

## مقایسه خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیر مبتلا

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۷

### خلاصه

#### 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 مطالعه‌ی حاضر بررسی مقایسه خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیر مبتلا بود.

#### روش کار

این مطالعه به صورت علی-مقایسه‌ای با روش نمونه‌گیری هدفمند روی ۵۰ نفر دارای اختلال اعتیاد جنسی و ۵۰ غیرمبتلا هم‌متا شده به لحاظ سن و تحصیلات انتخاب شدند. ابزارهای به کار گرفته شده آزمون تجدیدنظر شده غربالگری اعتیاد جنسی (SAST-R) کارنز و همکاران، پرسشنامه خودپنداره (SCQ) راجرز و پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ-SF) برنشتاین و همکاران بوده است. در مطالعه حاضر، از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شده است.

#### نتایج

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که بین خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا تفاوت وجود دارد؛ به این صورت که افراد دارای اختلال اعتیاد جنسی دارای نمرات بالاتری در خودپنداره منفی و ترومای کودکی نسبت به افراد غیرمبتلا بودند.

#### نتیجه‌گیری

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.

#### کلمات کلیدی

خودپنداره، تروماهای کودکی، اختلال اعتیاد جنسی  
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مریم بهریان<sup>۱</sup>

دکتر سیمین بشردوست<sup>۲\*</sup>

دکتر هایثده صابری<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Email: s.bashardoust@riau.ac.ir

## مقدمه

مختلفی بر اعتیاد جنسی نقش دارند که از جمله آنها می‌توان به خودپنداره اشاره کرد (۱۰). خودپنداره شامل خودباوری در مورد ویژگی‌های فیزیکی، ویژگی‌های شخصیتی، توانایی‌ها، رفتارها، احساسات و افکار، ارزش‌ها، اهداف و نقش‌ها است (۱۱). خودپنداره به عنوان یک ساختار پیچیده و اغلب شناختی از تعمیمات شخص به خود که شامل ویژگی‌ها، توانایی‌ها، دانش، ارزش‌ها، نگرش‌ها، نقش‌ها و دیگر موضوعاتی که افراد خود را تعریف کرده و پیوسته داده‌های خود را در آن یکپارچه می‌کنند (۱۲). ضمن اینکه خودپنداره جنسی به صورت پیچیده‌ای با رفتار و نگرش جنسی افراد در ارتباط است و آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ملاک تصمیم‌گیری و ارزیابی رفتارهای جنسی فرد در حال و آینده می‌باشد (۱۳ و ۱۴).

از سوی دیگر برخی پژوهشگران فرضیه‌ای را مطرح کرده‌اند که افراد مبتلا به اعتیاد جنسی بیشتر در معرض تجارب آسیب‌زای خانوادگی مانند سوء استفاده جنسی در دوران کودکی هستند (۱۵). به طوری که گفته شده است که افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی بیشتر از افراد غیرمبتلا رفتارهای خشونت‌آمیز را در بزرگسالی تجربه کرده یا در معرض آن قرار گرفته‌اند (۱۶). این مطالعات نشان می‌دهد که ناملایمات دوران کودکی یک عامل خطر مهم برای اختلال اعتیاد جنسی است (۱۷). 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 (۱۸). افزون بر این قربانی شدن جنسی، به طور خاص، سوء استفاده

اعتیاد جنسی<sup>۱</sup> یک الگوی رفتاری است (۱) و در مورد چگونگی تعریف، ارزیابی یا درمان آن اتفاق نظر وجود ندارد و در نتیجه از اصطلاحات مختلفی استفاده می‌شود، از جمله وابستگی جنسی<sup>۲</sup>، رفتار جنسی اجباری<sup>۳</sup>، فزون کنشی جنسی<sup>۴</sup> و اعتیاد جنسی (۲). بر اساس معیارهای پیشنهاد شده توسط کارنز<sup>۵</sup> این اعتیاد را می‌توان به عنوان از دست دادن کنترل بر روی افزایش فعالیت جنسی، همراه با حالات هیجانی شدید و ناپایدار خلاصه کرد. بر اساس دیدگاه کارنز اضطراب و افسردگی آنها اغلب با سایر اختلالات روانی آسیب‌شناختی مانند رفتارهای اعتیاد آور همراه هستند (۳). به طور خاص، آنها به شدت با رفتارهای جنسی اعتیاد آور مرتبط توصیف شدند (۴ و ۵). در واقع، از منظر نظری، مدل اعتیاد جنسی پیشنهاد شده توسط کارنز (۳) پیشنهاد کرده است که رفتارهای جنسی به طور مکرر توسط افراد به عنوان خود درمانی برای مدیریت حالات خلقی ناخوشایند، به ویژه افسردگی و اضطراب، مورد سوء استفاده قرار می‌گیرد (۱). در سطح نوزووگرافی (علوم توصیف سندرم‌ها)، برخلاف در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم (DSM-5)، که این اعتیاد را به دلیل داده‌های تجربی ناکافی در بر نداشت (۶)، یازدهمین نسخه از طبقه‌بندی بیماری‌های منتشر شده (ICD-11)<sup>۷</sup> از اصطلاح اختلال رفتار جنسی اجباری<sup>۸</sup> برای تعریف آن استفاده کرد (۷ و ۸).

