



## تجربه زیسته بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی: مطالعه‌ای کیفی

### The Lived Experience of Patients with Sex Addiction: A Qualitative Study

Reihaneh Firoozi Khojastefar

Karim Asgari

Mehrdad Kalantari

Firoozeh Raisi

Zahra Shahvari

ریحانه فیروزی خجسته فر\*

کریم عسگری\*\*

مهرداد کلانتری\*\*\*

فیروزه رئیسی\*\*\*\*

زهره شاهواری\*\*\*\*\*

#### Abstract

Sexual addiction is a growing disorder associated with many personal and social consequences. This basic study aims to explore and discover the factors affecting the development of sexual addiction with a qualitative look at the experiences, thoughts, and feelings of patients with sexual addiction. Using a qualitative method, 13 patients with sex addiction (10 males and 3 females) aged 21-50 years were selected through purposive sampling and interviewed in 2019 Tehran using a semi-structured interview. Then, the data were analyzed using the seven-step Colaizzi method. The results were classified into three main categories, including personal problems, family inefficiency, and society's inattention to sex education, and further divided into 11 subcategories. Our findings provide physicians and other mental health providers with invaluable insights into sex addiction. Given the lack of community planning and policy regarding sex education for teachers, parents, and adolescents, we emphasize the responsibility of parents in teaching healthy sexual behavior to their children and adolescents.

**Keywords:** Lived Experience, Sex Addiction, Qualitative Study.

#### چکیده

اعتیاد جنسی اختلالی روبه‌رشد است که عوارض فردی و اجتماعی بسیاری به همراه دارد. پژوهش بنیادی حاضر با هدف بررسی و کشف عوامل مؤثر در ایجاد اعتیاد جنسی، با نگاهی کیفی به بررسی تجربه‌ها، افکار و احساسات بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی پرداخته است. با استفاده از روش پژوهش کیفی، ۱۳ نفر (۱۰ مرد و ۳ زن) از بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی، ۲۱-۵۰ ساله شهر تهران در سال ۱۳۹۸ و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته پاسخ دادند. سپس مصاحبه‌ها با استفاده از روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش در سه طبقه اصلی «عوامل فردی»، «ناکارآمدی خانواده» و «بی‌توجهی جامعه به آموزش جنسی» و یازده طبقه فرعی دسته‌بندی شدند. یافته‌های پژوهش حاضر، دانش متخصصان سلامت روان را درباره اعتیاد جنسی افزایش می‌دهد. علاوه‌براین مشخص می‌کند که با توجه به نبود برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های جامعه در حوزه آموزش موضوعات جنسی به معلمان، والدین و جوانان، مسئولیت والدین در زمینه آموزش رفتارهای جنسی سالم به کودکان و نوجوانان بسیار مهم است.

**واژه‌های کلیدی:** تجربه زیسته، اعتیاد جنسی، مطالعه کیفی.

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*\* نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*\*\* استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*\*\*\* دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

\*\*\*\*\* استادیار بهداشت و باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد، واحد گچساران، گچساران، ایران

## مقدمه

اعتیاد جنسی<sup>۱</sup> با افکار و اعمال جنسی مداوم مشخص می‌شود که با وجود پیامد منفی آن در حوزه‌های مختلف زندگی فرد همچنان ادامه می‌یابد (کینگستون، ۲۰۱۵). اگرچه تاکنون هیچ مطالعه رسمی اپیدمیولوژیکی انجام نشده است، شیوع اختلالات مرتبط با اعتیاد جنسی بین ۳ تا ۱۶/۸ درصد متغیر است (زلوت، گلدستین، کوهن و وینستین، ۲۰۱۸؛ کاریلا و همکاران، ۲۰۱۴). هر رفتاری می‌تواند حالت اعتیادگونه پیدا کند؛ در صورتی که با نبود کنترل همراه باشد و با وجود پیامدهای منفی ادامه یابد (هال، ۲۰۱۲؛ کومبس، ۲۰۰۴). مشکل اصلی در اعتیاد جنسی، فراوانی رفتار جنسی نیست، بلکه پیامد رفتار جنسی بر سلامتی، روابط، شغل یا وضعیت قانونی است (کومبس، ۲۰۰۴). معیارهای تشخیصی اعتیاد جنسی عبارتند از: ۱. صرف زمان افراطی برای خیال‌پردازی و رفتارهای جنسی نامناسب؛ به طوری که با اهداف زندگی فرد تداخل داشته باشد ۲. خیال‌پردازی مکرر و فعالیت جنسی در پاسخ به وضعیت‌های خلقی ملال‌انگیز<sup>۲</sup> 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). اعتیاد جنسی مفهومی چتری است که انواع مختلفی از رفتارهای جنسی مشکل‌زا از جمله خودارضایی<sup>۳</sup>، رابطه جنسی تلفنی<sup>۴</sup>، رابطه جنسی سایبری<sup>۵</sup> و سایر رفتارها را شامل می‌شود (دالارکان، دلالگسیا، کازادو و مونتهو، ۲۰۱۹). از دیدگاه کارنز (۱۹۹۱) ۶۴-۱۰ درصد از معتادان جنسی بررسی شده، رفتارهای جنسی پرخطر<sup>۶</sup> مانند پارتنرهای متعدد<sup>۷</sup>، شرکت در روابط جنسی ناشناس<sup>۸</sup> یا رابطه جنسی دسته‌جمعی<sup>۹</sup>، استخدام مردان و زنان فاحشه<sup>۱۰</sup> یا پرداختن پول برای رابطه جنسی<sup>۱۱</sup> را تجربه کرده‌اند.

همچنین اعتیاد جنسی با انواع مختلفی از اختلالات روان‌شناختی و روان‌پزشکی همبند است. تحقیقات نشان می‌دهد که ۴۰ درصد معتادان جنسی از اختلالات اضطرابی، ۷۰ درصد از اختلالات خلقی، ۵۰-۳۰

- 
1. sex addiction
  2. dysphoric
  3. masturbation
  4. telephone sex
  5. cybersex
  6. high risk sexual behaviors
  7. Multiple partners
  8. anonymous sex
  9. group sex
  10. Patronizing escort
  11. paying for sex

درصد از سوءمصرف مواد مخدر، ۲ درصد از اختلالات خوردن<sup>۱</sup>، ۱۳ درصد اجبار در خرج کردن<sup>۲</sup> و ۵ درصد از قماربازی اجباری<sup>۳</sup> رنج می‌برند (بریکن، هابرمای، برنر و هیل، ۲۰۰۷؛ آنجل و همکاران، ۲۰۱۹؛ دتوینو اسکاناوینو و همکاران، ۲۰۱۳). اختلاف نظر قابل توجهی درباره علت‌شناسی اعتیاد جنسی وجود دارد (دیکسون، گلیسون، کلن و ماینر، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد کورتکس پیش‌پیشانی اوربیتال<sup>۴</sup> و کورتکس سینگولیت قدامی بطنی<sup>۵</sup> از نظر عملکردی به انگیزه، ارزیابی پاداش<sup>۶</sup> و تعدیل / بازداری<sup>۷</sup> تکانه‌های پرخاشگری مرتبط است. بدتنظیمی و بدکارکردی این مناطق و مدارهای مغزی در ارتباط با ساختارهای سیستم لیمبیک<sup>۸</sup>، به‌ویژه آمیگدال<sup>۹</sup> در اختلال‌های کنترل تکانه<sup>۱۰</sup> مانند سوءمصرف مواد و اعتیادهای رفتاری به‌وسیله بسیاری از تست‌های عصب روان‌شناختی پیشرفته، تصویربرداری مغزی و تصویربرداری تشدید مغناطیسی کارکردی (fMRI)<sup>۱۱</sup> مشخص شده است (زولات و همکاران، ۲۰۱۸). مشخص شده است که در توضیح و توجیه اعتیاد جنسی یا فزون‌کنشی جنسی<sup>۱۲</sup>، دو مقیاس برانگیختگی جنسی<sup>۱۳</sup> و بازداری جنسی<sup>۱۴</sup> در مقایسه با سایر مقیاس‌ها دو مقیاس رایج‌تری هستند (ماینر و همکاران، ۲۰۱۶). اعتیاد جنسی، تکانشگری جنسی<sup>۱۵</sup> یا اجبارگری جنسی<sup>۱۶</sup> برای تنظیم و تعدیل همه احساسات آزاردهنده شدید و نامطلوب و نیز تسکین تجربه‌های آسیب‌زا و درد هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (جوژی، ۲۰۱۴). براساس دیدگاه روان‌پویشی<sup>۱۷</sup>، اعتیاد جنسی در عواملی مثل دلبستگی، آسیب و روابط شی<sup>۱۸</sup> ریشه دارد. نظریه‌پردازان روان‌پویشی، دلبستگی ایمن<sup>۱۹</sup> را پیش‌زمینه‌ای مهم برای روابط بزرگسالی سالم و ابراز جنسی سالم توصیف کرده‌اند (هال، ۲۰۱۱). علاوه‌براین، رفتار جنسی به‌عنوان اعمال جبرانی<sup>۲۰</sup> و تلاشی برای کاهش علائم و وضعیت نامطلوب مرتبط با بدتنظیمی عاطفی فرض شده است (سیدهاشمی، شالچی و یعقوبی، ۱۳۹۶).

