

A Comparative Examination of Childhood Traumas in Sex Addicts and Normal Individuals

Ebrahim Soltani Azemat¹, Abolfazl Mohammadian¹, Solmaz Azizi², Majid Golzar Pour³, Mosayyeb Yarmohammadi Vasel^{4*}

¹Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

²Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

³Department of Social Welfare, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴Department of Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

Received: 24 Feb 2016

Article Info:

Accepted: 17 Jul 2016

ABSTRACT

Introduction: sexual addiction is a psychiatric disorder with unpleasant personal, interpersonal, legal, social, and physical outcomes. Sexual addiction is mainly rooted in unpleasant experiences within family and during childhood. This study aimed to examine and compare childhood traumas in sex addicts and normal individuals. **Materials and Methods:** This study was a causal-comparative investigation. A total of 30 male sex addicts were selected, using a snowball sampling method, from the population of sex addicts in Tehran. In addition, a total of 30 normal men were selected as control participants from the general population and were matched to the patients in terms of demographic characteristics. Participants first completed the Sexual Addiction Screening Test–Revised (SAST-R), and then, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). **Results:** The results showed that the sex addicts scored significantly higher in the CTQ than control participants. Discriminant analysis revealed that physical abuse trauma can predict the membership in sex addiction and non-sex addiction groups. **Conclusion:** The frequency and prominence of childhood traumas is higher in sex addicts than normal individuals. Individuals experience sexual traumas are more prone to sexual addiction.

Key words:

1. Comparative Study
2. Psychology
3. Patients
4. Iran

*Corresponding Author: Mosayyeb Yarmohammadi Vasel

E-mail: yarmohamadivasel@yahoo.com

آزمون مقایسه‌ای تروماهای کودکی در معتادان جنسی و افراد سالم

ابراهیم سلطانی عظمت^۱، ابوالفضل محمدیان^۱، سولماز عزیزی^۲، مجید گلزار پور^۲، مصیب یارمحمدی واصل^{۳*}^۱گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران^۲گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران^۳گروه رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران^۴گروه روانشناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ پذیرش: ۲۷ تیر ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: ۵ اسفند ۱۳۹۴

چکیده

مقدمه: 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 این مطالعه بررسی و مقایسه تروماهای کودکی در معتادان جنسی و افراد سالم است. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه یک تحقیق علی-مقایسه‌ای بود. در مجموع ۳۰ مرد معتاد جنسی با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی، از جمعیت معتادان جنسی در تهران انتخاب شدند. علاوه بر این در مجموع ۳۰ مرد سالم به‌عنوان شرکت‌کننده‌های کنترل از جمعیت عمومی انتخاب شدند و به لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با بیماران تطبیق یافتند. ابتدا شرکت‌کنندگان پرسشنامه اعتیاد جنسی و سپس پرسشنامه ترومای کودکی را تکمیل نمودند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که معتادان جنسی به طور معنی‌داری در پرسشنامه ترومای کودکی نمرات بالاتری از شرکت‌کننده‌های کنترل دریافت کردند. تحلیل تشخیصی نشان داد که ترومای سوء استفاده جسمانی می‌تواند عضویت در گروه‌های معتادان جنسی و معتادان غیر جنسی را پیش‌بینی کند. **نتیجه‌گیری:** تکرار و برجستگی تروماهای کودکی در معتادان جنسی از افراد سالم بیشتر است. افرادی که ترومای جنسی را تجربه کردند بیشتر مستعد اعتیاد جنسی هستند.

کلید واژه‌ها:

۱. مطالعه مقایسه‌ای
۲. روانشناسی
۳. بیماران
۴. ایران

* نویسنده مسئول: مصیب یارمحمدی واصل

آدرس الکترونیکی: yarmohamadivasel@yahoo.com

مقدمه

طبی و بین فردی شدید رفتار جنسی ۳- کوشش مکرر برای متوقف کردن رفتار جنسی ۴- وسواس فکری و تخیلات جنسی ۵- تداخل رفتار جنسی با کارکرد عمومی و اجتماعی (۱).

اکثر محققان ریشه اصلی اعتیاد جنسی را مشکلات دوران کودکی، نوع رابطه کودک -والد و تجارب ناخوشایند و سوء استفاده در این دوران می‌دانند (۷) به عبارت دیگر غفلت و سوء استفاده در دوران کودکی به صورت معنی‌داری منجر به صدماتی در رشد کودک می‌شود و این صدمات به زندگی بزرگسالی نیز گسترش می‌یابد (۸). گویلیانو^۷ معتقد است عامل اصلی گرایش به اعتیاد جنسی شکل‌گیری خودپنداره بر اساس تجارب اولیه سوء استفاده در دوران کودکی است (۹). وقتی کودکی در خانواده‌ای متولد می‌شود و رشد می‌کند که به اندازه کافی به او توجه می‌شود، شانس زیادی برای رشد خوب، اعتماد داشتن به دیگران و داشتن صداقت شخصی دارد. اما از سوی دیگر اگر کودک در خانواده مورد غفلت واقع شود به شکل ناسالمی رشد خواهد کرد. آن‌ها با این عقیده که افراد دیگر به آن‌ها اهمیت نمی‌دهند، رشد می‌کنند و روابط سطحی و احساس جدایی از دیگران را در خود پرورش خواهند داد. به شکل کلی افراد مبتلا به اعتیاد جنسی خود را به‌عنوان افراد شایسته ارزیابی نمی‌کنند (۱۰). آن‌ها با شرکت در روابط جنسی افراطی سعی در مقابله با احساس طرد و ضعف خود دارند (۱۱).