اختلال رفتار جنسی اجباری در اختلالات کنترل تکانه<sup>۹</sup> گنجانده شده است. این اختلال با یک الگوی مداوم شکست در کنترل تکانه‌ها یا امیال جنسی شدید و مکرر که منجر به رفتار جنسی مکرر می‌شود، در طی یک دوره طولانی (مثلاً ۶ ماه یا بیشتر) مشخص می‌شود که باعث ناراحتی یا آسیب قابل توجه در امور مختلف زندگی فرد می‌شود (۹). عوامل

6. diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup>ed)

7. International Classification of Diseases, 11<sup>th</sup> revision (ICD-11)

8. Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD)

9. impulse control disorders

1. sexual addiction

2. sexual dependence

3. compulsive sexual behavior

4. hypersexuality disorder

5. Carnes

تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا وجود دارد؟

### روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد دارای اختلال اعتیاد جنسی ساکن شهر تهران در دامنه سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. از آنجایی که در تحقیقات علی-مقایسه‌ای حجم هر گروه ۳۰ نفر مناسب دانسته شده است، در این پژوهش نیز حجم هر گروه ۳۰ نفر انتخاب شد (افراد دارای اختلال اعتیاد جنسی ۳۰ نفر و افراد غیرمبتلا ۳۰ نفر). روش نمونه‌گیری هدفمند<sup>۳</sup> بود. رضایت آگاهانه افراد شرکت کننده، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، نداشتن بیماری‌های جسمانی و روانشناختی بر اساس گزارش خود فرد و کسب نمره ۸ و بیشتر در آزمون اعتیاد جنسی (۲۶) از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. 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 از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در ۲ گروه مورد نظر (افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی و افراد غیرمبتلا) از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) استفاده شد. ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ بود.

### ابزار پژوهش

**آزمون تجدیدنظر شده غربالگری اعتیاد جنسی (SAST-R):** این آزمون توسط کارنز و همکاران در سال ۲۰۱۰ شامل ۱۷ سوال تهیه شده است و نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف ۲ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود (۲۶) به این صورت که به گزینه بله ۱ نمره و گزینه خیر ۰ نمره داده می‌شود (۲۷). نقطه برش هر مولفه نمره ۲ و بیشتر است و نقطه

جنسی از کودکان، با رفتار اجباری و اعتیادی جنسی مرتبط است (۱۹).

همچنین ترومای کودکی نیز نقش مهمی در اعتیاد جنسی می‌تواند داشته باشد به طوری که کودکان مورد آزار جنسی نسبت به گروه کنترل از خودپنداره ضعیف، حمایت اجتماعی پایین و آسیب شناسی روانی بالاتری برخوردار هستند (۲۰). بر اساس یک پژوهش که بر روی افراد مبتلا به نیمفومانیا (میل خاموش ناپذیر برای برقراری تماس مکرر جنسی با بسیاری از شرکا بدون درگیری عاطفی عمیق) انجام شده است نشان دادند که افراد مبتلا به میل شدید به تماس مکرر جنسی، سابقه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی داشتند و افراد مبتلا به دلیل درگیری در این رفتار به دلیل یک استرس محیطی مانند تروما یا سوء استفاده جنسی، به نیمفومونی مبتلا شده بودند (۲۱). در مجموع با توجه به آنچه گفته شد بر اساس تحقیقات، اعتیاد جنسی با انواع مختلفی از اختلالات روانشناختی و روانپزشکی همبند است، به طوری که ۴۰ درصد معتادان جنسی از اختلالات اضطرابی، ۷۰ درصد از اختلالات خلقی، ۳۰ تا ۵۰ درصد از سوءمصرف مواد مخدر، ۲ درصد از اختلالات خوردن، ۱۳ درصد اجبار در خرج کردن و ۵ درصد از قماربازی اجباری رنج می‌برند (۲۲ و ۲۳). بنابراین اختلال اعتیاد جنسی یک اختلال بالینی جدی است. این مشکل با پیامدهای مخرب در صورت عدم درمان می‌تواند تأثیر منفی بر رفاه اجتماعی، شغلی و روانی داشته باشد. به طوری که تحقیقات نشان داده است که اختلال اعتیاد جنسی می‌تواند با پورنوگرافی آنلاین در افراد همراه باشد (۲۴) و اختلال مصرف مواد مخدر و الکل نیاز همراه است (۲۵). لذا بر اساس آنچه گفته شد مقایسه خودپنداره و ترومای کودکی این افراد با افراد سالم می‌تواند نتایج کاربردی داشته باشد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که چه تفاوتی در خودپنداره و