- 
1. eating disorder
  2. compulsive spending
  3. Compulsive gambling
  4. orbital prefrontal cortex
  5. ventral anterior cingulate cortex
  6. reward appraisal
  7. mediation/inhibition
  8. limbic system
  9. amygdala
  10. impulsive control disorder
  11. functional magnetic resonance imaging
  12. hypersexual disorder
  13. sexual excitation
  14. sexual inhibition
  15. sexual impulsivity
  16. sexual compulsivity
  17. psychodynamic
  18. Object relation
  19. secure attachment
  20. compensatory actions

مطالعه‌ای کیفی در زنان مبتلا به اعتیاد جنسی نشان می‌دهد ساختار خانواده، ظرفیت فردی و آسیب‌پذیری، نیازها و انگیزه‌ها، عوامل مربوط به ارزش‌ها و فرهنگ در ابتلا به اعتیاد جنسی نقش دارند (مشتاق، رفیعی، میرلاشاری، آذین و فرنام، ۲۰۱۷). در مطالعه‌ای کیفی با ۱۴ فرد مبتلا به رفتارهای جنسی افراطی مصاحبه عمیق انجام شد. در مطالعه و بررسی آزمودنی‌ها، دامنه‌ای از معانی برای رفتارهای جنسی آن‌ها مشخص شد که عبارت بودند از: برآوردن نیازهای جنسی، ارضای نیازهای خودشیفتگی، تمایل برای برقراری ارتباط، جبران حرمت نفس پایین، نیاز برای مهارکردن آسیب‌های دوران کودکی، اجتناب از احساسات یا سازگاری با موضوع هویت جنسی (گیوگیلانو، ۲۰۰۶). بروئر و تیدی در مطالعه‌ای کیفی برای بررسی دیدگاه درمانگران اعتیاد جنسی با ۹ سکس‌تراپیست مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام دادند. هرکدام از این متخصصان حداقل به مدت یک سال در درمان اعتیاد جنسی تجربه داشتند. مصاحبه‌ها به گردآوری ۴۲۴ دقیقه محتوا منجر شد. پرسش‌ها به صورتی ساختاربندی شده بود که اطلاعاتی را درباره علت‌شناسی<sup>۱</sup>، تجربه اعتیاد جنسی و فرایند درمان فراهم کند. تحلیل محتوا، داده‌ها و کدهای به دست آمده را در سه طبقه تنش، ریسک و درمان طبقه‌بندی کرد. طبقه تنش شامل سه زیرطبقه تنیدگی و سازگاری، افکار خودکشی و تجربه شریک جنسی<sup>۲</sup> بود. طبقه ریسک شامل سه زیرگروه امنیت فیزیکی<sup>۳</sup>، بیماری، اختلال عملکرد و بارداری<sup>۴</sup> و اعتیاد همراه<sup>۵</sup> بود. طبقه درمان نیز سه زیرگروه آگاهی، ارزیابی و تشخیص و درمان موفق را شامل می‌شد (بروئر و تیدی، ۲۰۱۹).

موضوعات جنسی مفهیمی تابویی هستند که از عوامل فرهنگی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرند؛ از این رو لازم است هر جامعه‌ای در بافت و زمینه خودش، این مفاهیم را مطالعه و بررسی کند. با توجه به آسیب‌های فردی و اجتماعی مرتبط با اعتیاد جنسی، نبود پژوهش‌های کافی درباره این اختلال و عوامل مرتبط با آن و تأثیر عوامل فرهنگی در ایجاد و گسترش این اختلال، بررسی عمیق از طریق مصاحبه کیفی با بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی صورت گرفت. پژوهش حاضر به دنبال این است که تجربه زیسته بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی را بررسی کند.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این مطالعه از نوع کیفی بوده و با استفاده از روش پدیدارشناسی مبتنی بر الگوی تجزیه و تحلیل کلایزی (۱۹۷۸) انجام شده است. مطالعه کیفی در فهم پدیده مورد تجربه و کشف ماهیت مشکل بسیار مؤثر است. در این مطالعه، مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته با بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی صورت گرفت. معیارهای

- 
1. etiology
  2. partner experience
  3. physical safety
  4. disease, dysfunctions, and pregnancy
  5. co-addiction

ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بالای ۱۸ سال، وجود رفتارهای جنسی مشکل‌ساز که با روند معمول زندگی تداخل کند، نداشتن سوء‌مصرف فعلی مواد، علاقه‌مند به شرکت در مصاحبه و سواد خواندن و نوشتن (به‌منظور درک و انتقال مفاهیم). رویکرد مورد استفاده برای نمونه‌گیری، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (هدفمند)<sup>۱</sup> بود و مصاحبه‌ها تا اشباع اطلاعات، یعنی زمانی که ادامه مصاحبه داده جدیدی را به اطلاعات قبلی اضافه نکرد، ادامه یافت. دسترسی به بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی یکی از مشکلات اصلی در پژوهش‌های مرتبط با اعتیاد جنسی است. در این راستا، ترکیبی از دو روش برای نمونه‌گیری استفاده شد. در روش اول، محقق اطلاعاتی دعوت به همکاری پژوهشی را در کانال تلگرام درمان ۱۲ قدم بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی قرار داد و براساس معیارهای ورود به پژوهش از داوطلبان برای مشارکت پژوهشی و مصاحبه دعوت شد. در ادامه و با استفاده از روش گلوله‌برفی، از مصاحبه‌کنندگان درخواست شد که اگر افرادی با شرایط مشابه و مبتلا به اعتیاد جنسی می‌شناسند، به محقق معرفی کنند. براین اساس، در پژوهش حاضر ۱۳ نفر از شرکت‌کنندگان (۱۰ مرد و ۳ زن) براساس مصاحبه بالینی و معیارهای تشخیصی کافکا (۲۰۱۰) به‌عنوان بیمار مبتلا به اعتیاد جنسی مشخص و برای مصاحبه کیفی انتخاب شدند. به جز دو نفر از شرکت‌کنندگان که با مصاحبه حضوری موافقت کردند، با بقیه آن‌ها به‌صورت تلفنی مصاحبه شد.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، در آغاز مصاحبه درباره هدف پژوهش، روش مصاحبه، اطمینان از اصل رازداری و محرمانه‌بودن اطلاعات و حق آن‌ها برای شرکت کردن یا نکردن در مصاحبه توضیحات کامل داده و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان گرفته شد. محقق حین مصاحبه سعی کرد نظر شخصی‌اش را در پذیرفتن یا رد کردن اطلاعات به حداقل برساند و به شرکت‌کنندگان اجازه دهد تا خودشان را صریح و آشکار ابراز کنند. در آغاز مصاحبه برای ایجاد راحتی و صمیمیت با شرکت‌کنندگان، معرفی طرفین صورت گرفت و هدف از تحقیق بیان شد. مصاحبه با پرسش‌هایی از جمله «مشکل جنسی فعلی‌تان را چگونه توصیف می‌کنید» آغاز و از افراد خواسته شد احساسات و انگیزه‌هایشان را درباره رفتارهای جنسی مشکل‌زا بیان کنند. در مواقع لزوم برای عمیق‌تر شدن مصاحبه و دستیابی به جزئیات بیشتر، روشن‌سازی و یافتن اطلاعات دقیق‌تر و کامل‌تر، پرسش‌های کاوشی مانند «می‌توانید در این مورد بیشتر توضیح دهید» و «می‌توانید در این مورد مثالی بزنید یا تجربه خودتان را بگویید» طرح شد.

