماد کنم و هنوز

مضمون اصلی ۳: تنبیه برای تاب آوری بیشتر

این مضمون، به شکل‌گیری باور «من مستحق تنبیه هستم» در شرکت‌کننده‌ها و استفاده از روابط جنسی مکرر و سطحی برای فرار از حس درد و باور به قربانی بودن می‌پردازد. مضمون‌هایی که زیر مجموعه مضمون اصلی بودند، نشان داد که غفلت جسمی و سوءاستفاده فیزیکی از شرکت‌کنندگان باعث ایجاد طرحواره تنبیه و باور به این که برای تاب‌آوری بیشتر باید در زندگی رنج کشید شده است و شرکت‌کنندگان در این پژوهش از رابطه جنسی برای کاهش درد ناشی از این باور، بهره‌جسته‌اند و به تدریج درگیر اعتیاد جنسی شده‌اند. ۴ نفر از آزمودنی‌ها به طور مستقیم از سوی مراقبان اولیه خود، تنبیه شده بودند و ۲ نفر از آنها به غفلت جسمی اشاره کردند.

مضمون فرعی ۳-۱- آزار فیزیکی

آزار فیزیکی، در خاطرات ۴ نفر از شرکت‌کننده‌ها، به شکل شفاف دیده شد. پرخاشگری‌های فیزیکی به صورت کتک خوردن با کمربند، ناسزا شنیدن‌های دائمی و تحقیر شدن کلامی، آزار فیزیکی توسط گروه‌های همسال یا مسئولان آموزشی در مدرسه و همراه شدن ترسی همیشگی با فرد از این که قرار است دوباره تنبیه شود، در شرکت‌کننده‌ها گزارش شد. باقی شرکت‌کننده‌ها نیز تجربه تنبیه، تحقیر کلامی، تنبیه با بی‌توجهی و اجتناب اطرافیان را گزارش داده و آن را در پیدایش رفتارهای اعتیادی جنسی موثر دانستند. رالف. ۲۶ ساله، طراح لباس می‌گوید، «من بارها در کودکی توسط مادرم تنبیه شدم، این تنبیه‌ها به شکل شایعش به صورت کلامی بود. مادرم برای من نام‌های تحقیر آمیز می‌گذاشت، هر وقت کار اشتباهی انجام می‌دادم یا به درخواست‌هایش پاسخ نمی‌دادم، یک کلمه فحش را به اسمم اضافه می‌کردم، موهایم را می‌کشید. یک بار مرا در حال بازی با اندام جنسی‌ام دید. یک باره به اتاقم آمد، من آن زمان ۶ ساله بودم و درکی از موضوع جنسی نداشتم، به خیال خودم دارم بازی می‌کنم، اما مادرم تصور کرد که من در حال خودارضایی هستم، با شلنگ آب تنبیه‌ام کرد و گفت که یادت بماند زندگی به این آسانی‌ها هم نیست که تو هر کاری که دلت بخواهد بکنی. من همیشه ترسیده‌ام

به من احساس گناه می‌داد که به خاطر تو در این زندگی مانده‌ام، وقتی در اثر بیماری جان داد، من خیلی کوچک بودم، همواره فکر می‌کردم اگر من نبودم، مجبور نبود با پدرم که این همه آزارش می‌داد زندگی کند، بعد از مرگ مادرم پدرم ازدواج کرد و من به معنای واقعی ناامید و تنها شدم، پدرم مرد درونگرایی بود که با هیچ کس ارتباط نداشت و ساعت‌های زیادی هم در محل کارش می‌گذارند. در نوجوانی قادر به برقراری دوستی با کسی نبودم، تصور می‌کردم که ممکن است در رابطه با کسی اشتباه کنم و او هم مرا رها کند، برای همین بسیار سرد و اجتنابی بودم و افراد را از خودم می‌راندم تا مبادا ناخواسته منجر به آزار کسی شوم و او هم مرا رها کند. تا اینکه وقتی رابطه جنسی و فانتزی‌های جنسی به سراغم آمد احساس بهتری پیدا کردم، این کار روزنه‌امیدی بود که حس ناامیدی و تنهایی را در من کاهش می‌داد. فکر می‌کردم از طریق رابطه جنسی می‌توانستم گرسنگی عاطفی‌ام را برطرف کنم و همین طور هم بود من زمانی که خیال‌پردازی جنسی می‌کردم یا رابطه داشتم، آرام بودم» (شرکت‌کننده به نام س. الف).
 ی. س. گرافیست می‌گوید: «خیلی کوچک بودم که پدرم ما را ترک کرد، برای کار مجبور شده بود بروم، من تک پسر خانواده و آخرین فرزند بودم، مادرم فقط از من انتظار داشت که جای خالی پدر را پر کنم، او به نیازهای عاطفی من توجه نمی‌کرد و فقط از من انتظار داشت. با این که خیلی کوچک بودم، تعمیرات وسایل خانه با من بود، دخترها و مادر که بیمار می‌شدند مجبور بودم آنها را سوار اتوبوس کنم و از روستایمان به شهر ببرم، من از همان کوچکی یاد گرفته بودم که دیگر بچه نباشم و بزرگ باشم. مادرم عقیده داشت پسر را نباید در آغوش کشید لوس می‌شود، وقتی بزرگتر شدم این پیام را از اطرافیان می‌گرفتم که بسیار سرد و خشک و منزوی هستی اما من ناامید بودم، گاهی وقت‌ها فکر می‌کنم که مادرم از من متنفر بوده و پدرم هم همینطور. وقتی مادرم مریض شد، من سریع از خانواده جدا شدم و تصمیم گرفتم تنها زندگی کنم، از آن موقع کاملاً احساس ناامیدی می‌کنم، هیچ کس نمی‌تواند مرا درک کند» (شرکت‌کننده به نام ی. س.).