سوء استفاده و غفلت از کودک در اشکال مختلف اتفاق می‌افتد که سوء استفاده جنسی^۸، جسمی^۹، هیجانی^{۱۰}، غفلت هیجانی^{۱۱} و غفلت جسمانی^{۱۲} را شامل می‌شود (۱۲). سوء استفاده جنسی به تجربه جنسی برنامه‌ریزی شده برای عمل جنسی اطلاق می‌شود که قبل از هجده سالگی و با خویشتن‌اندان یا یک شخص دیگر که حداقل پنج سال بزرگ‌تر باشد، اتفاق افتد و یا وادار کردن کودک به عمل جنسی بدون اینکه تفاوت سنی مورد توجه قرار داده شود (۱۳). سوء استفاده جسمی، تجاربی همچون ضربه با مشت یا جسم سخت، لگد زدن، سوزاندن غیر تصادفی، لرزاندن، خفه کردن و قربانی درد فیزیکی عمدی شدن را در بر می‌گیرد (۱۴). سوء استفاده هیجانی به تجاربی همچون طرد، تحقیر، تهدید، منزوی کردن و یا نادیده گرفتن پاسخ‌های هیجانی گفته می‌شود (۱۴). غفلت هیجانی به‌عنوان اعمال و غفلت‌هایی در نظر گرفته می‌شود که باعث اختلال‌های مزمن ذهنی، هیجانی، شناختی و رفتاری در کودک می‌گردد (۱۵) و غفلت فیزیکی به معنای عدم تأمین کافی نیازهای فیزیکی کودک است (۱۵).

مفهوم اعتیاد جنسی^۱ در دو دهه گذشته و برای توصیف کسانی شکل گرفت که به صورت وسواسی در پی تجارب جنسی هستند و اگر نتوانند تکانه‌های جنسی‌شان را ارضا کنند رفتارشان مختل می‌شود (۱). به شکل سنتی اصطلاح اعتیاد^۲، به مصرف بیمارگونه و وسوسه آمیز مواد و الکل اطلاق می‌شد. اما اخیراً پیشنهاد شده است که اصطلاح اعتیاد فقط به سوء مصرف مواد و الکل محدود نشود و رفتارهای وسواسی و بیش از حد همچون قمار، خوردن، ورزش و فعالیت جنسی را هم در بر بگیرد که اعتیاد رفتاری^۳ نامیده می‌شود. اصطلاح اعتیاد جنسی از همین طبقه‌بندی بیرون آمده است (۲).

شناسایی حرفه‌ای اعتیاد جنسی با کار روانشناسی به نام پاتریک کارنر^۴ در سال ۱۹۸۰ شروع شد. اما فقدان داده‌های علمی مانع از این شد که اعتیاد جنسی به‌عنوان یک مشکل دارای مشروعیت علمی مورد پذیرش واقع شود (۳). حتی در DSM-5^۵ هم اصطلاح اعتیاد جنسی به کار نرفته است، چرا که این اصطلاح مورد اجماع همه متخصصان حوزه علوم رفتاری قرار نگرفته است. با این حال گاه افرادی مشاهده می‌شوند که همه زندگی، فعالیت و رفتارهایشان معطوف به جستجوی رابطه جنسی است. زمان زیادی را صرف چنین رفتاری می‌کنند و اغلب سعی می‌کنند این رفتار را متوقف کنند، ولی قادر به این کار نیستند. این افراد کوشش فزاینده و مکرری به عمل می‌آورند که رابطه جنسی داشته باشند و اگر در این تلاش خود موفق نشوند، دچار ناراحتی قابل توجهی می‌شوند. (۴). به باور مانلی^۶ رابطه جنسی اعتیاد گونه یک بیماری مزمن و پیشرونده است که مشخصه آن الگوهای از رفتار جنسی جبری می‌باشد و با وجود پیامدهای مخرب آن، در پاسخ به درد و رنج درونی و خشم اتفاق می‌افتد (۵).