به‌طور میانگین، زمان هر مصاحبه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بوده است. مصاحبه‌ها ضبط و سپس پیاده شدند. طی دو مصاحبه اخیر اطلاعات جدیدی به‌دست نیامد و داده‌ها در این مرحله از نظر آماری اشباع در نظر گرفته شدند. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، تجزیه و تحلیل اطلاعات صورت گرفت. در این مرحله برای تحلیل داده‌ها از هفت مرحله روش کلازی (۱۹۷۸) استفاده شد؛ زیرا این روش قابلیت اعتماد بسیاری دارد و روشی مناسب برای کشف، مطالعه و تجزیه و تحلیل جزئیات زندگی افراد است (مکنی و مک‌کیب، ۲۰۰۸). در مرحله اول، پس از ختم یافتن مصاحبه‌ها، محقق بیانات ضبط‌شده مشارکت‌کنندگان را گوش داد و آن‌ها را

---

1. purposive sampling

کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده کرد. سپس برای درک بهتر احساسات و تجربه‌های آن‌ها چندین بار توصیف‌های مشارکت‌کنندگان را مطالعه کرد. در مرحله دوم، پس از مطالعه توصیف‌های مشارکت‌کنندگان، زیر اظهارات معنادار و مرتبط با پدیده مورد بحث خط کشیده شد و بدین طریق نکات و جملات مهم مشخص شدند. در مرحله سوم که همان استخراج مفاهیم فرمول‌بندی شده است، بعد از مشخص کردن عبارات مهم هر مصاحبه، از هر عبارت یک مفهوم که بیانگر قسمت مهم تفکر فرد بوده، استخراج شد. در مرحله چهارم، مفاهیم تدوین شده به دقت مطالعه و براساس تشابه دسته‌بندی شدند. در مرحله پنجم، نتایج به دست آمده از پدیده مورد مطالعه به هم پیوند داده شدند و دسته‌های کلی‌تر به وجود آمدند. در مرحله ششم، توصیف جامعی از پدیده مورد مطالعه با بیانی واضح ارائه شد. در مرحله نهمی و برای اطمینان از موثق بودن و اعتبار داده‌ها، پس از تحلیل هر مصاحبه، متن مصاحبه دوباره به مصاحبه‌شونده ارجاع شد تا صحت و سقم مطالب تأیید و در صورت لزوم اصلاحات لازم اعمال شود. همه مراحل اجرا شده و مضامین اصلی و فرعی استخراج شده، به تأیید دو نفر از متخصصان این حوزه رسید.

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است. در این پژوهش ۱۳ نفر شرکت کردند و سن شرکت‌کنندگان بین ۲۱ تا ۵۰ سال و میانگین سنی آن‌ها ۳۱ سال بود. میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان از مقطع راهنمایی تا مدرک فوق لیسانس متغیر بود. در زمان انجام مصاحبه، ۹ نفر از شرکت‌کنندگان مجرد و ۴ نفر متأهل بودند. اطلاعات به دست آمده از مصاحبه کیفی با شرکت‌کنندگان، محصول تجربه زیسته بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی بود (جدول ۲). تحلیل داده‌ها درباره تجربیات بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی، ۲۲۲ کد ایجاد کرد که در سه طبقه «عوامل فردی»، «ناکارآمدی خانواده» و «بی‌توجهی جامعه به آموزش جنسی» قرار گرفتند.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی بیماران شرکت کننده در مصاحبه

ردیف	جنسیت	سن	شغل	میزان تحصیلات
۱	مرد	۵۰ سال	مددکار اعتیاد	دیپلم
۲	مرد	۲۵ سال	فروشنده	دیپلم
۳	مرد	۵۰ سال	کارمند فروش	فوق دیپلم
۴	مرد	۲۸ سال	کارگر	زیر دیپلم
۵	مرد	۳۲ سال	بیکار	لیسانس
۶	مرد	۳۷ سال	مهندس صنایع	فوق لیسانس
۷	مرد	۲۱ سال	بیکار	دیپلم
۸	مرد	۲۴ سال	کارمند	دیپلم
۹	مرد	۳۰ سال	کارمند پشتیبانی	لیسانس
۱۰	مرد	۲۶ سال	بیکار	لیسانس
۱۱	زن	۲۸ سال	کارمند بیمه	فوق دیپلم
۱۲	زن	۳۰ سال	فروشنده	فوق دیپلم
۱۳	زن	۲۵ سال	خانه‌دار	زیر دیپلم

## جدول ۲. مؤلفه‌ها و ریزمؤلفه‌های به‌دست آمده از مصاحبه کیفی

مضمون	مؤلفه	ریزمؤلفه
مضمون اول	عوامل فردی	ناتوانی در کنارآمدن و سازگاری با احساسات و هیجان‌های آزاردهنده تجربه‌های نامطلوب دوران کودکی برخی ویژگی‌های شخصیتی
مضمون دوم	ناکارآمدی خانواده	نبود فضای حمایت‌کننده، عاطفی و پاسخگو در خانواده خانواده سختگیر و سرسخت غفلت خانواده در مدیریت استفاده از اینترنت کودکان و نوجوانان وجود سایر اعتیادها در خانواده
مضمون سوم	بی‌توجهی جامعه به آموزش جنسی	فراهم نبودن آموزش برای معلمان درباره موضوعات جنسی و اعتیاد جنسی فراهم نبودن آموزش برای والدین درباره موضوعات جنسی فراهم نبودن آموزش جنسی در وسایل ارتباط جمعی کمبود آگاهی درباره اعتیاد جنسی در جامعه

## مضمون اول: عوامل فردی

این طبقه‌بندی شامل سه زیرمؤلفه بود.

## الف) دشواری یا ناتوانی در مدیریت احساسات و هیجان‌های نامطلوب

به‌نظر می‌رسد بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی با هیجان‌های منفی آن‌ها از جمله غم، اضطراب، خشم، نفرت، تنهایی، ناراحتی و دل‌تنگی نمی‌توانند کنار بیایند و تنها راه‌حل آن‌ها هنگام مواجهه با این احساسات و هیجان‌ها، مشارکت در فعالیت‌های جنسی است. دیدگاه برخی مصاحبه‌شوندگان به‌صورت زیر است:

«روزهایی که خیلی خسته هستم، هنگام رفتن از محل کار به خانه آن‌قدر در خیابان پرسه می‌زنم تا فرد مورد علاقه‌ام را پیدا و سوار کنم. گاهی حتی ممکن است ساعت‌ها وقتم را بگیرد، ولی همچنان ادامه می‌دهم» (مصاحبه‌شونده کد ۳).

«معمولاً وقتی که خیلی غمگین هستم یا احساس تنهایی زیاد می‌کنم، خودارضایی مکرر یا سایر فعالیت‌های جنسی را انجام می‌دهم. می‌دانم بعد از انجام این کارها، احساس خیلی بدی پیدا می‌کنم، ولی امیدوارم موقتاً بتواند حالم را خوب کند» (مصاحبه‌شونده کد ۵).

«معمولاً دقیقاً قبل از رفتار جنسی احساس اضطراب و تنش زیادی دارم که در نهایت مرا به انجام فعالیت‌های جنسی مجبور می‌کند، احساسی از تسکین یا تخلیه بعد از رفتارهای جنسی و نیز احساس ضعیف‌بودن، شرم، ناامیدی و ناتوانی بعد از انجام فعالیت‌های جنسی دارم» (تقریباً همه مصاحبه‌شوندگان).