مضمون فرعی ۳-۳- غفلت جسمی

بی‌خوابی، گرسنگی، بی‌توجهی به لباس، پوشاک و تحصیل از عمده‌ترین غفلت‌های جسمانی و شرایط نامساعد فیزیکی بود که در شرکت‌کننده‌های مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی دیده شد. رالف. در این باره می‌گوید: «در کودکی از امکانات مالی مناسبی برخوردار نبودم، پدرم به هروئین اعتیاد داشت و مادرم از راه آرایشگری، هرچه به دست می‌آورد معمولاً خرج تامین مواد پدرم می‌شد. خیلی شکنجه شدم، اکثر اوقات گرسنگی کشیدم و برای تنبیه شدن نیز گاهی اوقات از غذا خوردن محروم می‌شدم، من نسبت به دخترهای همسایه لباس مناسب نداشتم و هیچ وقت هم فکر نکردم که مستحق این هستم که لباس خوب بپوشم، شاید برای همین هم هست که در حال حاضر نسبت به همسالانم بهتر کار می‌کنم و درآمد دارم، در روابطه جنسی هم اکثر اوقات نمی‌توانم نه بگویم، من همیشه در مقابل احساسات منفی، سکوت کرده‌ام و بقیه به من می‌گویند تو تحملات زیاد است» (شرکت‌کننده به نام ر. الف).

م. ج. ۴۹ ساله دبیر فیزیک می‌گوید: «وضع مالی ما آنقدر هم فاجعه نبود، اما انگار کسی برایش مهم نبود که ما کدام مدرسه می‌رویم، تغذیه‌مان چگونه است یا شب عید لباس داریم یا نه. به خصوص پدر من بین پسرها و دخترهایش فرق می‌گذاشت. او اعتقاد داشت مرد باید با دمپایی پاره برود نان بخرد و شرمگین هم نباشد، خیلی وقت‌ها لباس با اندازه بزرگتر می‌خرید، مثل کت و شلوار که برای ظاهر ما مناسب نبود و می‌گفت باید قیافه‌تان مردانه باشد. از یک جایی به بعد تصمیم گرفتم، از موقعیت خودم برای تحقیر استفاده کنم، انگار من هم مثل پدرم فکر می‌کردم که رابطه جنسی زیاد و تحقیر کردن دیگری در رابطه است. اگر کسی از موقعیت قدرت خود برای تحقیر کسی استفاده می‌کند، یا سعی می‌کند حرف‌هایش را نفی کند، من تمام این کار را انجام داده‌ام» (شرکت‌کننده به نام م. ج).

مضمون اصلی ۴: خود پنداره منفی

تمام شرکت‌کننده‌ها دارای اعتیاد به رابطه جنسی، در روایت‌های خود به خودپنداره منفی که از خودشان داشتند اشاره کردند. تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که واکنش شرکت‌کننده‌ها به رابطه جنسی از فیلتر پنداره‌های آنها عبور کرده

که تنبیه شوم، خیلی وقت‌ها هم خودم، خودم را تنبیه کردم، به خودم گرسنگی داده‌ام، رابطه جنسی پیشنهادی از سوی دیگری را حتی اگر خلاف میل باطنی‌ام بوده است، پذیرفته‌ام، ساعت‌های زیادی در گرما، پیاده روی کرده‌ام و خیلی وقت‌ها کارهای دیگران را انجام می‌دهم. وقتی رابطه جنسی انجام می‌دهم، درد می‌کشم و خیلی هم این رابطه برایم خوشایند نیست اما تصور می‌کنم اگر این کار را انجام ندهم اتفاق بدتری می‌افتد. فکر می‌کنم، درد کشیدن در رابطه جنسی مرا از تنبیه‌های بزرگ‌تر نجات می‌دهد. یک بار شریک جنسی‌ام مرا تهدید کرد اگر با او رابطه جنسی برقرار نکنم، کتک می‌خورم، من همیشه با افکار جنسی درگیر هستم و رابطه جنسی باعث می‌شود این باور دردآور که قرار است تنبیه یا شکنجه شوم برای مدت کوتاهی از ذهنم پاک شود» (شرکت‌کننده به نام ر. الف).

م. ج. ۴۹ ساله، دبیر فیزیک از رابطه جنسی به عنوان تنبیه استفاده می‌کند و از این کار لذت می‌برد او در مصاحبه می‌گوید: «در کودکی‌ام بسیار تنبیه شدم، به خاطر دارم که پدرم یک بار وقتی تصور کرد که دهانم بوی سیگار می‌دهم مرا تا حد مرگ با تسمه کتک زد به طوری که گوشت بدنم آبی رنگ شده بود و بیرون زده بود و تا مدت‌ها جایش درد می‌کرد، چند باری هم به بدترین شکل توسط معلم مدرسه تنبیه شدم، به خاطر دارم یکی از همکلاسی‌هایم نیز وقتی حاضر نشدم به او پول بدم، مداد نوک تیزی را در گوشت پایم فرو کرد و وقتی به او فحش ناموسی دادم، از طرف مدیر مدرسه و بعد هم پدرم کتک خوردم، خلاصه این که شکنجه جسمی بخش مهمی از زندگی من بود، با اولین رابطه جنسی متوجه شدم که وقتی خودم به عنوان تنبیه گر در رابطه حاضر شوم، لذت بیشتری می‌برم، برای همین همیشه پارتنرم را کسی انتخاب می‌کنم که از تنبیه شدن لذت می‌برد. ما اعتقاد داریم انسانی که در زندگی تنبیه می‌شود می‌تواند به موفقیت‌های بیشتری دست پیدا کند. من در کارم موفق هستم اما در روابط جنسی‌ام را نمی‌توانم کنترل کنم، تنها وقتی که در وضعیت آزارگر و تنبیه‌گر قرار می‌گیرم می‌توانم احساس رضایت پیدا کنم. من نسبت به این موضوع توجه خاصی دارم و افکار در سرم وجود دارد» (شرکت‌کننده به نام م. ج).