4. Sexual Addiction Screening Test-Revised (SAST-R)

1. nymphomania  
2. eating disorder  
3. purposive

برش کل پرسشنامه نمره ۸ و بالاتر است (۲۶). 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، راهب‌ها ۰/۸۸، مردان جنسی مرخص شده از بیمارستان ۰/۹۰ و مردان معتاد جنسی بستری ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند (۲۷). در ایران 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 صورتی به وسیله متخصصان با محاسبه همبستگی پیرسون نمره زیرمقیاس اصلی و چهار زیرمقیاس پرسشنامه با نمره کل ۰/۷۲ گزارش شده است (۱۰). در خارج از کشور روایی ملاکی از نوع همزمان این آزمون بررسی و ضریب همبستگی آن با مقیاس پرونوگرافی (۲۸) بررسی و ضریب همبستگی ۰/۵۹ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (۲۹). در یک پژوهش دیگر برای بررسی پایایی آزمون از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۴). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ گروه افراد دارای اختلال جنسی ۰/۸۵ و ضریب گروه افراد غیرمعتاد ۰/۹۱ به دست آمده است.

**پرسشنامه خودپنداره (SCQ):** این مقیاس توسط راجرز در سال ۱۹۶۱ تهیه شده است به منظور سنجش خودپنداره افراد راجرز دو فرم جداگانه الف و ب را درست کرده است. نسخه الف، نگرش فرد نسبت به خود واقعی<sup>۳</sup> را با سوال‌های ۱ تا ۲۵ و نسخه ب، نگرش فرد را نسبت به خود ایده‌آل<sup>۴</sup> با سوال‌های ۲۶ تا ۵۰ می‌سنجد. هر دو نسخه ۲۵ جفت صفت

شبه به هم دارد که به صورت متضاد در مقابل یکدیگر قرار گرفته‌اند و روی هم ۵۰ سوال را تشکیل می‌دهند. در فاصله بین هر دو صفت متضاد در فرم‌ها، یک مقیاس ۷ درجه‌ای وجود دارد (۳۰). این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۷ گزینه-ای به روش لیکرت از نمرات ۱ تا ۷ مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بعد از نمره‌گذاری و محاسبه نمره کل هر فرد با توجه به نمره به دست آمده نوع خودپنداره مشخص می‌شود. نمره کل ۰ تا ۷ نشان‌دهنده خودپنداره مثبت، نمره ۷ تا ۱۰ مین خودپنداره منفی و نمره بیشتر از ۱۰ نشان‌دهنده خودپنداره نوروپیک است (۳۱). روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است به طور مثال در پژوهش در یک پژوهش ضریب کلی آلفای کرونباخ در مورد گروه نمونه ۱۲۱ نفری که به تصادف از بین نمونه اصلی انتخاب شده بودند، برای خود واقعی و خود ایده‌آل به ترتیب ۰/۹۲۷ و ۰/۹۴۸ به دست آمد (۳۰). در یک پژوهش ضرایب روایی مقیاس خودپنداره راجرز محاسبه شد، به این ترتیب که نمرات حاصل از مقیاس مذکور با نمره‌های حاصل از پرسشنامه سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی (۳۲) همبسته شد و ضریب همبستگی به دست آمده به عنوان شاخص روایی ملاکی از نوع همزمان در نظر گرفته شد که مقدار آن برابر ۰/۲۵ و معنادار در سطح ۰/۰۱ بود که حاکی از روایی ملاکی رضایت بخش مقیاس مذکور می‌باشد (۳۳). پایایی این ابزار در یک پژوهش نیز بررسی شده است و آلفای کرونباخ برای فرم الف ۰/۷۲ و برای فرم ب ۰/۷۰ به دست آمده است (۳۱). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ گروه افراد دارای اختلال جنسی ۰/۷۶ و ضریب گروه افراد غیرمعتاد ۰/۸۰ به دست آمده است.

۵. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

۶. short form of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF)

۷. Bernstein

۱. brief pornography screen

۲. Self-Concept Questionnaire (SCQ)

۳. the real

۴. self-ideal

سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۳۸). در یک پژوهش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۹۰ تا ۰/۹۶ به دست آمده است (۳۹). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ گروه افراد دارای اختلال جنسی ۰/۹۰ و ضریب گروه افراد غیر معتاد ۰/۸۶ به دست آمده است.

### نتایج

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی ۳۴/۴۷ و ۶/۵۶۴ و میانگین و انحراف معیار سن افراد غیرمبتلا ۳۵/۸۷ و ۶/۵۰۱ بود. میزان آماره تی مستقل بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی دو گروه در متغیر سن برابر با  $t\text{-test} = -۰/۸۳۰$  می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد (sig=۰/۴۱۰) که نشان دهنده همتا بودن ۲ گروه مبتلا و غیرمبتلا می باشد. در گروه افراد مبتلا ۱۳ نفر (۴۳/۳۳ درصد) دیپلم، ۷ نفر (۲۳/۳۳ درصد) کارشناسی، ۷ نفر (۲۳/۳۳ درصد) کارشناسی ارشد و ۳ نفر (۱۰ درصد) دکترا بودند. در گروه افراد غیرمبتلا ۱۲ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۸ نفر (۲۶/۶۷ درصد) کارشناسی، ۶ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی ارشد و ۴ نفر (۱۳/۳۳ درصد) دکترا بودند. میزان خی دو بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های دو گروه در متغیر وضعیت تحصیلات برابر با  $\chi^2 = ۰/۳۲۶$  می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد (P=۰/۹۵۵) که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر تحصیلات می باشد.