«بعد از انجام فعالیت جنسی، اغلب احساس ناامیدی و حشتناکی دارم که در بسیاری مواقع با احساس تنفر از خود، شرم و احساس گناه همراه است و حتی گاهی به افکار خودکشی منجر می‌شود» (برخی مصاحبه‌شوندگان).

«شاید باورکردن و پذیرفتنش سخت باشد. من به هر بهانه‌ای به دنبال برقراری رابطه جنسی هستم؛ وقتی خیلی خوشحال یا هیجان‌زده هستم، زمانی که خیلی اضطراب دارم، هنگامی که موضوعی مرا ناراحت و عصبی می‌کند، در تمام این موارد تمایل به انجام رابطه جنسی دارم» (برخی مصاحبه‌شوندگان).

### ب) تجربه‌های نامطلوب دوران کودکی

بسیاری از شرکت‌کنندگان گزارش کردند که در دوران کودکی تحت سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بودند و برخی از آن‌ها به این موضوع اشاره کردند که رفتار جنسی آن‌ها با فرد دیگر برای تکرار آن واقعه یا انتقام گرفتن است. در ادامه برخی از نظرات مصاحبه‌شوندگان آمده است:

«بعد از اینکه در شش‌سالگی دایم از من سوءاستفاده جنسی کرد، من هم شروع به تماس جنسی با خواهر، پسرخاله، دختردایی و... کردم. دقیقاً می‌خواستم همان کاری را انجام بدهم که با من شده بود...» (مصاحبه‌شونده کد ۶).

«وقتی ۱۲ ساله بودم، یکی از همسایه‌ها از من سوءاستفاده جنسی کرد. بعد از آن اتفاق، رابطه جنسی همیشه در ذهنم بوده است. تمام تعاملات و ارتباطاتی که برقرار می‌کنم، برایم معنای جنسی دارد، ولی علت آن را نمی‌دانم» (مصاحبه‌شونده کد ۱).

### ج) برخی ویژگی‌های خاص شخصیتی

برخی ویژگی‌های شخصیتی از جمله جست‌وجوی شهوانی، نوجویی و ناتوانی در مهارکردن تمایلات جنسی و شهوانی مصاحبه‌شوندگان بررسی شدند. درواقع بسیاری از شرکت‌کنندگان تنوعی از شرکای جنسی، شرایط و موقعیت‌های جنسی را برای برانگیختن و لذت بیشتر جست‌وجو می‌کنند. برخی از نظرات مصاحبه‌شوندگان در ادامه آمده است:

«من همیشه درصدد تجربه‌های جدید جنسی هستم؛ مثلاً چند سال پیش یک فیلم پورن با رفتارهای جنسی سادیستیک جدید دیدم. هنوز درصدد انجام آن رفتارهای جنسی با یکی از شرکای جنسی‌ام هستم» (مصاحبه‌شونده کد ۱).

«به‌طورکلی می‌دانم که هیچ تفاوتی در لذت جنسی فعالیت‌های جنسی مختلف وجود ندارد؛ با این حال خودم را ترغیب می‌کنم که سن‌های مختلف، شرایط و موقعیت‌های مختلف را تجربه کنم» (مصاحبه‌شونده کد ۵).

«در برخی از ما بیماران اعتیاد جنسی، رابطه جنسی لزوماً احساس خوبی به ما نمی‌دهد، بلکه یک عادت رفتاری شده است که دائماً انجام می‌دهیم و نمی‌توانیم آن را متوقف کنیم» (برخی از مصاحبه‌شوندگان).

«در بسیاری از ما رابطه جنسی به موقعیتی تبدیل شده است که در آن تأیید می‌شویم و به ما توجه می‌شود. من اغلب رابطه جنسی را به‌خاطر تأیید و توجه طرف مقابل و نه به‌خاطر لذت آن تجربه می‌کنم» (مصاحبه‌شونده کد ۷).



«اولین تجربه جنسی من در ۱۴ سالگی اتفاق افتاد. در آن زمان احساس خاص و عجیبی را تجربه کردم و تا به حال هنوز آن احساس تکرار نشده است. در تمام تعاملات و روابط جنسی‌ام هنوز به دنبال تجربه حسی آن زمان هستم» (مصاحبه‌شونده کد ۹).

### مضمون دوم: ناکارآمدی خانواده

این طبقه‌بندی شامل سه زیرمؤلفه بود.

#### الف) نبود فضای حمایت‌کننده، عاطفی و پاسخگو در خانواده

نظرات برخی شرکت‌کنندگان به صورت زیر است:

«من در خانواده‌ای بزرگ شدم که دلبستگی عاطفی به یکدیگر نداشتیم و از یکدیگر جدا بودیم. هیچ کاری به کار یکدیگر نداشتیم» (مصاحبه‌شونده کد ۷).

«فکر می‌کنم خانواده‌های ما نقش خیلی مهمی در اعتیاد ما داشته‌اند. من از خانواده‌ام هرگز هیچ عشق، صمیمیت و مهربانی دریافت نکردم و همیشه درصدد یافتن آن در سایر افراد بودم. به نظرم فعالیت‌های جنسی من همگی تلاشی برای تسکین و ترمیم زخم‌های قدیمی‌ام بوده است. همیشه دنبال پیدا کردن عشق بوده‌ام» (مصاحبه‌شونده کد ۱۰).

«همیشه احساس می‌کردم که کار اشتباهی انجام داده‌ام و یک کودک بی‌ارزش و ناخواسته هستم. حتی الان هم این احساسات با من هست؛ مخصوصاً بعد از روابط جنسی این احساسات تشدید می‌شود. به نظرم این احساسات من همگی از خانواده‌ام نشأت می‌گیرد. من هیچ‌وقت رابطه عاطفی با اعضای خانواده‌ام نداشتیم و حتی بین مادرم و پدرم هم رابطه عاطفی ندیدم» (مصاحبه‌شونده کد ۱۲).

#### ب) خانواده سرسخت و سختگیر

جز یکی از مصاحبه‌شونده‌ها، بقیه در خانواده‌هایی پرورش یافته بودند که قوانین سفت و محکمی در آن‌ها حاکم بود. در چنین خانواده‌هایی، کودک به‌عنوان یک انسان شناخته نمی‌شود و در بیشتر موارد از اراده و آزادی او غفلت می‌شود. والدین، به‌ویژه پدر همیشه فرد تعیین‌کننده در خانواده خواهد بود (مصاحبه‌شونده کد ۴). برخی از صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان به شرح زیر است:

«در خانواده ما همیشه قوانین سختی حاکم بود و هرگز درباره موضوعات جنسی صحبت نمی‌شد. یک‌بار در شش‌سالگی که من و یکی از همبازی‌هایم در حال شیطنت و کنجکاوی جنسی بودیم، پدر و مادرم رسیدند و فریاد کشیدند و مرا به شدت تنبیه کردند، اما هرگز دلیل آن را توضیح ندادند. آن زمان بسیار احساس خجالت و شرمندگی کردم» (مصاحبه‌شونده کد ۳).

«در دوران کودکی و نوجوانی، وقتی کار اشتباهی انجام می‌دادم، همیشه ترس و وحشت زیادی داشتم که به پدر و مادرم بگویم؛ چون به شدت مرا سرزنش و تنبیه می‌کردند تا اینکه بخواهند درباره آن موضوع با من صحبت کنند. نهایتاً تصمیم می‌گرفتم بسیاری از موضوعات را از آن‌ها پنهان کنم» (مصاحبه‌شونده کد ۴).

برخی از شرکت‌کنندگان اشاره کردند که آن‌ها در خانواده هرگز اجازه نداشتند درباره موضوعات جنسی حرف بزنند یا از والدین چیزی بپرسند و موضوعات جنسی به‌عنوان حرف‌های ممنوعه در نظر گرفته می‌شد: «والدینم شاید فکر می‌کردند که حرف‌زدن درباره موضوعات جنسی یا اندام‌های جنسی، مرا به رفتارهای جنسی ترغیب خواهد کرد؛ درحالی‌که اگر درباره مسائل جنسی و موضوعات مرتبط با آن صحبت می‌کردند، شاید می‌توانستم فعالیت جنسی‌ام را به تعویق بیندازم. فکر می‌کنم ناآگاهی پدر و مادرم نقش مهمی در بیماری فعلی من دارد.»