گفته‌اند که مایه دردمسری، بی‌عرضه‌ای» (شرکت‌کننده به نام م. الف).

م. الف هم در مصاحبه‌ای می‌گوید: «من که از اول می‌دانستم لیاقت هیچ چیز را ندارم، هیچ کس مثل من نیست که مدام به این لعنتی فکر کند، فکر کنید کارفرما یا معلم موسیقی‌ام متوجه شوند که من چه موجود رقت‌انگیز و چندش‌آوری هستم و جز فکر کردن به غرایز حیوانی کار دیگری بلد نیستم، این را پدرم هم همیشه می‌گفت، وقتی با خواهر و برادرانم مقایسه می‌شدم، با اختلاف زیادی بازنده بودم و در مدرسه هم همین‌طور تنها بودم چون همه از من بهتر بودند» (شرکت‌کننده به نام م. الف)

مضمون فرعی ۵-۲- نگرش نا امن و بی‌اعتمادی

این مضمون نشان می‌دهد که چگونه بی‌اعتمادی و نگرش ناامن که محصول خودپنداره منفی، زمینه‌ساز ابتلا به اختلال اعتیاد جنسی شده است، اعتماد به توانمندی‌ها و افراد دیگر و محیط پیرامون یکی از عواملی است که در ساخته شدن هویت و خودپنداره افراد نقش مهمی دارد. ۷ نفر از شرکت‌کننده‌ها، بازدارنده اعتماد نکن وجود داشت. زمانی که پنداره فرد نسبت به خودش این‌گونه باشد که تو قادر نیستی برای حل مشکلات خود تغییر ایجاد کنی، یا دنیا مکان امنی نیست و پر از خطر است، احتمال رفتارهای پرخطری همچون اعتیاد نیز افزایش پیدا می‌کند.

م. ر. ۲۳ ساله در این باره می‌گوید: «همیشه از کودکی به این ضرب‌المثل رسیده بودم که «دلا خو کن به تنهایی که از تن‌ها بلا خیزد، یا زبان سرخ سرسبز می‌دهد بر باد» ترجیح می‌دادم به کسی نزدیک نشوم، انزوا و اجتناب مرا از خطر دور نگه می‌داشت، اما از آن طرف هم به خودم مطمئن نبودم که بتوانم کاری را درست انجام دهم، هر وقت می‌خواستم از منطقه امن خود بیرون بیایم و کار درست و حسابی راه اندازی کنم، وحشت تمام وجودم را می‌گرفت. جهان برای من شبیه سطل زباله-ای است که ته یک کوچه بن بست است، فکر می‌کردم شاید بتوانم روزی در این سطل زباله طلایی پیدا کنم، خیلی وقت‌ها فکر می‌کنم، یک سوپرمنی، کسی پیدا می‌شود و مرا از این زندان که درونش افتادم از بوی گند زباله‌ها نجات می‌دهد، شاید خدا دلش

است. در واقع باورهای بنیادینی که شرکت‌کننده‌ها درباره خودشان بیان کردند. تعریف، تصویر و توصیفی که شرکت‌کنندگان از خودشان و دیگران داشتند، باعث شکل‌گیری، مولفه‌هایی همچون «من سرزنش‌گر»، «بی‌اهمیت بودن برای همسالان»، «بی‌اعتمادی به خود و دیگران» و «خود غیرقابل انعطاف در برابر ناملایمات زندگی» شده بود که به نوعی می‌توان آنها را مکانیسم اختصاصی در بیماران مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی فرض کرد.

مضمون فرعی ۵-۱- من خوب نیستم، تو خوب هستی

۵ نفر از شرکت‌کننده‌ها، خود سرزنشگری و اعتقاد به این که خوب نیستند و دیگری بهتر است را به عنوان راه‌انداز میل مداوم به داشتن رابطه جنسی عنوان کردند. در شیوه برقراری ارتباطات، باور بر آن است که افراد در روابط خود و دیگران به ۴ مدل نتیجه‌گیری می‌رسند که وضعیت زندگی آن‌ها را تعیین کرده و عملکرد، واکنش و رفتار آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهند که این ۴ مدل شامل موارد زیر هستند:

- ۱- من خوب نیستم، تو خوب هستی
- ۲- من خوب نیستم، تو خوب نیستی
- ۳- من خوب هستم، تو خوب نیستی
- ۴- من خوب هستم، تو خوب هستی

نظریه‌های روانشناسی نشان می‌دهد که کودکان در همان سال‌های اولیه تولد درباره یکی این موقعیت‌ها تصمیم می‌گیرند. در این پژوهش ۵ نفر از شرکت‌کنندگان، خود را حقیر، مستحق تنبیه و سرزنش دانسته و معتقد بودند، در رابطه جنسی نمی‌تواند آنگونه که انتظار می‌رود، با کفایت عمل کنند. م. الف. دانشجوی کامپیوتر می‌گوید: «وقتی متوجه شدم که مادرم به بیماری سرطان مبتلا است و احتمال دارد بمیرد، با خودم می‌گفتم چرا خدا مرا نمی‌برد، او خوب و مهربان و باهوش است اما من به هیچ دردی نمی‌خورم، من فقط به درد مردن می‌خورم، کودکی که برای همه دردسر درست می‌کرد و الان هم همین‌طور است، مادرم دوست داشت من موفق شوم، اما من هیچ کاری را درست انجام نمی‌دهم، پارتنرم، استاد دانشگاه و خیلی‌ها هم به من

مشخص کرد که این افراد وقتی به بن بست می‌رسند، نمی‌توانند با استفاده از ابزارهای خلاقانه و انعطاف‌پذیری مسیر دیگری را برای عبور پیدا کنند.