گرچه مفهوم اعتیاد جنسی مورد پذیرش همه نیست و تعریفی که مورد قبول همه باشد تاکنون ارائه نشده است، اما بسیاری از متخصصین اعتیاد جنسی بر تعریف سازمان جهانی بهداشت توافق دارند. در این تعریف، اعتیاد جنسی به‌عنوان یک اختلال در روابط صمیمانه آمده است که به شکل دوره‌های اجباری از اشتغالات ذهنی و تشریفات، رفتارهای جنسی، بی‌اشتهایی، کنترل بیش از حد و افراطی بر رفتارهای جنسی و یأس و ناامیدی در کنترل رفتار جنسی، خود را نشان می‌دهد (۶). برخی از علایم اعتیاد جنسی عبارتند از ۱- رفتار جنسی خارج از کنترل ۲- پیامدهای قانونی،

¹ Sexual addiction

² Addiction

³ Behavioral addiction

⁴ Patrik Carnes

⁵ Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5

⁶ Manley

⁷ Giuglian

⁸ Sexual abuse

⁹ Physical abuse

¹⁰ Emotional abuse

¹¹ Emotional neglect

¹² Physical neglect

جدی، آسیب روانی والدین، مصرف مواد در والدین، بی خانمانی، فروپاشی خانواده، مراقبت بعد از تولد ضعیف، همه با غفلت مرتبط هستند و همه این عوامل خطر به صورت مستقل موجب افزایش آسیب پذیری کودک برای اختلال روانی می‌شوند (۲۳).

ایرل^{۱۶} و همکاران نیز تجارب کودکی منفی نظیر سوء استفاده و مورد غفلت قرار گرفتن را به‌عنوان عوامل احتمالی مرتبط با اعتیاد جنسی تشخیص دادند. آن‌ها معتقدند که به خاطر این تجارب، معتادان جنسی در تحول و گسترش مهارت‌های ارتباط مناسب با دیگران شکست می‌خورند (۲۴). مطالعات مستون^{۱۷} و همکاران (۱۸) نیز نشان داد سوابق کودکی اشخاص مبتلا به انحراف جنسی معمولاً در معرض بد رفتاری‌های جنسی و روابط والد-کودک نامطلوب بوده‌اند. این تجارب اولیه احتمالاً در مهارت‌های اجتماعی ضعیف و نبود روابط صمیمی که اغلب در میان افراد مبتلا به انحراف‌های جنسی دیده می‌شود نقش دارند. بن هوگز^{۱۸} (۲۵) در تحقیق خود، سبب‌شناسی اعتیاد جنسی را همسو با ادبیات موجود یافت. وی به این نتیجه رسید که بروز اعتیاد جنسی در درون خانواده ریشه دارد. و اغلب با تجارب دردناک دوران کودکی مرتبط است. به‌ویژه سوء استفاده جنسی کودک می‌تواند در بزرگسالی خود را به شکل رفتار جنسی افراطی نشان دهد.

بررسی کامل تروماهای دوران کودکی میان معتادان جنسی از اهمیت درمانی ویژه‌ای برخوردار است و درمانگران را برای بهبود معتادان جنسی توانا تر می‌سازد و از طرفی اطلاعات مفیدی در اختیار متخصصان قرار می‌دهد تا در صورت بروز تروما، اقدامات حمایتی مناسبی را جهت پیشگیری از آسیب به کودکان انجام دهند. اعتیاد جنسی مشکلات متعددی برای فرد به همراه دارد و یک اختلال ویرانگر است که از دواج و روابط خانوادگی را دچار اختلال می‌کند و فرد معتاد را در معرض آیدز و دیگر بیماری‌های مقاربتی قرار می‌دهد. همچنین موجب مشکلات اجتماعی و شغلی متعددی می‌شود.

با توجه به اهمیت تروماهای دوران کودکی در پیشگیری از آسیب‌های بعدی، هدف این پژوهش مقایسه تروماهای دوران کودکی در افراد مبتلا به اعتیاد جنسی و افراد سالم و همچنین بررسی قدرت پیش‌بینی تروماهای دوران کودکی در احتمال ابتلاء به اعتیاد جنسی است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از لحاظ طرح، از نوع علی-مقایسه‌ای است. این مطالعه بر روی جامعه مردان مبتلا به اعتیاد جنسی در شهر تهران انجام شد. با توجه به اینکه برای مطالعات علی-مقایسه‌ای حجم

غفلت فیزیکی بر خلاف بد رفتاری فیزیکی که معمولاً رویدادهای مشخصی هستند، اغلب به یک موقعیت مزمن اشاره دارد و به راحتی به‌عنوان یک رویداد خاص شناسایی نمی‌شود (۱۶).