### ج) غفلت خانواده در مدیریت استفاده از اینترنت در کودکان و نوجوانان

نظرات برخی از شرکت‌کنندگان به‌ترتیب زیر است:

«به‌دلیل دسترسی کودکان و نوجوانان به اینترنت، خانواده‌ها و جامعه در آینده‌ای نه‌چندان دور با مشکل جدی مواجه خواهند بود. والدین و خانواده‌ها باید استفاده اینترنت در کودکان و نوجوانان را مدیریت و بر آن نظارت کنند و آن‌ها را در فضای مجازی تنها نگذارند.»

«زمانی که ما بچه بودیم، پدر و مادرها وقتی می‌خواستند از دست ما چند ساعتی خلاص بشوند، ما را به کوچه و خیابان می‌فرستادند که با دوستان و همبازی‌هایمان سرگرم شویم. امروزه داستان فرق کرده است. والدین برای اینکه چند ساعتی از دست بچه‌هایشان راحت باشند، بچه‌ها را با تبلت، موبایل و فضاهای مجازی سرگرم می‌کنند؛ درحالی‌که این موضوع می‌تواند بسیار خطرناک باشد و لازم است که حتماً از سیستم فیلترینگ استفاده شود» (مصاحبه‌شونده کد ۳).

«دوران کودکی و نوجوانی دوران بسیار حساسی است و مسئولیت والدین در این دوران بسیار جدی است. دردسترس بودن و جذابیت اینترنت، تهدیدی بسیار جدی برای سلامت نوجوانان است» (مصاحبه‌شونده کد ۳).

### د) وجود سایر اعتیادها در خانواده

بسیاری از شرکت‌کنندگان از خانواده‌هایی بودند که حداقل یک نوع اعتیاد در آن‌ها وجود داشت (اعتیاد به مواد یا اعتیاد رفتاری). براساس نظر شرکت‌کنندگان، وجود اعتیاد در خانواده زمینه ابتلا به اعتیاد جنسی در خانواده را فراهم می‌کند. نظرات برخی مصاحبه‌شوندگان در ادامه آمده است:

«وقتی بزرگ شدم و متوجه اعتیاد جنسی‌ام شدم، فهمیدم پدرم نیز مبتلا به اعتیاد جنسی بوده است. رفتارهای او، روابط هم‌زمان او و...» (مصاحبه‌شونده کد ۴).

«پدرم همیشه اعتیاد به مواد را انکار می‌کرد و این‌طوری توجیه می‌کرد که فقط زمانی که خیلی خسته هستم، مواد مصرف می‌کنم. درواقع پدرم نه فقط در زمان خستگی، زمانی که عصبانی بود و مواقعی که اضطراب داشت نیز مواد مصرف می‌کرد. مصرف مواد برای پدرم راه‌حلی برای تمام مشکلاتش بود» (مصاحبه‌شونده کد ۱۰).

**مضمون سوم: بی‌توجهی جامعه به آموزش جنسی****الف) فراهم‌نبودن آموزش برای معلمان درباره موضوعات جنسی و اعتیاد جنسی**

براساس دیدگاه شرکت‌کنندگان، تقریباً همه معلمان برای حرف‌زدن درباره موضوعات جنسی مشکل دارند و اگر سؤالی در این باره در کلاس مطرح شود، معلم معمولاً یا موضوع صحبت را عوض می‌کند یا آن موضوع را به معلم و کلاس دیگری ارجاع می‌دهد. در این راستا، مصاحبه‌شونده ما گفت: «تقریباً هیچ‌کدام از مدارس ما، واحد درسی و کلاس مشخصی برای آموزش موضوعات جنسی از جمله آشنایی با سیستم تناسلی، رفتارهای جنسی سالم، شیوه‌های جلوگیری از بارداری، عفونت‌های تناسلی و اعتیاد جنسی ندارند. به نظر من مدارس و معلم‌ها خودشان را اصلاً مسئول آموزش موضوعات جنسی نمی‌دانند» (برخی از مصاحبه‌شوندگان).

**ب) فراهم‌نبودن آموزش برای والدین درباره موضوعات جنسی**

اظهارات برخی شرکت‌کنندگان به صورت زیر است:

«بسیاری از والدین گمان می‌کنند مواجه‌شدن با محتویات جنسی حتی در قالب آموزش استاندارد، تأثیر مخربی بر تحول جنسی کودکان و نوجوانان دارد.»

«والدین من فکر می‌کردند که حرف‌زدن درباره اندام‌های جنسی و موضوعات جنسی من را به تجربه‌کردن رفتارهای جنسی ترغیب می‌کند. فکر می‌کنم اگر در دوران پرورش من، پدر و مادرم درباره موضوعات و مسائل جنسی با من حرف می‌زدند، می‌توانستم فعالیت جنسی‌ام را به تعویق بیندازم و مهار کنم. واقعیت این است که وقتی والدین تصمیم می‌گیرند بچه‌دار شوند و برای آن برنامه‌ریزی می‌کنند، باید کلاس‌های آموزشی اجباری برای آن‌ها گذاشته شود و درباره آموزش جنسی به کودکان و نوجوانان به آن‌ها آموزش داده شود» (برخی مصاحبه‌شوندگان).

**ج) فراهم‌نبودن آموزش جنسی در وسایل ارتباط جمعی**

از دیدگاه برخی از شرکت‌کنندگان، وسایل ارتباط جمعی از جمله تلویزیون، فیلم، کتاب و تقریباً هیچ نقشی در آموزش جنسی به‌ویژه آموزش رفتارهای جنسی سالم و ناسالم ندارند: «در سال‌های اخیر، تنها آموزش درباره عفونت‌های جنسی در برخی برنامه‌های تلویزیون شروع شده و تا حدودی افزایش یافته است. من تا به حال هیچ برنامه آموزشی‌ای ندیدم که به رفتارهای جنسی افراطی یا اعتیاد جنسی بپردازد و این موضوع می‌تواند در آینده بسیار خطرناک باشد. به نظر من، وسایل ارتباط جمعی می‌تواند نقش بسیار مهمی در آموزش داشته باشد» (مصاحبه‌شونده کد ۱۲).

**د) کمبود آگاهی از اعتیاد جنسی در جامعه**

اظهارات برخی شرکت‌کنندگان به صورت زیر است:

«بسیاری از افراد نمی‌دانند رابطه جنسی مانند مصرف مواد، الکل و بسیاری رفتارهای دیگر می‌تواند حالت اعتیادگونه پیدا کند.»

«همان طور که به افراد جامعه درباره اعتیاد به مواد آموزش داده شده است، لازم است درباره اعتیاد جنسی نیز اطلاعات و آموزش داده شود. بسیاری از افراد به اعتیاد جنسی مبتلا و در جنبه‌های مختلف زندگی‌شان با مشکلات مختلفی مواجه هستند، اما از اختلال‌شان آگاه نیستند و فرض می‌کنند ماهیت طبیعی میل جنسی این‌گونه است و بقیه افراد نیز این چنین هستند» (مصاحبه‌شونده کد ۱۲).

«متأسفانه در جامعه نگرشی منفی به اعتیاد جنسی وجود دارد که به دلیل آگاهی‌نداشتن افراد است. بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی مجرم نیستند. اعتیاد به مواد به‌عنوان اختلال در نظر گرفته می‌شود و افراد جامعه معمولاً برای این بیماران دلسوزی می‌کنند و تلاش می‌کنند به آن‌ها کمک کنند؛ درحالی‌که نگرش افراد جامعه به بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی این‌گونه نیست و بیشتر افراد جامعه، این بیماران را مجرم و تبهکار می‌بینند و این ما را بسیار آزار می‌دهد. آموزش به افراد جامعه و بهبود بینش آن‌ها به اختلال اعتیاد جنسی در نگرش آن‌ها مؤثر است» (مصاحبه‌شونده کد ۱۱).