م. الف دانشجوی کامپیوتر می‌گوید: «مادرم سرطان گرفت و از دنیا رفت هیچکس نتوانست برای او کاری بکند، خیلی نذر و نیاز کردیم، بعد از آن وقتی توسط آقای همسایه مورد آزار جنسی قرار گرفتیم و این موضوع را به برادرم گفتم به جای این که از من حمایت کند، آنقدر کتکم زد که کارم به بیمارستان کشیده شد، حتی برای درمان هم اقدام خاصی انجام نشد و من تا مدت‌ها از درد شکم شب‌ها خوابم نمی‌برد، همان جایی که برادرم لگد زده بود. آنجا هم فهمیدم هیچ کاری نمی‌شود کرد، همین هست که هست، هنوز هم وقتی رابطه جنسی دارم، این فکر که نمی‌شود کاری کرد از ذهنم بیرون می‌رود و احساس خوبی دارم. به نظرم فقط وقتی در حال خیال‌پردازی جنسی هستم یا رابطه جنسی دارم می‌توانم احساسات منفی‌ام را تغییر بدهم و گرنه هیچ چیز تغییر نمی‌کند، از اول بخت مرا با بدبختی بریده‌اند» (شرکت کننده به نام م. الف).

ر. الف می‌گوید: «پدرم به هروئین اعتیاد داشت و مادرم خیلی ناراحت بود، همه کاری کرد که او ترک کند، چند بار هم ترک کرد اما دوباره روز از نو روزی از نو، من متوجه شده بودم که نمی‌توان چیزی را تغییر داد، مادرم هم بالاخره گفت که من و تو شانس نداریم، بخت‌مان سیاه هست، قسمت این بوده و کاری نمی‌شود کرد، دختر هم شبیه مادرش می‌شود، یک جو کمتر، یک جو بیشتر یا می‌گفت مادر را ببین، دختر رو بگیر، من هم نتوانستم کاری بکنم، تو هم نمی‌توانی. انگار که جبر قوی‌تر از اراده است، قضای روزگار خواسته که اینطوری باشد، من همیشه خودم را به باد سپرده‌ام، خب شانس هم بی‌تاثیر نیست، بعضی وقت‌ها هم دست تقدیر خواسته و من در مسیر خوبی افتاده‌ام، اما خب خیلی وقت‌ها هم کاری از دست من بر نمی‌آید، من چه کاره‌ام که بخواهم چیزی را تغییر بدهم، مگر مادرم نتوانست که من بتوانم، شاید دست روزگار این بوده که من همچین سرنوشتی پیدا کنم. شاید به همین دلیل است که هیچ وقت نمی‌توانم، عمل جنسی را کنترل کنم و به تعویق بیندازم، احساس می‌کنم، نیروی غیبی این کار را با من می‌کند یا شاید هم طلسم شده‌ام» (شرکت کننده به نام ر. الف).

برای من بسوزد، در کودکی که هیچکس به فکر من نبود» (شرکت کننده به نام م. ر).

ج. ع. ۲۲ ساله می‌گوید: «من همیشه نفر آخر بودم، در خانواده هیچ تشویقی نبود، فقط تحقیر می‌شدم، حتی وقتی تمام تلاشم را می‌کردم که بهترین نحو عمل کنم، فقط وقتی کارها را به خوبی انجام می‌دادم، تایید می‌گرفتم ولی همیشه با بچه‌های دیگر مقایسه می‌شدم، یادم هست یک بار پدرم به من گفت تو هیچ وقت چیزی نمی‌شوی، هم کوتوله هستی و هم خنگ. خیلی وقت‌ها دوست داشتم شبیه به پسرعمویم باشم، او قوی بود و باهوش، یک بار هم در صف سرود مدرسه به خاطر کفش‌های کهنه‌ای که داشتم، به طرف ته صف رانده شدم، با وجود این که قدم کوتاه بود، پشت همه ایستادم تا آبروی گروه سرود را نبرم، یادم میاد که ناظم به من گفت ته صف با ایست تا دیده نشوی، کفش‌هایت کهنه است، نظم گروه را بر هم می‌زنی» (شرکت کننده به نام ج. ع.).

مضمون فرعی ۵-۳- خود غیر قابل انعطاف در مقابل ملامت

۹ نفر از شرکت کننده‌ها به دلیل پنداره بی‌کفایتی که از خودشان داشتند، خود را در مقابل مشکلات ناتوان می‌دیدند. آن‌ها در نقش قربانی که از سوی خانواده و جامعه به آنها تحمیل شده بود، آنچنان فرورفته بودند که حتی وقتی ازشان خواسته می‌شد، نقش فرد با اراده و جنگجو را بازی کنند، از بازیگری نقش هم‌ناتوان بودند، تنها دو نفر از شرکت کننده‌ها، خود را جنگجو و با اراده می‌دیدند که در مصاحبه مشخص شد، آنها هم مکانیسم واکنش وارونه بود نسبت به خود شکننده و خودپنداره ضعیفی که نسبت به خودشان داشتند.