محققان، سوء استفاده جنسی دوران کودکی را از عناصر اصلی رفتار جنسی ناهنجار در بزرگسالی می‌دانند (۱۷). قربانیان رابطه جنسی در کودکی، روابط جنسی شدید شده‌ای را در بزرگسالی گزارش کرده‌اند (۱۸) و حتی شرکای جنسی بیشتری داشته‌اند (۱۸). علاوه بر این شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد قربانیان سوء استفاده جنسی کودکی به احتمال بیشتری از روابط جنسی خشونت آمیز (پورش جنسی) استفاده می‌کنند (۱۸) و حتی روابط جنسی پرخطر و محافظت نشده‌ای را از خود نشان می‌دهند و به احتمال بیشتری در معرض بیماری‌های مقاربتی و حاملگی‌های ناخواسته قرار دارند (۱۹). فینکهر و برونز^{۱۳} (۲۰) نظریه‌ای تحت عنوان نظریه روابط جنسی آسیب‌زا ارائه کردند تا ارتباط میان سوء استفاده جنسی دوران کودکی و رفتار جنسی ناهنجار بزرگسالی را نشان دهند. این نظریه فرض می‌کند کسی که در کودکی قربانی سوء استفاده جنسی شده است نگاهش به مسائل جنسی تحریف می‌شود و به سمتی گرایش می‌یابد که میان روابط جنسی و رفع نیاز به توجه ارتباط پیدا می‌کند و از روابط جنسی به‌عنوان ابزاری برای اداره کردن و بهره جویی از دیگران استفاده می‌کنند.

محققان اعتقاد دارند که دیگر شکل‌های سوء استفاده کودکی نیز در رفتار جنسی شدید شده بزرگسالی مؤثر هستند (۱۲). ویلسون و ویدون^{۱۴} گزارش دادند که علاوه بر سوء استفاده جنسی، قربانیان سوء استفاده جسمی نیز به احتمال بیشتری دچار فاحشه‌گری و روسپیگری می‌شوند (۲۱). همچنین لو میوکس و بیروز^{۱۵} به این نتیجه رسیدند که همانند قربانیان جنسی کودکی، قربانیان سوء استفاده جسمی نیز احتمالاً بیشتر از خود روابط جنسی خشونت آمیز (پورش جنسی) و روابط محافظت نشده نشان می‌دهند (۱۹).

اگر چه عواقب سوء استفاده هیجانی به‌طور گسترده بررسی نشده، اما تجربه بد رفتاری و سوء استفاده هیجانی با عواقب روانشناختی قدرتمند و دیرپایی همچون تحقیر، خشم، شرم، احساس بی‌ارزشی و بازداری هیجانی ارتباط دارد (۲۲). البته می‌توان گفت که حتی دیگر اشکال سوء استفاده در دوران کودکی به‌طور ضمنی بد رفتاری هیجانی را هم در بردارند (۲۲).

علاوه بر سوء استفاده و بد رفتاری، غفلت هیجانی و جسمانی از کودکان نیز به‌عنوان عامل خطر برای اختلال در رشد طبیعی شناخته می‌شود. کمبود مراقبت

¹³ Finkelhor and Browne

¹⁴ Wilson and Widom

¹⁵ Lemieux and Byers

¹⁶ Earle

¹⁷ Meston

¹⁸ Hughes

CTQ به دو روش آزمون بازآزمون و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹-۰/۹۴ گزارش شده است (۲۷، ۲۸)

تجزیه و تحلیل داده‌ها

نتایج این پژوهش در غالب یافته‌های توصیفی شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و میانگین و انحراف معیار نمرات و یافته‌های استنباطی شامل آزمون تی و تحلیل واریانس چند متغیره ارائه شده است و فرضیات پژوهش با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره و نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. داده‌های پژوهش در غالب جدول و در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ ارائه شد.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی ۳۱-۳۰ سال و گروه شاهد ۵۰-۲۹ سال بود. میزان تحصیلات بر اساس سال‌های تحصیل در گروه بیمار ۱۰ تا ۱۴ سال و در گروه شاهد ۵۰-۱۳ سال بود.

آزمون پیش فرض کولموگروف اسمیرنوف برای همگن بودن داده انجام شد و با توجه به همگن بودن داده‌ها از آزمون تی مستقل استفاده شد و تفاوت معنی‌داری بین میانگین سنی ($t=0.62, P=0.537$) و تحصیلات آزمودنی‌های دو گروه ($t=0.188, P=0.37$) مشاهده نشد.

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه بر اساس تفکیک گروه‌ها (n=۳۰).

متغیر	معتاد جنسی		افراد هنجار	
	N	درصد	N	درصد
وضعیت تأهل	۱۵	۵۰	۱۷	۵۶
	۵	۱۵	۸	۲۶
	۱۰	۳۵	۵	۱۵
شغل	۷	۲۳	۱۰	۳۵
	۲۳	۷۶	۲۰	۶۶
تحصیلات	۱۲	۴۰	۱۰	۳۴
	۱۸	۶۰	۲۰	۶۶

یافته‌های حاصل از پژوهش در قالب توصیفی و تحلیلی ارائه شده است. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پرسشنامه ترومای دوران کودکی را نشان می‌دهد.

برای بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت ترومای دوران کودکی بین دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج اولیه در جدول ۳ نشان داد آزمون لامبدای ویلکز برای اثر گروهی معنی‌دار بود ($P<0.01$). بدین معنا که میانگین‌های تروماهای دوران کودکی در دو گروه به طور معنی‌داری با یکدیگر متفاوت بود.

نمونه حداقل ۳۰ نفر در نظر گرفته می‌شود. ۳۰ بیمار مرد مبتلا به اعتیاد جنسی به‌عنوان گروه مطالعه و ۳۰ نفر مرد بهنجار جهت گروه مقایسه لحاظ و از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌متا شدند. نمونه این پژوهش به روش نمونه‌گیری گلوله برفی از میان جمعیت معتادان جنسی شهر تهران پس از تأیید ابتلاء به اعتیاد جنسی توسط روان‌پزشک و با همکاری انجمن تولد دوباره، انتخاب شدند. از شرکت کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه اعتیاد جنسی را تکمیل کنند. سپس پرسشنامه ترومای دوران کودکی به شرکت کنندگان ارائه شد. معیار ورود به مطالعه شامل: ابتلاء به اختلال اعتیاد جنسی و تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی بود و معیار خروج، ابتلاء به اختلالات همبود به‌ویژه سوء مصرف مواد و الکل و تحصیلات کمتر از پنجم ابتدایی در نظر گرفته شد. در این پژوهش موارد اخلاقی همچون محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان، دریافت رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان و عدم انجام مداخلات اضافی رعایت شده است.

ابزار پژوهش

۱- آزمون تجدید نظر شده اعتیاد جنسی کارنز: آزمون تجدید نظر شده اعتیاد جنسی توسط کارنز در سال ۲۰۱۰ طراحی شد (۲۶). این آزمون شامل ۴۵ سؤال بله، خیر می‌باشد. آزمون دارای یک بخش اصلی (شامل ۲۰ سؤال اول) و دو گروه زیر مقیاس می‌باشد. گروه اول زیرمقیاس‌ها، چهار زیر مقیاس اعتیاد جنسی وابسته به اینترنت، مقیاس ویژه مردان، مقیاس ویژه زنان و مقیاس ویژه مردان همجنس‌گرا می‌باشد. گروه دوم زیر مقیاس‌ها در این آزمون زیرمقیاس‌های پژوهشی می‌باشند که جهت تشخیص و افتراق مؤلفه‌های اصلی اعتیاد جنسی به کار می‌رود (۲۶). کارنز روایی این آزمون را در گروه‌های مختلف به روش آلفای کرونباخ محاسبه کرد که برای مردان دگرجنس خواه ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۶). زاهدیان میزان اعتبار 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 آورد و روایی این پرسشنامه پس از تأیید روایی صوری به وسیله متخصصان با محاسبه همبستگی پیرسون در ۷۰ آزمودنی ۰/۷۲ گزارش شد (۷).

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)^{۱۹} (تروما): به وسیله برنشتاین^{۲۰} و همکاران طراحی شد و در سال ۱۹۸۸ نسخه نهایی ۳۴ گویه‌ای آن تنظیم شد. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز تا همیشه پاسخ داده می‌شوند و پنج خرده مقیاس سوء استفاده جسمی، سوء استفاده هیجانی، غفلت جسمی، غفلت هیجانی و سوء استفاده جنسی را می‌سنجد. پایایی

^{۱۹} Childhood trauma questionnaire

^{۲۰} Brenshtain

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون ترومای دوران کودکی در دو گروه بیمار و سالم.

گروه هنجار		گروه بیمار		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	متغیرها
۴/۴۷	۸/۲۰	۲/۸۹	۱۵/۴۶	سوء استفاده هیجانی
۲/۸۷	۷/۳۰	۱/۶۶	۱۲/۷۰	سوء استفاده جسمانی
۴/۸۳	۸/۴۰	۴/۱۰	۱۵/۰۳	سوء استفاده جنسی
۷/۴۳	۱۹/۶۰	۴/۵۶	۲۷/۸۳	غفلت هیجانی
۲/۳۷	۱۴/۶۰	۵/۷۳	۲۰/۹۳	غفلت جسمانی

شفاخته

جدول ۳- آزمون تحلیل واریانس چند متغیره تروماهای دوران کودکی برای دو گروه بیمار و سالم.

اثر	شاخص	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۶۰۴	۱۶/۴۴	۵	۵۴	۰/۰۰۰	۰/۶۰۴

شفاخته

استفاده جسمانی به چه میزان می‌تواند واریانس متغیر ملاک را تبیین نماید، ادامه یافته‌های حاصل از تحلیل، مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۵- مشخصات متغیرهای ورودی به معادله پیش‌بینی.

گام	متغیر	ضریب تحمل	F خروج
۱	سوء استفاده جسمانی	۱	۷۹/۱۳

شفاخته

ارزش ویژه، قدرت تمیز قائل شدن تابع تشخیص بین طبقات را نشان می‌دهد. یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که تابع در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. این یافته به این معناست که این تابع توانایی پیش‌بینی جایگاه افراد در هر یک از دو گروه را به طور معنی داری دارد. با به توان رساندن همبستگی استاندارد، تابع نشان می‌دهد که می‌تواند ۵۷ درصد از واریانس متغیر ملاک را تبیین نماید.

جدول ۶- خلاصه یافته‌های ارزش ویژه.

تابع	مقدار ویژه	درصد واریانس	همبستگی استاندارد
۱	۱/۳۶	۱۰۰/۰	۰/۷۶۰

شفاخته

جدول ۷- خلاصه یافته‌های آزمون تابع.

تابع	لامبدای ویلکز	مربع کای	درجه آزادی	سطح معنی داری
۱	۰/۴۲۳	۴۹/۴۷	۱	۰/۰۰۰

شفاخته

در ادامه برای پی بردن به میزان دقت تابع تشخیص، پیش‌بینی جایگاه افراد بر اساس میانگین نمرات استاندارد حاصل از تابع تشخیصی، تعیین و جایگاه واقعی آن‌ها (معتاد جنسی و افراد هنجار) مقایسه شد. نتایج نشان داد، درجه حساسیت نمرات استاندارد حاصل از تابع تشخیصی برای گروه معتادان جنسی ۹۶/۷ درصد و برای گروه هنجار ۸۰ درصد است. به این معنا که

تحلیل واریانس تک متغیره در جدول ۴ نشان داد که در هر چهار نوع ترومای دوران کودکی، بین دو گروه تفاوت معنی دار دیده می‌شود ($P < 0.01$). بنابراین بر اساس میانگین‌های حاصل شده، معتادان جنسی در همه انواع ضربه‌های دوران کودکی تجارب ناخوشایند بیشتری را نسبت به افراد هنجار داشته‌اند.

جدول ۴- آزمون تحلیل واریانس تک متغیره نمرات آزمون ترومای دوران کودکی در دو گروه بیمار و سالم ($P < 0.01^*$).

مقیاس	F	سطح معنی داری
سوء استفاده هیجانی	۵۵/۷۳	*۰/۰۰۰
سوء استفاده جسمانی	۷۹/۱۳	*۰/۰۰۰
سوء استفاده جنسی	۳۲/۷۷	*۰/۰۰۰
غفلت هیجانی	۲۶/۷۱	*۰/۰۰۰
غفلت جسمانی	۳۱/۲۴	*۰/۰۰۰

شفاخته

در ادامه برای مشخص کردن قابلیت پیش‌بینی ضربه‌های دوران کودکی برای تشخیص گروه معتادان جنسی از افراد هنجار، تحلیل تشخیصی گام به گام انجام گرفت. قبل از انجام تحلیل، بررسی مفروضه اولیه این تحلیل، یعنی آزمون تساوی ماتریس‌های کوواریانس باکس ($P = 0.20, M = 4/41$) نشان داد که داده‌ها کیفیت و شرایط لازم برای ورود به این تحلیل را دارند. فرایند تحلیل تشخیصی گام به گام به نحوی است که ترتیب ورود متغیرها در معادله پیش‌بین بر اساس بالاتر بودن ضریب همبستگی هر متغیر مستقل با متغیر ملاک است.

جدول ۵ نشان می‌دهد که ضربه دوران کودکی سوء استفاده جسمانی وارد معادله تحلیل تشخیصی شده و بقیه متغیرها از معادله حذف شده‌اند. برای مشخص شدن اینکه تابع تشکیل یافته بر اساس متغیر سوء

شده است که غفلت و سوء استفاده هیجانی به صورت معنی داری منجر به بی توجهی به هیجانات کودک شده و صدمات جبران ناپذیری در رشد کودک به بار می آورد (۸) چرا که فرصتی برای رسیدگی به نیازهای هیجانی کودک همچون محبت، همدلی و حمایت باقی نمی گذارد تا جایی که این صدمات به زندگی بزرگسالی نیز گسترش می یابد. (۳۰) از ویژگی های افرادی که محرومیت هیجانی دارند این است که از روابط صمیمانه با دیگران اجتناب می کنند و از طرفی اجتناب از صمیمیت جزء جدایی ناپذیر اختلال اعتیاد جنسی است. معتادان جنسی در صمیمیت مشکل دارند و این اختلال به عنوان اختلال در صمیمیت شناخته می شود (۶).

طبق یافته های این پژوهش ترومای سوء استفاده جنسی دوران کودکی نیز به میزان بیشتری در معتادان جنسی نسبت به افراد هنجار تجربه می شود. سوء استفاده جنسی دوران کودکی اغلب به عنوان یک مشکل بزرگ برای قربانیان محسوب می شود که عواقب پایداری نیز برای آن ها به دنبال دارد (۱۳). سوء استفاده جنسی از کودک موجب شکل گیری احساسی در قربانی می شود که همیشه یک نفر می خواهد حق او را بخورد و از او سودجویی کند و همین امر موجب بی اعتمادی و عدم صمیمیت در روابط معتاد جنسی می شود (۱۳). در واقع شکل گیری یک رابطه جنسی و یا ازدواج می تواند بازنمایی از یک دوره بحرانی برای معتاد جنسی باشد. تحقیقات نشان داده اند که قربانیان سوء استفاده جنسی در شکل دهی روابط نزدیک مشکلاتی دارند و ناپایداری بیشتری در روابطشان تجربه می کنند (۳۱).