شده است و شامل ۲۸ سوال و پنج مولفه آزار عاطفی<sup>۱</sup>، سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی<sup>۵</sup> با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه گیری می کند (۳۴). سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه ها جای نمی گیرند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد (۳۵). نمرات بین حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودک در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۳۴). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی ملاکی آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (۳۶) بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۳۷). در سایر پژوهش ها روایی ملاکی از نوع همزمان آن با پرسشنامه افسردگی بک (۳۲) به با ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۳ و معنی دار در

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

افراد غیرمبتلا		افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی		متغیرهای وابسته
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲/۱۲۸	۳/۵۷	۱/۳۳۷	۷/۲۷	خودپنداره
۲/۰۶۳	۸/۲۳	۲/۷۲۸	۹/۹۳	آزار عاطفی
۱/۹۸۳	۸/۷۳	۲/۸۶۴	۱۱/۷۳	آزار جنسی
۲/۴۶۵	۸/۸۳	۲/۷۶۳	۱۰/۴۷	آزار فیزیکی

4. emotional neglect

5. physical neglect

1. emotional abuse

2. sexual abuse

3. physical abuse

غفلت عاطفی	۹/۵۰	۲/۲۲۴	۷/۸۳	۲/۰۰۱
غفلت جسمی	۱۰/۴۳	۲/۵۴۲	۸/۲۷	۲/۲۱۲

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه از افراد نمونه را نشان می‌دهد. جدول ۴- نتیجه آزمون چولگی، کشیدگی و کلموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمرات را نشان می‌دهد.

جدول ۲- نتیجه آزمون چولگی، کشیدگی و کلموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمرات

متغیرهای وابسته	چولگی		کشیدگی		معناداری
	آماره	خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد	
خودپنداره	-۰/۰۷۶	۰/۲۴۱	-۱/۱۷۳	۰/۴۷۸	۰/۱۵۹
آزار عاطفی	-۰/۰۲۶	۰/۲۴۱	-۱/۲۴۹	۰/۴۷۸	۰/۲۰۱
آزار جنسی	۰/۰۵۲	۰/۲۴۱	-۱/۲۳۳	۰/۴۷۸	۰/۱۳۶
آزار فیزیکی	-۰/۰۲۸	۰/۲۴۱	-۱/۱۴۷	۰/۴۷۸	۰/۱۶۹
غفلت عاطفی	-۰/۱۳۱	۰/۲۴۱	-۱/۰۳۴	۰/۴۷۸	۰/۰۸۲
غفلت جسمی	-۰/۲۴۳	۰/۲۴۱	-۰/۸۱۱	۰/۴۷۸	۰/۱۰۹

نتایج جدول ۲- آزمون کلموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای را نشان می‌دهد که همانگونه که مشاهده می‌شود توزیع نمرات متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشند. از آنجایی سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هستند ( $P < ۰/۰۵$ )، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال می‌باشند. همچنین جدول ۲- نتیجه آزمون چولگی و کشیدگی برای نرمال بودن توزیع نمرات را نشان می‌دهد که مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه نرمال قرار دارند. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. لذا می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرده نتایج حاصل از این آزمون‌های آماری قابل اطمینان است. در ادامه برای مقایسه خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳- خلاصه آزمون‌های چندمتغیری خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا

آزمون‌های چند متغیره	مقادیر	F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
ردگیری پیلای	۰/۶۹۱	۱۹/۷۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱	۰/۹۹۹
ویلکز لامبدا	۰/۳۰۹	۱۹/۷۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱	۰/۹۹۹
ردگیری هوتلینگ	۲/۲۳۴	۱۹/۷۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۲/۲۳۴	۱۹/۷۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱	۰/۹۹۹

با توجه به جدول ۳- مقدار آزمون‌های چندگانه به ویژه ویلکز لامبدا (۰/۳۰۹) و F محاسبه شده (۱۹/۷۳۱) می‌توان فرض پژوهش را مورد تایید قرار داد. به عبارت دیگر در دو گروه افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا از نظر خودپنداره و تروماهای

کودکی تفاوت معنی داری وجود دارد. در ادامه اثرات بین متغیرهای پژوهش به صورت تفکیکی با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره در جدول ۴- آمده است.