انعطاف‌پذیری یکی از مهارت‌های شناختی است که به توانایی برای کنار آمدن و تطبیق‌پذیری با وضعیت‌های جدید، استفاده و تغییر دادن راهکارها و استراتژی‌ها و رویارویی با چالش‌های زندگی کمک می‌کند. مصاحبه با افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی نشان داد، تصویری که آنها از خود دارند؛ و واکنشی که مراقبان اولیه در قبال رفتارهای آنها داشته‌اند، منجر به شکل‌گیری شناخت مبتنی بر «همین که هست» شده است. این مصاحبه‌ها

مضمون فرعی ۵-۴- مهم نباش، دیده نشو

شش نفر از شرکت کنندگان، از این که برای هیچکس اهمیتی ندارند، گفتند. بازدارنده «نباش» یا «دیده نشو»، «مهم نباش» در این افراد دیده شد. از دیدگاه تحلیل رفتار متقابل فرامین مراقبان اولیه در کودکی در ناخودآگاه افراد به صورت سناریویی نوشته شده و باعث می‌شود افراد نقشی را بپذیرند که تنها یک نقش است اما قادر به تغییر آن نیستند و این دستورات در شکل‌گیری رفتار نقش مهمی دارند. این شرکت کنندگان معتقد بودند که در خانواده و در گروه‌های همسال، به اندازه کافی خوب نبوده‌اند که کسی برایشان ارزش قائل شود و جدی شان بگیرد.

س. ل. ۲۷ ساله می‌گوید: «من هیچ وقت دیده نمی‌شدم، وقتی به پدر و مادرم التماس می‌کردم که باهم کتک‌کاری نکنند، آنها به من اهمیتی نمی‌دادند، حتی مادرم می‌گفت، اگر تو نبودی من سال‌ها قبل از پدرت طلاق می‌گرفتم، یک بار شنیدم که به خاله‌ام می‌گفت من این دختر را نمی‌خواستم، خیلی هم تلاش کردم تا سقط شود، گونی سنگین برنج بلند کردم، روی شکم کوباندم، از پله‌ها پایین پریدم، اما به دنیا آمد، اگر نبود زودتر از این حرف‌ها طلاق می‌گرفتم، حتی پدر بزرگم که تصور می‌کردم مرا دوست دارد و می‌آید تا مرا از آتش جنگ و جدال‌های پدر و مادرم نجات دهد برای آزار دادن و آزار جنسی می‌آید، حتی یک بار شنیدم که به پدرم می‌گفت، زن‌ها مثل پادری می‌مانند، باید از رویشان رد شوی و بروی چه اهمیتی دارند، این حس مهم نبودن را در بعدها در گروه دوستانم هم دیدم، معمولاً در گروه‌ها، حرفی برای گفتن نداشتیم، هیچ وقت دوست صمیمی ندارم، روابطم کوتاه و سطحی است، فقط هنگام رابطه جنسی است که احساس می‌کنم، وجود دارم، یک روز که احساس گناه شدیدی از رابطه جنسی زیاد به من دست داد و توسط پارنترم تحقیر شدم، تصمیم به خودکشی گرفتم، فکر می‌کردم نبودم فردی شبیه به من بهتر از بودنش است» (شرکت کننده به نام س. ل.).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی تجربه زیسته خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی بود.

نتایج حاصل از مصاحبه‌ها به روش پدیدار شناسی نشان داد که تجارب زیسته افراد دارای اختلال اعتیاد جنسی دارای ۴ مضمون اصلی شامل انکار، تنبیه برای تاب‌آوری بیشتر، ناامیدی در برابر امید و خودپنداره منفی بودند. همچنین آزار جنسی، آزار عاطفی، غفلت جسمی، آزار فیزیکی، غفلت عاطفی و من خوب نیستم، تو خوب هستی، من خوب نیستم، تو خوب نیستی، من خوب هستم، تو خوب هستی و من خوب هستم، تو خوب هستی از مضامین فرعی بودند. این نتایج به دست آمده با نتایج فیروزی خجسته فر و همکاران (۱۴۰۰)، سلطانی و ترکمان (۱۳۹۸)، سلطانی و ترکمان (۱۳۹۵)، زاهدیان و همکاران (۱۳۹۰)، ساهیتیا و کاشیپ (۲۰۲۲)، عفراتی و همکاران (۲۰۲۲)، نگ و همکاران (۲۰۲۲)، موجاوار و همکاران (۲۰۲۱)، سالوین و همکاران (۲۰۲۰) و کوترا و روهدهس (۲۰۱۹) همسویی دارد.

در تبیین مضمون به دست آمده اصلی اول (انکار) می‌توان این‌گونه تبیین کرد که این مضمون شامل آزار جنسی و آزار عاطفی بودند. به طوری که می‌توان گفت که سوء استفاده جنسی از کودکان به شدت با اختلال عملکرد جنسی در سال‌های آینده مرتبط است (گوپرتز-میدان و اوپودا، ۲۰۲۲). سوء استفاده جنسی در کودکی نوع وحشتناکی از بدرفتاری با کودکان است. این به عنوان موقعیتی تعریف می‌شود که در آن کودک به عنوان یک محرک جنسی توسط شخصی استفاده می‌شود. کودکان این وضعیت را به طور کامل درک نمی‌کنند و نمی‌توانند رضایت دهند، به طوری که قوانین یا تابوهای اجتماعی جامعه را نقض می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹؛ به نقل از فراگوت و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین می‌توان گفت که سوء استفاده جنسی در کودکی یک مشکل جهانی است که کودکان، خانواده‌ها، جوامع و جامعه را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این عواقب جدی برای قربانیان نه تنها در دوران کودکی بلکه در طول زندگی آنها دارد. قربانیان سوء استفاده جنسی می‌توانند از اختلالات فیزیکی، عاطفی، رفتاری و جنسی رنج ببرند و به سوی اعتیاد جنسی بروند (مونزر و همکاران، ۲۰۱۶). این سوء استفاده جنسی از کودکان باعث می‌شود که آنان در سال‌های آینده از این آسیب‌ها رهایی

چرا که اعتیاد جنسی می‌تواند به عنوان یک راه فرار برای مشکلات و آسیب‌های عاطفی و هیجانی افراد باشد که از این طریق بتوانند به آرامش موقت روانشناختی و هیجانی برسند.