«ما در بیشتر موارد حمایت اجتماعی نداریم؛ درحالی‌که این نوع حمایت می‌تواند برای شروع درمان و روند بهبودی ما بسیار مؤثر باشد.»

### بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی تجربه‌های زیسته بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی در چارچوب مطالعه کیفی، سه طبقه‌بندی مشخص شده است. مضمون اول عوامل فردی بوده که شامل سه مقوله فرعی است.

#### ناتوانی در کنار آمدن و سازگاری با احساسات و هیجان‌های آزاردهنده

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان گزارش کردند که رابطه جنسی برای آن‌ها به‌عنوان یک پادزهر<sup>۱</sup> برای عواطف تحمل‌ناپذیر عمل می‌کند و برای تخلیه و تسکین احساسات منفی‌شان از جمله اضطراب، خستگی، ناامیدی، خشم، کسالت و... استفاده می‌شود که هماهنگ با نتیجه برخی پژوهش‌ها است (هال، ۲۰۱۲؛ گارتنر، ۲۰۱۷؛ استراک و برسکی، ۲۰۱۹). به‌نظر می‌رسد بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی شیوه‌ای غیر از رابطه جنسی را برای تسکین خودشان پیدا نکرده‌اند و این موضوع در برخی مصاحبه‌ها تأکید شده است. درواقع بسیاری از بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی در مقابله با تنیدگی، اضطراب، ترس، تنهایی، ناامنی، تنش، ناراحتی، درد، خشم و غمگینی مکانیسم‌های مقابله‌ای ضعیفی دارند و رابطه جنسی به آن‌ها کمک می‌کند تا به‌طور موقت از احساسات ناخوشایند و نامطلوب و شرایط پرفشار زندگی فرار کنند (بربرویک، ۲۰۱۳).

#### تجربه‌های نامطلوب دوران کودکی

در پژوهش حاضر، جز دو نفر از شرکت‌کنندگان، بقیه سابقه سوءاستفاده جنسی را در سن قبل از ۱۳ سالگی داشتند و احساس گناه، تنفر از خود، خودارزشی پایین، خشم و شرم شایع‌ترین هیجان‌ها در میان آن‌ها بود که

1. antidote

با نتیجه برخی از پژوهش‌ها هماهنگی داشت (افراتی و گلا، ۲۰۱۹؛ رزنبرگ، کارنز و اکتر، ۲۰۱۴). در مطالعه‌ای دربارهٔ بیماران سرپایی اعتیاد جنسی، ۸۱ درصد آن‌ها در دوران کودکی مورد سوءاستفادهٔ جنسی قرار گرفته بودند، ۷۲ درصد سوءاستفادهٔ فیزیکی و ۹۷ درصد سوءاستفادهٔ هیجانی داشتند (کومبس، ۲۰۰۴). در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی، پاسخ دوپامینی لذت‌بخش به‌وسیلهٔ خیال‌پردازی‌ها و فعالیت‌های جنسی برانگیخته می‌شود و این رویکرد به‌عنوان شیوه‌ای برای تحمل یا فرار از اضطراب، تنیدگی و احساسات ناخوشایند نشأت‌گرفته از ترومای اولیهٔ زندگی حل‌نشده استفاده می‌شود (گارتتر، ۲۰۱۷). اگرچه رابطهٔ علیتی میان رفتار جنسی تکانشی بزرگسالی و تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی مشخص نشده است (دربشیر و گرنت، ۲۰۱۵) شواهد نشان می‌دهد که آسیب‌های جنسی، به‌ویژه در میان بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی زیاد دیده می‌شود (هال، ۲۰۱۱). برخی افرادی که دچار این قبیل آسیب‌ها می‌شوند، ممکن است در سراسر زندگی خود با آسیب واردشده دل‌مشغولی پیدا کرده و همواره آن را دوباره تکرار کنند. درواقع اعتیاد تلاشی است که این بیماران برای تسکین آسیب وارد شده در پیش می‌گیرند (کراکر، ۲۰۱۳). علاوه‌براین برخی بازماندگان آسیب‌های جنسی ممکن است همهٔ روابط خود را جنسی‌سازی<sup>۱</sup> کنند و رفتارهای جنسی را به‌عنوان شیوه‌ای برای برقراری ارتباط به‌کار بگیرند (ویلون کورت مورل و همکاران، ۲۰۱۶).

### برخی ویژگی‌های شخصیتی

در توصیف برخی بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی از خود و تجارب جنسی‌شان، برخی ویژگی‌های شخصیتی از جمله تکانشگری<sup>۲</sup>، ناتوانی در تأخیر ارضای نیازها و تکانه‌های جنسی و تأییدطلبی مورد توجه قرار گرفت که با نتیجه برخی از پژوهش‌ها هماهنگ است (زولات و همکاران، ۲۰۱۸؛ ژونگ و ژونگ، ۲۰۱۴؛ شیمونی، دایان، کوهن و وینستاین، ۲۰۱۸). برخی ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان ویژگی‌های شخصیتی اعتیادی شناخته می‌شوند که از جملهٔ آن‌ها می‌توان به تکانشگری، جست‌وجوی شهوانی<sup>۳</sup> و دشواری در مهارگری تکانه‌های جنسی<sup>۴</sup> اشاره کرد (میشل و پتنز، ۲۰۱۴).

مضمون دوم ناکارآمدی خانواده است که چهار مقولهٔ فرعی را شامل می‌شود:

### نبود فضای حمایت‌کنندهٔ عاطفی و پاسخگو در خانواده

طبیعت و تربیت نقش مهمی در ایجاد و تعیین رفتارهای انسان دارد. طبیعت سیستمی پیش‌زمینه‌ای است که به‌عنوان یک موهبت ژنتیکی دیده می‌شود؛ درحالی‌که 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.

- 
1. sexualized
  2. impulsivity
  3. sensation seeking
  4. difficulty with sexual impulses control

اعضای خانواده به یکدیگر درس می‌دهند و فضای مراقبتی برای تحول کودکان فراهم می‌کنند (هال، ۲۰۱۲). خانواده به‌عنوان سیستمی که در آن دلبستگی، مهارت‌های مقابله‌ای، روابط بین‌فردی و صمیمیت شکل می‌گیرد، می‌تواند نقش مهمی در ایجاد اعتیاد جنسی داشته باشد. بسیاری از بیماران ما نیز از خانواده‌هایی با روابط والد-فرزندی ضعیف، نبود صمیمیت، قوانین سخت و روابط سرد و کم‌عاطفه بودند. این یافته با سایر پژوهش‌ها هماهنگ بوده است (هال، ۲۰۱۲؛ بکر، ۲۰۱۵).

### خانواده سختگیر و سرسخت

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 رابطه‌های 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 درباره هیجان‌های خود، به‌ویژه 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.

### غفلت خانواده در مدیریت استفاده از اینترنت کودکان و نوجوانان

برخی مصاحبه‌شوندگان دسترسی به اینترنت کودکان و نوجوانان را عامل آسیب‌زای مهمی برای ابتلا به اعتیاد جنسی عنوان کردند و نظرشان این بود که استفاده از اینترنت در سنین کودکی و نوجوانی حتماً باید تحت نظارت و مدیریت والدین باشد و والدین نباید از اینترنت به‌عنوان وسیله سرگرمی برای فرزندانشان استفاده کنند. هماهنگ با نگرانی برخی شرکت‌کنندگان درباره نوجوانی و استفاده از اینترنت، مطالعات گزارش کرده‌اند که در بیشتر موارد نوجوانان جزء کاربران و مصرف‌کنندگان بیشتر رسانه‌ها هستند؛ درحالی‌که بیشتر رسانه‌هایی که نوجوانان در معرض آن‌ها هستند، تصاویر و صحنه‌های جنسی دارند و به‌ندرت پیام‌های جنسی سالم یا عواقب رفتارهای ناسالم جنسی را به تصویر می‌کشند. از سوی دیگر، نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان، نمودارهای فیزیولوژیکی و هیجانی لازم را برای استفاده سالم از اینترنت ندارند و همین موضوع نیز آن‌ها را در برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری درست، مدیریت کردن عواطف و هیجان‌ها و مهار کردن تکانه‌ها با مشکل مواجه می‌کند؛ به همین دلیل نقش اینترنت در زندگی نوجوانان و تأثیر آن در خانواده و جامعه باید مدنظر قرار بگیرد (دل‌مونیکو و گریفین، ۲۰۰۸؛ بهارودن و زکریا، ۲۰۱۲).