جدول ۴- نتایج اثرات بین خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	ضریب توان	توان آماری
خودپنداره	۲۰۵/۳۵۰	۱	۶۵/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲۸	۰/۹۹۹
آزار عاطفی	۴۳/۳۵۰	۱	۷/۴۱۲	۰/۰۰۹	۰/۱۱۳	۰/۷۶۳
آزار جنسی	۱۳۵/۰۰۰	۱	۲۲/۹۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳	۰/۹۹۷
آزار فیزیکی	۴۰/۰۱۷	۱	۵/۸۳۷	۰/۰۱۹	۰/۰۹۱	۰/۶۶۱
غفلت عاطفی	۴۱/۶۶۷	۱	۹/۳۰۷	۰/۰۰۳	۰/۱۳۸	۰/۸۵۱
غفلت جسمی	۷۰/۴۱۷	۱	۱۲/۴۰۵	۰/۰۰۱	۰/۱۷۶	۰/۹۳۴

قبلی همسویی دارد (۱۳، ۱۴ و ۲۰). در تبیین تفاوت خودپنداره در افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا می توان گفت که افراد دارای اعتیاد جنسی زمانی که در حالت شدید برانگیختگی جنسی قرار دارند، احتمالاً تعلیق پردازش شناختی منطقی را تجربه می کنند (۴۰). این نشان می دهد که افراد دارای اعتیاد جنسی حتی در بررسی عواقب رفتار جنسی خود با مشکل بیشتری مواجه اند و به همین ترتیب، پس از انجام اعمال جنسی، این افراد احساس ناسازگاری جنسی بیشتری می کنند که به ناراحتی روانی ناشی از تنش بین اعتیاد جنسی و باورها و ارزش های شخصی شان اشاره دارد (۴۱). همچنین نول و همکاران (۴۲) نشان داده اند که افراد دارای اعتیاد جنسی میزان سرزنش خود بالاتری نسبت به افراد غیرمبتلا دارند. به طوری که در تحقیقات دیگر نیز نقش سرزنش خود در بروز مشکلات جنسی نشان داده شده است (۴۰). چنین نتایجی از یافته های قبلی حمایت می کند که نشان می دهد یکی احساسات پیش بینی کننده اعتیاد جنسی، خود سرزنش گری است که با انتقاد شدید از خود مشخص می شود و همچنین می تواند به عنوان بخشی از شرم مفهوم سازی شود که این شرم می تواند بر بروز

نتایج جدول ۴- نشان داد که بین خودپنداره (sig=۰/۰۰۱)، عاطفی (F=۶۵/۰۰۱) و تروماهای کودکی شامل آزار عاطفی (F=۷/۴۱۲، sig=۰/۰۰۹)، آزار جنسی (sig=۰/۰۰۱)، آزار فیزیکی (F=۲۲/۹۱۳، sig=۰/۰۱۹)، غفلت عاطفی (F=۵/۸۳۷، sig=۰/۰۱۹) و غفلت جسمی (F=۹/۳۰۷، sig=۰/۰۰۳) و غفلت جسمی (F=۱۲/۴۰۵، sig=۰/۰۰۱) افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا تفاوت وجود دارد؛ به این صورت که افراد دارای اختلال اعتیاد جنسی دارای نمرات بالاتری در خودپنداره منفی و ترومای کودکی نسبت به افراد غیرمبتلا بودند.

### بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی مقایسه خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا بود. نتایج نشان داد که بین خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا تفاوت وجود دارد؛ به این صورت که افراد دارای اختلال اعتیاد جنسی دارای نمرات بالاتری در خودپنداره منفی نسبت به افراد غیرمبتلا بودند. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات

روانشناختی قدرتمند و دیرپایی همچون احساس بی ارزشی و بازداری هیجانی ارتباط دارد (۴۶). اکنون دیگر این موضوع کاملاً پذیرفته شده است که غفلت و سوء استفاده هیجانی به صورت معنی‌داری منجر به بی توجهی به هیجانات کودک شده و صدمات جبران‌ناپذیری در رشد کودک به بار می‌آورد؛ چرا که فرصتی برای رسیدگی به نیازهای هیجانی کودک همچون محبت، همدلی و حمایت باقی نمی‌گذارد تا جایی که این صدمات به زندگی بزرگسالی نیز گسترش می‌یابد (۴۷).

همچنین از ویژگی‌های افرادی که محرومیت هیجانی دارند این است که از روابط صمیمانه با دیگران اجتناب می‌کنند و از طرفی اجتناب از صمیمیت جزء جدایی‌ناپذیر اختلال اعتیاد جنسی است. معتادان جنسی در صمیمیت مشکل دارند و این اختلال به عنوان اختلال در صمیمیت شناخته می‌شود (۴۸). این یافته‌ها همگی همسو با نتایج تحقیقاتی است که نشان داده‌اند که سوء استفاده جنسی کودکی نقش مهمی در بروز رفتارهای اعتیادی جنسی دارد (۱۹ و ۴۹). همچنین پارسونز<sup>۱</sup> و همکاران (۵۰) نشان داده‌اند که مردانی که اجبار جنسی را گزارش می‌کنند دو برابر بیشتر از سایر مردان احتمال دارد که سوء استفاده و ترومای کودکی را تجربه کنند. همچنین به نظر می‌رسد مردانی که در نوجوانی یا بزرگسالی سوء استفاده جنسی را تجربه کرده‌اند، نسبت به سایر مردان، اختلال نعوظ بیشتری را تجربه می‌کنند (۵۱). لذا منطقی است که گفته شود بین تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا تفاوت وجود دارد و افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی نمره خودپنداره منفی بالاتری دارند.