در تبیین مضمون به دست آمده اصلی دوم (تنبیه برای تاب آوری بیشتر) می‌توان این‌گونه تبیین کرد که این مضمون غفلت جسمی و آزار فیزیکی در تبیین مضمون به دست آمده اصلی سوم (ناامیدی در برابر امید) می‌توان این‌گونه تبیین کرد که این مضمون شامل غفلت عاطفی است، بنابراین می‌توان گفت که طبیعت و تربیت نقش مهمی در ایجاد و تعیین رفتارهای انسان دارد. طبیعت سیستمی پیش زمینه‌ای است که به عنوان یک موهبت ژنتیکی دیده می‌شود؛ درحالی که تربیت معمولاً از عوامل بیرونی تأثیر می‌پذیرد و در میان این عوامل، خانواده مهم‌ترین است؛ زیرا مجموعه‌ای از ارزش‌ها را برای اعضای آن فراهم می‌کند. خانواده را موسسه یا نهاد اجتماعی معرفی کرده‌اند و رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه تسهیل در امر رشد و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد شد (وانیک و گولیک، ۲۰۱۱؛ به نقل از مومنی و همکاران، ۱۴۰۰). لذا اعضای خانواده به یکدیگر درس می‌دهند و فضای مراقبتی برای تحول کودکان فراهم می‌کنند (هال، ۲۰۱۲). خانواده به عنوان سیستمی که در آن دلبستگی، مهارت‌های مقابله‌ای، روابط بین فردی و صمیمیت شکل می‌گیرد، می‌تواند نقش مهمی در ایجاد اعتیاد جنسی داشته باشد. بسیاری از بیماران نیز از خانواده‌هایی با روابط والد-فرزندی ضعیف، نبود صمیمیت، قوانین سخت و روابط سرد و کم عاطفه بوده‌اند. لذا وقتی فرد در چنین خانواده‌هایی بزرگ می‌شود به خاطر روابط والد-فرزندی ضعیف، نبود صمیمیت، قوانین سخت و روابط سرد در معرض غفلت جسمی و آزار فیزیکی قرار دارند و چنین کودکانی وقتی در چنین خانواده‌هایی بزرگ می‌شوند رشد مناسب خود را طی نمی‌کنند و بیشتر دچار مشکلات عاطفی و هیجانی می‌شوند و وقتی زندگی جنسی خود را شروع می‌کنند، مانند افراد سالم و غیرمبتلا مدیریت مناسبی ندارند و بیشتر درگیر رفتارهای اعتیادآور جنسی می‌شوند.

در تبیین مضمون به دست آمده اصلی چهارم (خودپنداره منفی) می‌توان این‌گونه تبیین کرد که تمام شرکت کننده

پیدا نکنند و همچنان از مشکلات روانشناختی و هیجانی ناشی از آن رنج می‌برند و برخی افراد ممکن است برای جبران این آسیب‌ها به سوی رفتارهای جنسی اعتیادآور روی آورند؛ به طوری که در مصاحبه‌ها این نیز نشان داده شد؛ به طوری که شرکت س. ل. در مصاحبه این‌گونه گفت که «هیچ وقت نمی‌توانم باور کنم، تو که فرشته نجات من بودی و مرا از آتش دعوای پدر و مادر جدا می‌کردی، به من زخم زدی، من تمام آن در آغوش کشیدن‌ها را محبت تلقی می‌کردم و زمانی که متوجه شدم رفتار عادی نیست، با خودم گفتم، زوال عقل این بلا را به سرت آورده و یک پدر بزرگ نمی‌تواند آنقدر بی‌رحم باشد. با روابط جنسی زیاد می‌خواستم، به خودم ثابت کنم که من هم شبیه به پدر بزرگ یک انسان‌هایپر سکچوال هستم و این موضوع کاملاً ژنتیکی است، اما اکنون فهمیده‌ام که چقدر نسبت به تو خشم دارم و چقدر اذیت شده‌ام، من تمام مدت برای از بین بردن رنج، به رابطه جنسی پناه می‌بردم، برای این که فراموش کنم، دوست داشتنی‌ترین افراد زندگی یک آدم می‌توانند، نفرت انگیزترین آدم‌ها هم باشند» (شرکت کننده س. ل.) که این نشان دهنده آن است که سوء رفتار جنسی در کودکی می‌تواند در آینده فرد قربانی را دچار رفتارهای اعتیادآور جنسی کند؛ همچنین هال (۲۰۱۲) در مطالعه خود گزارش کرد که ۶۰ درصد بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی، خانواده‌هایی سختگیر و کنترل‌گر داشتند. می‌توان گفت در چنین خانواده‌هایی بیشتر کودکان در رابط‌های سالم والد-فرزندی پرورش نمی‌یابند، از فضای گرم و عاطفی محروم هستند و برقراری ارتباط صمیمانه با دیگران را تجربه نمی‌کنند و نمی‌آموزند؛ بنابراین یاد نمی‌گیرند که دربارهٔ هیجان‌های خود، به ویژه هیجان‌های منفی حرف بزنند یا اینکه هیجان‌های منفی و تجربه‌های سخت خود را مدیریت کنند. چنین کودکانی در موقعیت‌های دشوار و پرفشار آسیب‌پذیر می‌شوند و نمی‌توانند از راهبردهای مقابله‌ای سالم استفاده کنند. این نشان دهنده آن است که فرزندان که در سنین کودکی مورد آزار عاطفی و سوء استفاده هیجانی قرار می‌گیرند، محبت کردن به دیگران را نیز یاد نمی‌گیرند، در برقراری ارتباط صمیمانه با دیگران ناتوان و ضعیف می‌شوند و لذا بیشتر درگیر رفتارهای آسیب‌زایی مانند اعتیاد جنسی نسبت به افراد سالم می‌شوند.

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- زاهدیان، سیدفتح‌الله، محمدی، مسعود؛ و سامانی، سیامک. (۱۳۹۰). نقش سبک‌های دلبستگی، پیوند والدینی و خودپنداره در اعتیاد جنسی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۳)، ۶۵-۷۶.
- سلطانی، ادریس؛ و ترکمان، فرح. (۱۳۹۵). برساخت سامانه اعتیاد جنسی در ایران (بر اساس تجربه زیسته جمعی از معتادان جنسی). *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۳(۹)، ۱۷۸-۱۴۱.
- سلطانی، ادریس؛ و ترکمان، فرح. (۱۳۹۸). فهم اعتیاد جنسی در پیوند با خودپنداره معتادان جنسی. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۸(۲)، ۱۶۵-۱۷۶.
- فیروزی خجسته فر، ریحانه، عسگری، کریم، کلانتری، مهرداد، رئیس، فیروزه؛ و شاهواری، زهرا. (۱۴۰۰). تجربه زیسته بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۲(۳)، ۱۰۴-۸۵.
- کاهه، مهران، وامقی، روشنگر، فروغان، مهشید، بخشی، عنایت‌اله؛ و بختیاری، وحید. (۱۳۹۷). رابطه خودپنداره و خودکارآمدی با خودمدیریتی در سالمندان آسایشگاه‌های شهر تهران. *مجله سالمندی ایران*، ۱۳(۱)، ۳۷-۲۸.
- مدرسی، فریبا، محمدی، مسعود؛ و نظیری، قاسم. (۱۳۹۲). تاثیر درمان حساسیت زدایی با حرکات سریع چشم و پردازش مجدد بر بهبود معتادان جنسی زن. *فصلنامه علمی و پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳(۱۱)، ۱۶-۱.
- مومنی، خدامراد، عزیزی، صمد، محمد نجار، نرگس، احمدیان، علی، تقی‌پور، بهزاد؛ و سراج محمدی، پارسا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش دلزدگی زناشویی و نارسایی هیجانی زوجین در شرف طلاق. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۶(۶۲)، ۳۱-۱۸.
- میکائیلی، نیلوفر؛ و پرنیان خوی، مریم. (۱۴۰۰). نقش میانجی سرکوبگری عاطفی در رابطه آزار دیدگی دوران کودکی و سبک‌های دلبستگی با آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد در

ها دارای اعتیاد به رابطه جنسی، در روایت‌های خود به خودپنداره منفی که از خودشان داشتند اشاره کردند. به طوری که می‌توان گفت که تعریف، تصویر و توصیفی که افراد دارای اختلال اعتیاد جنسی از خودشان و دیگران داشتند، باعث شکل‌گیری، مولفه‌هایی همچون «من سرزنشگر»، «بی اهمیت بودن برای دیگران و دوستان»، «بی اعتمادی» و «خود غیرقابل انعطاف در برابر ناملایمات زندگی» شده بود که به نوعی می‌توان آنها را مکانیسم اختصاصی در بیماران مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی فرض کرد که در نتیجه خودپنداره منفی در آنان است. به طوری که یکی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها اینگونه گفت که «وقتی متوجه شدم که مادرم به بیماری سرطان مبتلا است و احتمال دارد بمیرد، با خودم می‌گفتم چرا خدا مرا نمی‌برد، او خوب و مهربان و باهوش است اما من به هیچ دردی نمی‌خورم، من فقط به درد مردن می‌خورم، کودکی که برای همه دردسرساز می‌کرد و الان هم همینطور است، مادرم دوست داشت من موفق شوم، اما من هیچ کاری را درست انجام نمی‌دهم، پارتنرم، استاد دانشگاه و خیلی‌ها هم به من گفته‌اند که مایه دردسری، بی‌عرضه‌ای» که این نشان دهنده آن است که فرد دارای اعتیاد جنسی خودپنداره مثبتی ندارد، توانایی‌ها و قابلیت‌های جسمانی، روانشناختی، تحصیلی و شغلی خود را دست کم می‌گیرند و این باعث می‌شود که هیچ وقت احساس موفقیت نکنند. لذا زمانی که پنداره فرد نسبت به خودش این گونه باشد که من قادر نیستم برای حل مشکلات خود تغییر ایجاد کنم، یا دنیا مکان امنی نیست و پر از خطر است، احتمال رفتارهای پرخطری همچون اعتیاد نیز افزایش پیدا می‌کند.

موازین اخلاقی

«این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران می‌باشد.» و دارای کد اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1400.106 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال می‌باشد.

سپاسگزاری

- Kafka, M. P. (2014). What happened to hypersexual disorder?. *Archives of sexual behavior*, 43(7), 1259-1261.
- Karila, L., Wery, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M., & Billieux, J. (2014). Sexual addiction or hypersexual disorder: Different terms for the same problem? A review of the literature. *Current pharmaceutical design*, 20(25), 4012-4020.
- Kołodziej, A., Sikora, M., & Wodyk, M. (2017). Polish adaptation of Sexual Addiction Screening Test-Revised. *Psychiatr. Pol*, 51(1), 95-115.
- Kotera, Y., & Rhodes, C. (2019). Pathways to sex addiction: Relationships with adverse childhood experience, attachment, narcissism, self-compassion and motivation in a gender-balanced sample. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 26(1-2), 54-76.
- Kowalewska, E., Gola, M., Lew-Starowicz, M., & Kraus, S. W. (2022). Predictors of Compulsive Sexual Behavior Among Treatment-Seeking Women. *Sexual Medicine*, 10(4), 100525.
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., ... & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1), 109.
- McBride, K. R., Reece, M., & Sanders, S. A. (2008). Predicting negative outcomes of sexuality using the Compulsive Sexual Behavior Inventory. *International Journal of Sexual Health*, 19(4), 51-62.
- Mujawar, S., Chaudhury, S., Saldanha, D., & Jafar, A. K. (2021). Nymphomania associated with childhood sexual abuse: A case report. *Journal of psychosexual health*, 3(2), 187-190.
- Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2016). Psychological symptoms of sexually victimized children and adolescents compared with other maltreatment subtypes. *Journal of child sexual abuse*, 25(3), 326-346.
- Ng, A. H. N., Boey, K. W., Kwan, C. W., Ho, R. Y. F., & Ho, D. Y. L. (2022). Sexual Self-Concept and Psychological Functioning of Women With a History of Childhood Sexual Abuse in Hong Kong. *International Journal of Sexual Health*, 34(2), 177-196.
- Ratheesh, A., Hartmann, J. A., & Nelson, B. (2020). Clinical risk factors for psychosis. In *Risk factors for psychosis* (pp. 249-268). Academic Press.
- Reid, R. C., Harper, J. M., & Anderson, E. H. (2009). Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(2), 125-138.
- نوجوانان پسر. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۶(۶۱)، ۱۷۷-۱۶۱.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.)*. Washington, DC. American Psychiatric Press
- Andreassen, C. S., Pallesen, S., Griffiths, M. D., Torsheim, T., & Sinha, R. (2018). The development and validation of the Bergen-Yale Sex Addiction Scale with a large national sample. *Frontiers in Psychology*, 144.
- Caponnetto, P., Maglia, M., Prezzavento, G. C., & Pirrone, C. (2022). Sexual Addiction, Hypersexual Behavior and Relative Psychological Dynamics during the Period of Social Distancing and Stay-at-Home Policies Due to COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2704.
- Carnes, P., Green, B., & Carnes, S. (2010). The same yet different: Refocusing the Sexual Addiction Screening Test (SAST) to reflect orientation and gender. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(1), 7-30.
- Efrati, Y., Goldman, K., Levin, K., & Rosca, P. (2022). Early-life trauma, negative and positive life events, compulsive sexual behavior disorder and risky sexual action tendencies among young women with substance use disorder. *Addictive Behaviors*, 107379.
- Ferragut, M., Rueda, P., Cerezo, M. V., & Ortiz-Tallo, M. (2022). What do we know about child sexual abuse? Myths and truths in Spain. *Journal of interpersonal violence*, 37(1-2), NP757-NP775.
- Gewirtz-Meydan, A., & Opuda, E. (2022). The impact of child sexual abuse on men's sexual function: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 265-277.
- Hall, P. (2011). A biopsychosocial view of sex addiction. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(3), 217-228.
- Hensel, D. J., Fortenberry, J. D., O'Sullivan, L. F., & Orr, D. P. (2011). The developmental association of sexual self-concept with sexual behavior among adolescent women. *Journal of adolescence*, 34(4), 675-684.
- Jiang, S., Wallace, K., Yang, E., Roper, L., Aryal, G., Lee, D., & Aitchison, K. J. (2022). Logistic regression with machine learning sheds light on the problematic sexual behavior phenotype. *medRxiv*, 1(1), 1-10.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 377-400.

- Sahithya, B. R., & Kashyap, R. S. (2022). Sexual Addiction Disorder—A Review With Recent Updates. *Journal of Psychosexual Health*, 4(2), 95-101.
- Siu-ming, T., Phyllis, K. S. W., Cherry, H. L. T., Kwok, D. K., & Lau, C. D. (2019). Sexual compulsivity, sexual self-concept, and cognitive outcomes of sexual behavior of young Chinese Hong Kong males with compulsive sexual behavior: implications for intervention and prevention. *Children and Youth Services Review*, 104, 104400.
- Slavin, M. N., Scoglio, A. A., Blycker, G. R., Potenza, M. N., & Kraus, S. W. (2020). Child sexual abuse and compulsive sexual behavior: A systematic literature review. *Current addiction reports*, 7(1), 76-88.
- Spenhoff, M., Kruger, T. H., Hartmann, U., & Kobs, J. (2013). Hypersexual behavior in an online sample of males: Associations with personal distress and functional impairment. *The journal of sexual medicine*, 10(12), 2996-3005.
- Van Manen, M. (2016). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. 2nd Edition. Pub. New York
- Walters, G. D., Knight, R. A., & Långström, N. (2011). Is hypersexuality dimensional? Evidence for the DSM-5 from general population and clinical samples. *Archives of sexual behavior*, 40(6), 1309-1321.
- Wéry, A., Vogelaere, K., Challet-Bouju, G., Poudat, F. X., Caillon, J., Lever, D., ... & Grall-Bronnec, M. (2016). Characteristics of self-identified sexual addicts in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of behavioral addictions*, 5(4), 623-630.