### وجود سایر اعتیادها در خانواده

یکی دیگر از یافته‌های مهم پژوهش ما در این طبقه‌بندی، وجود سایر اعتیادها در خانواده بود که با برخی مطالعات از جمله دربشیر و گرت (۲۰۱۵) هماهنگ بوده است. تعیین‌کننده‌های ژنتیکی و روان‌شناختی اثرات مهمی در ایجاد اعتیاد جنسی دارند که از جمله آن‌ها می‌توان به آموزش خودکنترلی به کودکان و ایجاد مدل‌های یادگیری مناسب و کافی در مواجهه با استرس‌های محیطی و مدیریت آن اشاره کرد؛ بنابراین وقتی

مصرف مواد، رابطه جنسی یا هر فعالیت دیگر به‌عنوان یک رفتار غالب در خانواده در مواجهه با شرایط استرس‌زا شکل می‌گیرد، ارزش سایر مکانیسم‌های مقابله‌ای و حل مسئله برای اعضای خانواده از دست می‌رود (هال، ۲۰۱۲).

مضمون اصلی سوم، بی‌توجهی جامعه به آموزش جنسی بوده که شامل چهار مقوله فرعی است.

#### **فراهم نبودن آموزش جنسی برای معلمان درباره موضوعات جنسی**

این موضوع توسط بسیاری از شرکت‌کنندگان ما مورد توجه قرار گرفته است. به نظر می‌رسد که سیستم آموزشی ما در خصوص آموزش موضوعات جنسی دچار ضعف جدی است. یکی از مصاحبه‌شوندگان ما عنوان کرد که «شاید دلیل عدم آموزش موضوعات جنسی در سیستم آموزشی، نگرانی از این موضوع است که صحبت کردن درباره موضوعات و مسائل جنسی سبب شروع فعالیت‌های جنسی یا برخوردهای جنسی زودهنگام شود؛ درحالی‌که این واقعاً درست نیست. دادن آگاهی و اطلاعات جنسی درست و به‌موقع می‌توانست به ما کمک کند که رفتارهای جنسی درست و سالم را بشناسیم و آن‌ها را مدیریت کنیم». هماهنگ با این مصاحبه، مطالعات متعددی نشان دادند که گفت‌وگوی آزاد درباره موضوعات جنسی می‌تواند از رفتارهای جنسی پرخطر و زودهنگام جلوگیری کند و رفتارهای جنسی سالم و تحول جنسی را بهبود دهد (ویدمن، چوکاس برادلی، نوار، نسی و گارت، ۲۰۱۶؛ افراتی و گالا، ۲۰۱۹).

#### **فراهم نبودن آموزش برای والدین درباره موضوعات جنسی**

بسیاری از شرکت‌کنندگان ما به آگاهی نداشتن والدین از موضوعات جنسی اشاره کردند. نظر شرکت‌کنندگان این بود که والدین از نیاز آموزشی فرزندان مطلع نیستند و همچنین عنوان کردن این مسائل سبب ایجاد خجالت و شرم در آن‌ها می‌شود که هماهنگ با برخی پژوهش‌ها از جمله بخشی و خرمایی (۱۳۹۷)، رحمانی، مرقاتی خوئی و فلاحی (۲۰۱۸) است.

#### **ارائه نکردن آموزش جنسی استاندارد توسط رسانه‌های جمعی**

این موارد از جمله مواردی بود که برخی مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند که این یافته با برخی پژوهش‌ها از جمله اسکول، مالیک و کوپراسمیت (۲۰۱۴) و لونگ، شک، لونگ و شک (۲۰۱۹) هماهنگ بوده است. واقعیت این است که مهم‌ترین منبع نوجوانان برای دستیابی به اطلاعات جنسی، دوستان، همسالان و رسانه‌های تصویری مانند شبکه‌های ماهواره‌ای و پایگاه‌های اینترنتی و تصاویر و صحنه‌های هرزه‌نگاری<sup>۱</sup> است (رزاقی، برجعلی، سهرابی، دلاور، ۱۳۹۲؛ سیمون و دین‌باک، ۲۰۱۴؛ جونز و بیدل کام، ۲۰۱۱؛ گری و کلین ۲۰۰۶)؛ درحالی‌که این منابع در بسیاری موارد اطلاعات درست و مفید را انتقال نمی‌دهند.

---

1. pornography

### کمبود آگاهی از علائم اختلال اعتیاد جنسی

مصاحبه‌شوندگان به این عامل نیز در جامعه اشاره کردند. این موضوع سبب می‌شود بسیاری از افراد متوجه بیماری‌شان نشوند و رفتارهای جنسی‌شان را طبیعی تلقی کنند و عوارض خانوادگی، مالی، اجتماعی و بین‌فردی جبران‌ناپذیری را متحمل شوند؛ درحالی‌که با افزایش دانش و آگاهی و مراجعه به متخصصان سلامت روان می‌توانند درمان شوند که هماهنگ با مطالعه کپیک (۲۰۰۸) بوده است. از سوی دیگر، آگاهی‌نداشتن درباره اعتیاد جنسی سبب می‌شود افراد جامعه نگرشی بسیار منفی به این بیماران داشته باشند، آن‌ها را مجرم یا متهم در نظر بگیرند و از کمک و حمایت کردن آن‌ها اجتناب کنند.

در پایان با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده، به‌نظر می‌رسد مضمون سوم یعنی بی‌توجهی جامعه به آموزش جنسی موضوعی است که باید مدنظر قرار بگیرد و این سؤال مطرح می‌شود که در صورت نبود برنامه‌های آموزش جنسی استاندارد و نبود متولیان مشخص برای این امر، مسئولیت آموزش جنسی کودکان، نوجوانان و جوانان با کیست؟ در چنین شرایطی شاید بتوان گفت نقش والدین در آموزش استاندارد متناسب با سن کودکان و نوجوانان و مدیریت استفاده از اینترنت بسیار جدی و قابل‌توجه است. پیشنهاد می‌شود برای کاربردی‌کردن این نتایج و قابلیت‌تعمیم آن، پژوهش‌های کیفی داخلی بیشتری انجام شود. یافته‌های حاصل از این پژوهش‌های عمیق می‌تواند در فهم بهتر اعتیاد جنسی، تشخیص و در مرحله بعد درمان و مدیریت این اختلال استفاده شود.

### محدودیت

نتایج این پژوهش براساس مصاحبه عمیق با ۱۳ بیمار مبتلا به اعتیاد جنسی (۱۰ مرد و ۳ زن) است؛ بنابراین به کل جمعیت مبتلا به اعتیاد جنسی قابل‌تعمیم نیست و نیاز است در جمعیت‌های دیگری نیز تکرار شود. اگرچه سعی شد تا براساس قوانین پژوهش‌های کیفی، مصاحبه‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یابد، پژوهش‌های بعدی می‌تواند تعداد زنان بیشتری را شامل شود و نتایج آن را با مردان مقایسه کند. محدودیت بالقوه دیگر این پژوهش این است که وضعیت تدافعی افراد می‌تواند با مشارکت صحیح آن‌ها در مصاحبه‌ها به‌ویژه در موضوعات حساسی از جمله تجربه‌های جنسی تداخل کند. با توجه به تمایل‌نداشتن بیشتر شرکت‌کنندگان به مصاحبه حضوری، بیشتر مصاحبه‌ها به‌صورت تلفنی صورت گرفت که این موضوع هم قوت و هم ضعف این پژوهش محسوب می‌شود.