این پژوهش مانند دیگر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است، از جمله تعداد محدود شرکت‌کنندگان که به دلیل دسترسی بسیار مشکل به این گروه می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سعی شود از نمونه گسترده‌تر استفاده شود تا امکان تعمیم دقیق‌تر نتایج امکان‌پذیر باشد. در

خودپنداره منفی این افراد تاثیر بگذارند (۴۳). از سوی دیگر می‌توان گفت که افراد مبتلا به اعتیاد جنسی از رفتارهای اجباری جنسی خود به راهی برای فرار از خودپنداره منفی و به عنوان راهی برای مقابله با احساسات منفی خود استفاده می‌کنند (۴۳). لذا افراد، به‌ویژه آنهایی که سوء استفاده و ترومای کودکی را تجربه کرده‌اند، ممکن است یک خودپنداره جنسی منفی داشته باشند (۴۴) که این خودپنداره است بر ادراک آنها از رفتار جنسی تأثیر بگذارد و به رفتارهای جنسی آنان جهت بدهد (۱۹). لذا منطقی است که گفته شود بین خودپنداره افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا تفاوت وجود دارد و افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی نمره خودپنداره منفی بالاتری دارند.

همچنین نتایج نشان داد که بین خودپنداره و تروماهای کودکی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا تفاوت وجود دارد؛ به این صورت که افراد دارای اختلال اعتیاد جنسی دارای نمرات بالاتری در ترومای کودکی نسبت به افراد غیرمبتلا بودند. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی همسویی دارد (۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۹). در تبیین تفاوت تروماهای کودکی در افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی با افراد غیرمبتلا می‌توان گفت که تروماهای دوران کودکی مشتمل بر انواع مختلفی از سوء استفاده و غفلت در دوران کودکی می‌شود که اهمیت آسیب‌شناسی روانی قابل ملاحظه‌ای دارند، زیرا آنها در رابطه‌ای اتفاق می‌افتند که انتظار می‌رود حمایت‌کننده، سرپرستی‌کننده و تربیت‌کننده باشد. کودکانی که در خانواده‌های غافل و سوء استفاده‌کننده رشد می‌کنند، در محیط‌هایی پرورش می‌یابند که در ارائه فرصت‌های پایدار و مناسب جهت رشد و تکامل شکست می‌خورند و در عوض مکان‌هایی پر از خطر و صدمات فیزیکی و هیجانی هستند (۴۵). از سوی دیگر سوء استفاده به ویژه از نوع جنسی و غفلت هیجانی یکی از تروماهایی است که معتادان جنسی بیشتر از افراد هنجار تجربه کرده‌اند. سوء استفاده جنسی و غفلت هیجانی با پیامدهای

<sup>1</sup>. Parsons



جنسی با برگزاری کارگاه‌های روانشناختی خانواده‌ها محور به بهبود مشکلات روانشناختی، هیجانی و عاطفی این افراد کمک کنند.

### تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری 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. در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

استفاده از نتایج باید دقت داشت که یافته‌های این تحقیق، محدود به افراد شرکت‌کننده در شهر تهران بوده است، بنابراین در تعمیم نتایج به دیگر شهرها به دلیل تفاوت‌های قومیتی و فرهنگی باید جانب احتیاط را در تعمیم نتایج رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود برای محدودیت پژوهش این مطالعه بر روی افراد مبتلا به اعتیاد جنسی و افراد غیرمبتلا در دیگر شهرها نیز انجام شود. می‌توان نتیجه‌گیری کرد که 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. 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. لذا به روانشناسان و مشاوران بالینی پیشنهاد می‌شود در زمینه درمان مشکلات افراد مبتلا به اختلال اعتیاد