همچنین نتایج این پژوهش نشان می دهد که سوء استفاده جسمانی و غفلت جسمانی نیز در دوران کودکی در معتادان جنسی بیشتر از افراد هنجار تجربه شده است. بد رفتاری جسمانی، محیط بسیار ترسناک و تهدید کننده ای برای کودک ایجاد می کند و کودک در این چنین محیطی نمی تواند احساس امنیت کند و از جهان کناره گیری کرده و در تنهایی فرو می رود. از سوی دیگر بد رفتاری جسمانی موجب می شود که فرد احساس اجبار کند که اختیار و کنترل خود را به دیگران واگذار کند و احساس کند که احساسات و خواسته های وی بی ارزش هستند (۱۴).

یافته های این مطالعه نشان داد پیش بینی اعتیاد جنسی بر اساس ترومای جسمانی دوران کودکی امکان پذیر است. از میان پنج نوع ترومای دوران کودکی سوء استفاده جسمانی قدرت تشخیصی زیادی را برای پیش بینی قرار گرفتن افراد در گروه معتادان جنسی دارد و می تواند به عنوان یک متغیر پیش بینی کننده در دوران کودکی عمل کند و شانس قرار گرفتن کودک در گروه معتادان جنسی را پیش بینی کند. بد رفتاری

تابع می تواند جایگاه ۹۶/۷ درصد از معتادان جنسی و ۸۰ درصد از افراد عادی را درست پیش بینی کند. با این میزان اختصاصی بودن تابع ۳/۳ درصد است. به این معنا که تابع ممکن است ۳/۳ درصد از معتادان جنسی را به اشتباه به عنوان افراد هنجار طبقه بندی کند. به طور متوسط این تابع در پیش بینی گروه های واقعی معتادان جنسی و افراد هنجار در ۹۶/۷ درصد موارد صحیح عمل می کند.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به دنبال مقایسه تروماهای دوران کودکی در افراد مبتلا به اعتیاد جنسی و افراد سالم و تعیین قدرت پیش بینی تروماهای دوران کودکی در تعیین احتمال ابتلاء به اعتیاد جنسی بود.

یافته های این مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به اعتیاد جنسی در مقایسه با افراد سالم دارای تروماهای دوران کودکی بیشتری هستند و بیانگر این نکته است که معتادان جنسی در هر پنج نوع ترومای دوران کودکی یعنی سوء استفاده هیجانی، سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی، تجربیات بیشتر و شدیدتری نسبت به گروه هنجار داشته اند. تروماهای دوران کودکی مشتمل بر انواع مختلفی از سوء استفاده و غفلت در دوران کودکی می شود که اهمیت آسیب شناسی روانی قابل ملاحظه ای دارند، زیرا آن ها در رابطه ای اتفاق می افتند که انتظار می رود حمایت کننده، سرپرستی کننده و تربیت کننده باشد (۲۹). کودکانی که در خانواده های غافل و سوء استفاده کننده رشد می کنند، در محیط هایی پرورش می یابند که در ارائه فرصت های پایدار و مناسب جهت رشد و تکامل شکست می خورند و در عوض مکان هایی پر از خطر و صدمات فیزیکی و هیجانی هستند (۲۹).

نتایج این پژوهش با یافته های بن هوگز (۲۵) و مسمن و رومال^{۲۱} (۱۲) همسو است. بن هوگز در مطالعه خود روی ۶۰ بیمار مبتلا به اعتیاد جنسی دریافت این اختلال اغلب با تجارب درد آور دوران کودکی مرتبط است و این بیماران تروماهای دوران کودکی بیشتری را نسبت به افراد عادی تجربه کرده اند. مسمن و رومال هم در مطالعه روی دانشجویان کالج نشان دادند که دانشجویانی که رفتارهای کنترل نشده و افراطی جنسی دارند نسبت به دانشجویان دیگر در دوران کودکی خود تجارب درد آور بیشتر و شدیدتری را تجربه کرده اند.

بر اساس یافته های این مطالعه، سوء استفاده و غفلت هیجانی یکی از تروماهایی است که معتادان جنسی بیشتر از افراد هنجار تجربه کرده اند. سوء استفاده و غفلت هیجانی با پیامدهای روانشناختی قدرتمند و دیرپایی همچون احساس بی ارزشی و بازدارنده هیجانی ارتباط دارد (۲۱). اکنون دیگر این موضوع کاملاً پذیرفته

²¹ Roemmele and Messman

گروه می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سعی شود از نمونه گسترده‌تر استفاده شود تا امکان تعمیم دقیق‌تر نتایج امکان پذیر باشد. با توجه به نقش متغیرهای میانجی همچون حمایت اجتماعی و خانوادگی، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی به تأثیر این متغیرهای واسطه‌ای در بروز و جلوگیری از بروز طرحواره‌های ناکارآمد در معنادان جنسی بپردازند.