### سپاسگزاری

از بیمارانی که حاضر به انجام مصاحبه شدند و تجربه‌های شخصی خود را در اختیار ما گذاشتند، کمال تشکر و قدردانی را دارم. شناسه اخلاقی اختصاص‌یافته به پژوهش حاضر IR.UI.REC.۱۳۹۹/۰۱۷ است.



## منابع

- بخشی، ن.، و خرمایی، ف. (۱۳۹۷). چالش‌های والدین در آموزش جنسی به فرزندان: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۷ (۳)، ۲۲۷-۲۳۹.
- سیدهاشمی، س. ق.، شالچی، ق.، و یعقوبی، ح. (۱۳۹۶). پیش‌بینی اختلال فزون‌کنشی جنسی براساس دشواری در تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان پسر دانشگاه شهید مدنی آذربایجان در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۶ (۵)، ۴۳۶-۴۲۱.
- رزاقی، ر.، برجعلی، ا.، سهرابی، ف. و دلاور، ع. (۱۳۹۱). چالش سلامت جنسی نوجوانان جداشده از خانه. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۳ (۴۸)، ۹۲-۷۳.

## References

- Baharudin, D. F., & Zakaria, M. Z. (2012). Adolescents and Internet sex addiction. *The International Conference on Applied Psychology: Asian Perspective*, Kuala Lumpur: University of Malaya.
- Becker, P. (2015). *Sexual Addiction: Understanding and Treatment: Textbook and Reference Manual*: AuthorHouse.
- 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.
- Brewer, G., & Tidy, P. (2019). Sex addiction: therapist perspectives. *Sexual and Relationship Therapy*, 34(1), 40-53.
- Briken, P., Habermann, N., Berner, W., & Hill, A. (2007). Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(2), 131-143.
- Carnes, P. (1991). *Don't call it Love—Recovery from Sexual Addiction*. In: New York: Bantam Books.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In: Valle, R. S. & King, M. (1978). *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology*. Open University Press: New York.
- Coombs, R. H. (2004). *Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Crocker, M. (2013). *Looking for attachment solutions in all the wrong places: out of control sexual behavior as a symptom of insecure attachment in men*. Ph.D. Dissertation. Faculty of Social Work, University of Pennsylvania, USA.
- de Alarcón, R., de la Iglesia, J. I., Casado, N. M., & Montejo, A. L. (2019). Online porn addiction: What we know and what we don't—A systematic review. *Journal of clinical medicine*, 8, 91.
- de Tubino Scanavino, M., Ventuneac, A., Abdo, C. H. N., Tavares, H., do Amaral, M. L. S. A., Messina, B., dos Reis, S.C., Martins, J. P. L. B., Parsons, J. T. (2013). Compulsive sexual behavior and psychopathology among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Psychiatry research*, 209(3), 518-524.
- Delmonico, D. L., & Griffin, E. J. (2008). Cybersex and the E-teen: What marriage

- and family therapists should know. *Journal of marital and family therapy*, 34(4), 431-444.
- Derbyshire, K. L., & Grant, J. E. (2015). Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *Journal of behavioral addictions*, 4(2), 37-43.
- Dickenson, J. A., Gleason, N., Coleman, E., & Miner, M. H. (2018). Prevalence of distress associated with difficulty controlling sexual urges, feelings, and behaviors in the United States. *JAMA Network Open*, 1(7), e184468.
- Efrati, Y., & Gola, M. (2019). Adolescents' compulsive sexual behavior: The role of parental competence, parents' psychopathology, and quality of parent-child communication about sex. *Journal of behavioral addictions*, 8(3), 420-431.
- Engel, J., Veit, M., Sinke, C., Heitland, I., Kneer, J., Hillemacher, T., Hartmann, U., & Kruger, T. (2019). Same Same but Different: A Clinical Characterization of Men with Hypersexual Disorder in the Sex@Brain Study. *Journal of clinical medicine*, 8(2), 157.
- Gartner, R. B. (2017). *Healing sexually betrayed men and boys: Treatment for sexual abuse, assault, and trauma*. New York: Routledge.
- Giugliano, J. (2006). Out of control sexual behavior: A qualitative investigation. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13(4), 361-375.
- Giuseppe, C. (2014). The dissociative nature of sexual addiction the role of traumatic emotions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 45-51.
- Gray, N. J., & Klein, J. D. (2006). Adolescents and the Internet: Health and sexuality information. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 18(5), 519-524.
- Hall, P. (2011). A biopsychosocial view of sex addiction. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(3), 217-228.
- Hall, P. (2012). *Understanding and treating sex addiction: A comprehensive guide for people who struggle with sex addiction and those who want to help them*. New York: Routledge.
- Jones, R. K., & Biddlecom, A. E. (2011). Is the Internet filling the sexual health information gap for teens? An exploratory study. *Journal of Health Communication*, 16(2), 112-123.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 377-400.
- Karila, L., Wéry, 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.
- Kiepek, N. (2008). Interactions between substance use and sexual behaviours for women receiving alcohol and other drugs services. *NZ Journal of Psychology*, 37(1), 49-55.
- Kingston, D. A. (2015). Debating the conceptualization of sex as an addictive disorder. *Current Addiction Reports*, 2(3), 195-201.
- Leung, H., Shek, D., Leung, E., & Shek, E. (2019). Development of Contextually-relevant Sexuality Education: Lessons from a Comprehensive Review of Adolescent Sexuality Education Across Cultures. *International journal of*

- environmental research and public health, 16(4), 621.
- Macnee, C. L., & McCabe, S. (2008). *Understanding nursing research: Using research in evidence-based practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Miner, M. H., Romine, R. S., Raymond, N., Janssen, E., MacDonald III, A., & Coleman, E. (2016). Understanding the personality and behavioral mechanisms defining hypersexuality in men who have sex with men. *The journal of sexual medicine*, 13(9), 1323-1331.
- Mitchell, M. R., & Potenza, M. N. (2014). Addictions and personality traits: impulsivity and related constructs. *Current behavioral neuroscience reports*, 1(1), 1-12.
- Moshtagh, M., Rafiey, H., Mirlashari, J., Azin, A., & Farnam, R. (2017). Facilitators of and barriers to compulsive sexual behavior in Iranian women. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 24(4), 270-284.
- Rahmani, A., Merghati-Khoei, E., & Fallahi, A. (2018). Perceived advantages and disadvantages of sex education in young women: A qualitative study. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 7(2), 57-61.
- Rosenberg, K. P., Carnes, P., & O'Connor, S. (2014). Evaluation and treatment of sex addiction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40(2), 77-91.
- Shimoni, L., Dayan, M., Cohen, K., & Weinstein, A. (2018). The contribution of personality factors and gender to ratings of sex addiction among men and women who use the Internet for sex purpose. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1015-1021.
- Simon1, I., Daneback, K. (2014). Adolescents' Use of the Internet for Sex Education: A Thematic and Critical Review of the Literature. *International Journal of Sexual Health*, 25(4), 305-319.
- Scull, T. M., Malik, C. V., & Kupersmidt, J. B. (2014). A Media Literacy Education Approach to Teaching Adolescents Comprehensive Sexual Health Education. *The journal of media literacy education*, 6(1), 1-14.
- Struck, J. M., & Buirski, P. (2019). Self-Regulation and Compulsive Sexual Behavior. *Psychoanalysis, Self and Context*, 14(2), 205-219.
- Vaillancourt-Morel, M. P., Godbout, N., Sabourin, S., Briere, J., Lussier, Y., & Runtz, M. (2016). Adult sexual outcomes of child sexual abuse vary according to relationship status. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(2), 341-356.
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S. M., Nesi, J., & Garrett, K. (2016). Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 170(1), 52-61.
- Zheng, L., & Zheng, Y. (2014). Online sexual activity in Mainland China: Relationship to sexual sensation seeking and sociosexuality. *Computers in Human Behavior*, 36, 323-329.
- Zlot, Y., Goldstein, M., Cohen, K., & Weinstein, A. (2018). Online dating is associated with sex addiction and social anxiety. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 821-826.