### References

- Hegbe KG, Réveillère C, Barrault S. Sexual addiction and associated factors: the role of emotion dysregulation, impulsivity, anxiety and depression. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2021; 47(8): 785-803.
- Rosenberg KP, Carnes P, O'Connor S. Evaluation and treatment of sex addiction. *Journal of sex & marital therapy*, 2014; 40(2): 77-91.
- Carnes P. *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Hazelden Publishing. 2001.
- Brem MJ, Shorey RC, Anderson S, Stuart GL. Depression, anxiety, and compulsive sexual behaviour among men in residential treatment for substance use disorders: The role of experiential avoidance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2022; 24(6): 1246-1253.
- Schultz K, Hook JN, Davis DE, Penberthy JK, Reid RC. Nonparaphilic hypersexual behavior and depressive symptoms: A meta-analytic review of the literature. *Journal of sex & marital therapy*, 2014; 40(6): 477-487.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup>ed.)*. Washington, DC. American Psychiatric Press. 2013.
- Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Matsunaga H, Reddy Y, Stein DJ. Impulse control disorders and "behavioural addictions" in the ICD-11. *World Psychiatry*, 2014; 13(2): 125-135.
- World Health Organization. *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. 2018.
- Grubbs JB, Hoagland KC, Lee BN, Grant JT, Davison P, Reid RC, Kraus, SW. Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review*, 2020; 82(1), 1-10.
- Zahedian S, Mohammadi M, Samani S. The role of attachment styles, Parental bonding and self concept in sexual addiction. *Journal of Clinical Psychology*, 2011; 3(3): 65-73. (in Persian)
- Jankowski T, Bak W, Miciuk L. Adaptive self-concept: Identifying the basic dimensions of self-beliefs. *Self and Identity*, 2021; 2(1): 1-36.
- Javani L, Shariartmadar A, Farokhi N. study on relationship between child-parent conflict and student's academic self- concept with their life satisfaction. *QJCR*. 2016; 14 (56): 25-44. (in Persian)
- Hensel DJ, Fortenberry JD, O'Sullivan LF, Orr DP. The developmental association of sexual self-concept with sexual behavior among adolescent women. *Journal of adolescence*, 2011; 34(4): 675-684.

14. Deutsch AR, Hoffman L, Wilcox BL. Sexual self-concept: Testing a hypothetical model for men and women. *The Journal of Sex Research*, 2014; 51(8): 932-945.
15. Långström N, Hanson RK. High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of sexual behavior*, 2006; 35(1): 37-52.
16. Chatzittofis A, Savard J, Arver S, Öberg KG, Hallberg J, Nordström P, Jokinen J. Interpersonal violence, early life adversity, and suicidal behavior in hypersexual men. *Journal of behavioral addictions*, 2017; 6(2): 187-193.
17. Sahithya BR, Kashyap, RS. Sexual Addiction Disorder—A Review With Recent Updates. *Journal of Psychosexual Health*, 2022; 4(2): 95-101.
18. Mikaeili N, Parnian Khooy M. Mediating role of emotional suppression in the relationship between childhood maltreatment, attachment styles and Vulnerability to Addiction in Male Adolescents. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2021; 16(61): 161-176. (Persian)
19. Gewirtz-Meydan A, Opuda E. The impact of child sexual abuse on men's sexual function: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2022; 23(1): 265-277.
20. Slavin MN, Scoglio AA, Blycker GR, Potenza MN, Kraus SW. Child sexual abuse and compulsive sexual behavior: A systematic literature review. *Current addiction reports*, 2020; 7(1): 76-88.
21. Mujawar S, Chaudhury S, Saldanha D, Jafar AK. Nymphomania associated with childhood sexual abuse: A case report. *Journal of psychosexual health*, 2021; 3(2): 187-190.
22. Engel J, Veit M, Sinke C, Heitland I, Kneer J, Hillemacher T, Kruger TH. Same same but different: A clinical characterization of men with hypersexual disorder in the sex@ brain study. *Journal of clinical medicine*, 2019; 8(2): 157-165.
23. De Tubino Scanavino M, Ventuneac A, Abdo CHN, Tavares H, do Amaral MLS. A, Messina B, Parsons JT. Compulsive sexual behavior and psychopathology among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Psychiatry research*, 2013; 209(3): 518-524.
24. Caponnetto P, Maglia M, Prezzavento GC, Pirrone C. 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*, 2022; 19(5): 27-37.
25. Sultana T, Din JS. Compulsive sexual behavior and alcohol use disorder treated with Naltrexone: A case report and literature review. *Cureus*, 2022; 14(6): 1-10.
26. Carnes P, Green B, Carnes S. The same yet different: Refocusing the sexual addiction screening test (SAST) to reflect orientation and gender. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 2010; 17(1): 7-30.
27. Jiang S, Wallace K, Yang E, Roper L, Aryal G, Lee D, Aitchison KJ.. Logistic regression with machine learning sheds light on the problematic sexual behavior phenotype. *medRxiv*, 2022; 1(1): 1-10.
28. Kraus SW, Gola M, Grubbs JB, Kowalewska E, Hoff RA, Lew-Starowicz M, Potenza MN. Validation of a brief pornography screen across multiple samples. *Journal of Behavioral Addictions*, 2020; 9(2): 259-271.
29. Kowalewska E, Gol, M, Lew-Starowicz M, Kraus SW. Predictors of Compulsive Sexual Behavior Among Treatment-Seeking Women. *Sexual Medicine*, 2022; 10(4): 100-125.
30. Samadian S, Bagheryan F, Asgari A. Reliability, validity and standardization the comparative index of inferiority feeling. *Journal of Applied Psychology*, 2017; 11(2): 103-120. (in Persian)
31. Kahe M, Vameghi R, Foroughan M, Bakhshi E, Bakhtyari V. The relationships between self-concept and self-efficacy with self-management among elderly of sanatoriums in Tehran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2018; 13 (1): 28-37. (in Persian)
32. Beck AT, Steer RA. Brown GK. *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996.
33. Nikdel F, Dehghan M, Noushadi N. The mediating role of moral reasoning on the relationship between self-concept and moral metacognition with moral behavior. *Educational Psychology*, 2018; 13(46): 123-143. (in Persian)
34. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 2003; 27(2): 169-190.
35. Abbasi M, Saberi H, Taheri A. Prediction of pain perception based childhood trauma mediated by emotional regulation in people with chronic pain. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 2022; 11(41): 7-26. (in Persian)
36. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 2006; 166(10): 1092-1097.
37. Shafiei M, Rezaei F, Sadeghi. Model of contrast avoidance of generalized anxiety disorder in people with symptoms of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychology*, 2021; 25(1): 98-117. (in Persian)