جسمانی خشم زیادی را در کودک به وجود می‌آورد که باعث اضطراب کودک می‌شود و در بزرگسالی فرد با پناه بردن به فعالیت افراطی جنسی با احساسات حقارت و اضطراب خود مقابله می‌کند (۳۲). این پژوهش مانند دیگر پژوهش‌های حوزه علوم انسانی دارای محدودیت‌هایی است. از جمله تعداد محدود شرکت کنندگان که به دلیل دسترسی بسیار مشکل به این

منابع

1. Rezaei FO, Abbasi Q, Naziri M. Schema preliminary determination in women with addiction related species. *Quarterly of Women and Society*. 2013; 4(2): 83-95.
2. Juhnke GA, Hagedorn WB. *Counseling addicted families: an integrated assessment and treatment model*. Routledge. 2013.
3. Levine MP, Troiden RR. The myth of sexual compulsivity. *J Sex Res*. 1988; 25(3): 347-63.
4. Kaplan H, Sadock BJ, Rezaee F. *Synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry*. Tehran: Arjmand publications. 2015.
5. Manley G. Treating chronic sexual dysfunction in couples recovering from sex addiction and sex coaddiction. *Sex Addict Compulsivity*. 1999; 6(2): 111-24.
6. Adams KM, Robinson DW. Shame reduction, affect regulation, and sexual boundary development: essential building blocks of sexual addiction treatment. *Sex Addict Compulsivity*. 2001; 8(1): 23-44.
7. Zahedian FM, Samani S. The role of attachment styles, between parental bonding and self-concept of sexual addiction. *Journal of Clinical Psychology*. 2011; 3(11): 75-90.
8. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl*. 2002; 26(6-7): 697-714.
9. Giugliano J. Out of control sexual behavior: a qualitative investigation. *Sex Addict Compulsivity*. 2006; 13(4): 361-75.
10. Carnes P, Delmonico DL, Griffin E. *In the shadows of the net: breaking free of compulsive online sexual behavior*. 2nd ed. Hazelden Publishing. 2013.
11. Poudat FX. *La dépendance amoureuse: quand le sexe et l'amour deviennent des drogues*. Odile Jacob. 2005.
12. Roemmele M, Messman-Moore TL. Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women. *J Child Sex Abus*. 2011; 20(3): 264-83.
13. Thomas AM. An13-exploration of the relationship between childhood sexual abuse, caregiver support, and maladaptive cognitive schema among incarcerated women. University of Akron. 2008. p.199.
14. Gibb BE. Childhood maltreatment and negative cognitive styles: a quantitative and14-qualitative review. *Clin Psychol Rev*. 2002; 22(2): 223-46.
15. Jellen LK, McCarroll JE, Thayer LE. Child emotional maltreatment: a 2-year study of US army cases. *Child Abuse Negl*. 2001; 25(5): 623-39.
16. Troemé N, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: canadian incidence study of reported child abuse and neglect, selected results*. Ottawa: Canada Minister of Public Works and Government Services. 2001.
17. Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol*. 2003; 71(3): 575-86.
18. Meston CM, Heiman JR, Trapnell PD. The relation between early abuse and adult sexuality. *J Sex Res*. 1999; 36(4): 385-95.
19. Lemieux SR, Byers ES. The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychol Women Q*. 2008; 32(2): 126-44.
20. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *Am J Orthopsychiatry*. 1985; 55(4): 530-41.
21. Wilson HW, Widom CS. An examination of risky sexual behavior and HIV in victims of child abuse and neglect: a 30-year follow-up. *Health Psychol*. 2008; 27(2): 149-58.
22. Webb M, Heisler D, Call S, Chickering SA, Colburn TA. Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2007; 31(11-12): 1143-53.

23. McCall RB, Groark CJ. The future of applied child development research and public policy. *Child Dev.* 2000; 71(1): 197-204.
24. Earle R, Crow G, Osborn K. Lonely all the time: recognizing, understanding, and overcoming sex addiction, for addicts and co-dependents. *Bradt Travel Guides.* 1990.
25. Hughes B. Understanding 'sexual addiction' in clinical practice. *Procedia Soc Behav Sci.* 2010; 5: 915-9.
26. Carnes P, Green B, Carnes S. The same yet different: refocusing the sexual addiction screening test (SAST) to reflect orientation and gender. *Sex Addict Compulsivity.* 2010; 17(1): 7-30.
27. Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *J Affect Disord.* 2011; 130(1-2): 205-8.
28. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, et al. Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69(4): 584-96.
29. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes☆. *Child Abuse Negl.* 2002; 26(6-7): 679-95.
30. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide.* Guilford Press. 2003.
31. Vaillancourt-Morel M-P, Godbout N, Labadie C, Runtz M, Lussier Y, Sabourin S. Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2015; 40: 48-59.
32. Polaschek DL, Ward T. The implicit theories of potential rapists: what our questionnaires tell us. *Aggress Violent Behav.* 2002; 7(4): 385-406.