38. Naegeli C, Zeffiro T, Piccirelli M, Jaillard A, Weilenmann A, Hassanpour K, Mueller-Pfeiffer, C. Locus Coeruleus Activity Mediates Hyperresponsiveness in Posttraumatic Stress Disorder. *Biological psychiatry*, 2018; 83(3): 254-262.
39. Hagborg JM, Kalin T, Gerdner A. The Childhood Trauma Questionnaire—Short Form (CTQ-SF) used with adolescents—methodological report from clinical and community samples. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2022; 1(1): 1-15.
40. Siu-ming T, Phyllis KSW, Cherry HLT, Kwok DK, Lau CD. 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*, 2019; 104(1): 1-10.
41. Walton MT, Cantor JM, Bhullar N, Lykins AD. Hypersexuality: A critical review and introduction to the “sexhavior cycle”. *Archives of Sexual Behavior*, 2017; 46(8): 2231-2251.
42. Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2003; 71(3): 575-585.
43. Reid RC, Carpenter B, Lloyd TQ. Assessing psychological symptom patterns of patients seeking help for hypersexual behavior. *Sexual and Relationship Therapy*, 2009; 24(1): 47-63.
44. Lacelle C, Hébert M, Lavoie F, Vitaro F, Tremblay RE. Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 2012; 36(3): 247-259.
45. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes ☆. *Child abuse & neglect*, 2002; 26(6-7): 679-695.
46. 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 Psychology*, 2008; 27(2): 149-159.
47. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. 2006.
48. Adams W, Robinson K. Shame reduction, affect regulation, and sexual boundary development: Essential building blocks of sexual addiction treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 2001; 8(1): 23-44.
49. Soltani Azemat E, Mohammadian A, Azizi S, Golzar Pour M, Yarmohammadi Vassel M. A Comparative Examination of Childhood Traumas in Sex Addicts and Normal Individuals. *Shefaye Khatam*. 2017; 5 (2): 43-51. (Persian)
50. Parsons JT, Grov C, Golub SA. Sexual compulsivity, co-occurring psychosocial health problems, and HIV risk among gay and bisexual men: further evidence of a syndemic. *American journal of public health*, 2012; 102(1): 156-162.
51. Tucker RD, Harris SS, Simpson WB, McKinlay JB. The relationship between adult or adolescent sexual abuse and sexual dysfunction: preliminary results from the Boston Area Community Health Survey (BACH). *Annals of Epidemiology*, 2004; 14(8): 621-635.

## Original Article

# The comparison of self-concept and childhood traumas of people with sexual addiction disorder with healthy people

Received: 09/7/2022 - Accepted: 18/09/2022

Maryam Bahrian<sup>1</sup>  
Simin bashardoust<sup>2\*</sup>  
Haeideh saberi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PhD student General Psychology ,  
Department of Psychology , Roudehen  
Branch , Islamic Azad University,  
Roudehen , Iran

<sup>2</sup>Assistant Professor, Department of  
Psychology, Roudhen Branch, Islamic  
Azad University, Roudhen, Iran.  
(Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of  
Psychology, Roudhen Branch, Islamic  
Azad University, Roudhen, Iran.

Email: s.bashardoust@riau.ac.ir

### 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. The purpose of this study was to investigate comparison of self-concept and childhood traumas of people with sexual addiction disorder with healthy people.

#### Material and Method

This study was a causal-comparative investigation and using purposive sampling method, was carried out on 50 people with sexual addiction disorder and 50 healthy people in the control group matching with age and academic. The study made use of the sexual addiction screening test-revised (SAST-R) of Carnes and et al, self-concept questionnaire (SCQ) of Rogers and short form of the childhood trauma questionnaire (CTQ-SF) of Bernstein and et al. In this study, Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used for data analysis.

#### Results

The results of multivariate analysis of variance showed that there is a difference between self-concept and childhood traumas of people with sexual addiction disorder with healthy people; in this way, the people with sexual addiction disorder have lower scores in negative self-concept and childhood traumas than the healthy people.

#### Conclusion

These results have important implications of the role of unpleasant experiences in the family on the sexual behaviors of people in the later years of life. So that those who have negative self-concept and more childhood trauma are more to sexual addiction disorder.

#### Key words

self-concept, childhood traumas, sexual addiction disorder

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest