

نقش سبک‌های دلبستگی، پیوند والدینی و خود پنداره در اعتیاد جنسی

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۱۴

سید فتح الله زاهدیان*، مسعود محمدی**، سیامک سامانی***

چکیده

مقدمه: اعتیاد جنسی یک نگرانی رو به رشد است که هم اکنون به عنوان یک بیماری جدی شناخته می‌شود. این بیماری یک اختلال در صمیمیت است که در سبک دلبستگی و تجارب پیوند والدینی نامطلوب اولیه ریشه دارد، دو عامل مهم که خود پنداره افراد را شکل می‌دهند. هدف از این مطالعه بررسی نقش سبک دلبستگی، پیوند والدینی و خود پنداره در اعتیاد جنسی برای دستیابی به بهترین عامل‌های پیش بین، جهت افتراق معتادان جنسی از افراد سالم می‌باشد.

روش: شرکت کنندگان شامل ۷۰ نفر (۳۵ معتاد جنسی، ۳۵ فرد سالم)، بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و از نظر سن، جنسیت و میزان تحصیلات هم‌تا سازی شدند و آزمون‌های اعتیاد جنسی، سبک‌های دلبستگی هاوزن- شیور، پیوند والدینی و زمینه‌یابی خودادراکی پیریت و منداگلیو در مورد آنها اجرا شد. داده‌ها با روش تجزیه و تحلیل واریانس و تحلیل افتراق مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که معتادان جنسی و افراد سالم از نظر سبک دلبستگی دوسوگرا، محافظت بیش از حد پدر و مادر و خود پنداره تفاوت معناداری داشتند. تحلیل افتراقی نشان داد که محافظت بیش از حد مادر و پدر و سبک دلبستگی دوسوگرا بهترین افتراق دهنده‌ها و پیش بین‌های اعتیاد جنسی می‌باشند و در ۷۲/۹۰ درصد موارد معتادان جنسی را از افراد عادی افتراق می‌دهند.

نتیجه‌گیری: در درمان اعتیاد جنسی می‌بایست اختلالات دلبستگی را در مداخلات مد نظر قرار داد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد جنسی، سبک دلبستگی، پیوند والدینی، خود پنداره

sfzahedian@gmail.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران

mmohamadis@yahoo.com

** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران

samani@miau.ac.ir

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد مرودشت، فارس، ایران

مقدمه

تحقیقات در زمینه اعتیاد جنسی بسیار محدود است و آمارهای صریح ناچیزی در این زمینه وجود دارد. فری و لاسر^۱ اعلام کردند که ۶ تا ۱۰ درصد از بالغین در جامعه آمریکا اعتیاد جنسی دارند که حدس زده می شود ۴۰ تا ۵۰ درصد این افراد زنان هستند [۱]. برخی از پژوهش‌ها عنوان کرده‌اند که ۱۷ تا ۳۷ میلیون آمریکایی دچار اعتیاد جنسی هستند [۲]. در تحقیقی که اخیراً بین دانشجویان انجام گرفت، از آنها خواسته شد که پرسشنامه اعتیاد جنسی را پر کنند، بیش از ۳۰ درصد از افراد واجد ملاک‌های اعتیاد جنسی بودند [۳]. به دلیل در دسترس بودن اینترنت در قرن جدید برای بسیاری از افراد، درصد ابتلا به اعتیاد جنسی رو به افزایش است [۴]. مفهوم اعتیاد جنسی در طول دو دهه گذشته برای توصیف کسانی که کار رفته که به صورت وسواسی در پی تجارب جنسی هستند و اگر نتوانند تکانه‌های جنسیشان را ارضاء کنند رفتارشان مختل می‌شود [۵]. هر چند تعریف جامعی که مورد قبول همه متخصصان باشد تا کنون ارائه نشده ولی بسیاری از متخصصین در زمینه اعتیاد جنسی بر تعریف سازمان بهداشت جهانی از اعتیاد جنسی توافق دارند. بر همین اساس در مدلی که بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی ارائه شده، اعتیاد جنسی در بهترین شکل خود، به عنوان یک اختلال در صمیمیت^۲ تعریف می‌شود که به شکل دوره‌های اجباری از اشتغالات ذهنی و تشریفات^۳، رفتارهای جنسی، بی‌اشتهایی^۴، کنترل بیش از حد و افراطی بر رفتارهای جنسی، یأس و ناامیدی خود را نشان می‌دهد [۶]. مشکلات ناشی از اعتیاد جنسی متعددند. محققان عنوان می‌کنند که اعتیاد جنسی یک اختلال ویرانگر است و در دواج و روابط خانوادگی را نابود می‌کند. این اختلال افراد را در معرض ایدز و سایر بیماری‌های مسری جنسی قرار می‌دهد، موجب مشکلات اجتماعی و شغلی می‌شود و در

تحقیقات نشانگر آن است که ۴۰ درصد معتادین جنسی از اختلالات اضطرابی، ۷۰ درصد اختلالات خلق، ۳۰-۵۰ درصد سوء مصرف مواد مخدر، ۳۲ درصد از اختلالات خوردن و ۱۳ درصد اجبار در خرج کردن و ۵ درصد از قمار بازی اجباری رنج می‌برند [۸]. توجه به اعتیاد جنسی بخصوص در نوجوانان ضروری است، زیرا انجام رفتارهای پرخطر نظیر نوشیدن الکل هنگام رابطه جنسی یا عدم استفاده از کاندوم در نوجوانان بسیار بیشتر است [۹]. کارنز^۵ دریافت که ۱۰ تا ۶۴ درصد از معتادین جنسی که مورد بررسی قرار گرفته‌اند رفتارهای جنسی بی‌احتیاط (بی‌احتیاطی‌های جنسی) نظیر معاشقه‌های متعدد، تعویض شرکای جنسی، شرکت در روابط جنسی ناشناس^۶ یا رابطه جنسی دسته جمعی^۷، استخدام مردان و زنان فاحشه^۸ یا پول پرداختن برای رابطه جنسی را تجربه کرده‌اند [۱۰]. پژوهش‌های انجام گرفته نشانگر رابطه‌ای روشن بین سوء مصرف مواد (مانند الکل، وابستگی به کوکائین)، و اعتیادهای فرآیندی^۹ (مانند اعتیاد جنسی، اعتیاد به قمار بازی و اعتیاد به اینترنت)، است که نشانگر ارتباط و هم‌آیندی بسیار بالایی میان اختلال سوء مصرف مواد و اعتیاد جنسی است [۲]. اکثر محققان ریشه اصلی این اختلال را مشکلات دوران کودکی و تجاوز ناخوشایند این دوران و نوع رابطه والد-کودک می‌دانند. هسته مرکزی این اختلال ناتوانی در پیوند^{۱۰} و دلبستگی^{۱۱} در روابط صمیمانه است [۶]. پیوند والدینی^{۱۲} به نوع و چگونگی تعامل کودک با والدین اطلاق می‌شود که همپوشی بالایی با دلبستگی دارد [۱۱]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پیوند والدینی می‌تواند بر تحول کودک مؤثر باشد و ممکن است خطر تحول آسیب‌پذیری‌ها را در دوران بلوغ تحت تأثیر قرار دهد [۱۲]. دلبستگی مفهومی است که اولین بار توسط جان بالبی^{۱۳} مطرح شد و اشاره دارد به پیوند عاطفی و عشقی نوزاد با کسی که از او حمایت می‌کند. این پیوند مبتنی بر تعاملات

اجتماعی است. دلبستگی زمانی ایجاد می‌شود که یک بزرگسال اولیه (معمولاً مادر) که به کودک توجه می‌کند و به او با تجلیات و بیان صورت^۱، تماس چشمی و تماس‌های تماس‌های جسمی حین تغذیه نوزاد پاسخ می‌دهد. کارنز عنوان کرد که یک رابطه علی- معلولی میان الگوی دلبستگی تجربه شده در کودکی و سبک دلبستگی بالغین وجود دارد [۱۲]. مطالعات استفان و بچمن^۲ نشان داد که افراد دلبسته ایمن به خاطر اینکه نسبت به افراد نایمن از لحاظ جنسی خود را بسیار محدود می‌سازند کمتر ممکن است دچار اعتیاد جنسی شوند [۱۳]. افرادی که دلبستگی آنها توأم با ترس شدید است بسیار بیشتر ممکن است دچار اعتیاد جنسی شوند. ارل و کرو^۳ تجارب کودکی منفی نظیر سوءاستفاده^۴، مورد غفلت قرار گرفتن^۵ و ترک^۶ را به عنوان عوامل احتمالی مرتبط با اعتیاد جنسی تشخیص دادند. آنها معتقدند که به خاطر این تجارب، معتادین جنسی در تحول و گسترش مهارت ارتباط مناسب با دیگران دچار شکست می‌شوند [۱۴]. مطالعات نشان می‌دهد که رفتارهای سرد والدینی و محافظت بیش از حد والدین موجب اختلالات روانی در نوجوانان می‌شود و در آینده بر نوع رابطه آنها با همسرانشان تأثیر خواهد گذاشت [۱۵]. بر اساس مطالعات گنتلزر و کرنز^۷ افراد با سبک دلبسته اجتنابی بیشتر متحمل است که اولین رابطه جنسی خود را زودتر آغاز کرده باشند یا اینکه چنین روابطی را اصلاً نداشته باشند. با مشاهده عوامل میانجی آنها دریافتند که افراد با سبک دلبستگی اجتنابی، عقاید محدود کننده جنسی کمتری دارند و آنها را قادر می‌سازد که روابط عاشقانه با هدف جنسی را از روابط صمیمانه عاطفی به صورت جداگانه دنبال کنند [۱۶]. زاپف^۸ و همکاران [۱۵] در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که روابط عاشقانه (رمانتیک) تأثیر بسیار معناداری بر کیفیت زندگی دارد و یکی از عواملی که بر کیفیت روابط عاشقانه افراد تأثیر دارد

سطح اضطراب و اجتناب افراد در روابط و پاسخ فرد به این متغیرها بستگی دارد. افرادی که سبک دلبستگی آنها از نظر اضطراب و اجتناب در سطح بالایی است نمی‌توانند به شرکای جنسی خود اعتماد کنند [۱۶]. مطالعات ماسون^۹ نشان داد که سوابق کودکی اشخاص مبتلا به انحراف جنسی نشان می‌دهد که آنها معمولاً در معرض بدرفتاری‌های 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 [۱۷]. نوع رابطه والد- فرزندی و سبک دلبستگی ایجاد شده در فرد موجب شکل‌گیری خودپنداره‌ای خاص در فرد می‌شود که می‌تواند در تحول اعتیاد جنسی نقش اساسی بازی کند. خودپنداره دید جامع فرد درباره خودش است که با تجربه فرد و تفسیر دیگران از آن تجربه شکل می‌گیرد و متحول می‌شود [۱۸]. از نظر کارنز هنگامی که کودکان رشد می‌کنند عقاید بنیادین را از طریق نحوه کارکرد و برخورد خانواده با آنها شکل می‌دهند [۱۹]. کودکی که در خانواده‌ای متولد می‌شود و رشد می‌کند که توجه زیادی به او می‌شود شانس زیادی برای رشد خوب، اعتماد داشتن به دیگران و داشتن صداقت شخصی دارد. از سوی دیگر کودکی که در خانواده‌ای رشد می‌کند که از او غفلت می‌شود به شکل ناسالمی رشد خواهد نمود و عقاید بنیادین منفی را پرورش خواهد داد. آنها با این عقیده که افراد دیگر به آنها اهمیتی نمی‌دهند رشد می‌کنند. بنابراین فرد به شکل وحشتناکی روابط و احساسات جدایی از دیگران خواهد داشت. به شکل کلی افراد معتاد خود را به عنوان افرادی شایسته ارزیابی نمی‌کنند [۲۰]. آنها با این احساس طرد و ضعف با شرکت در روابط جنسی افراطی مقابله می‌کنند [۲۱]. بر اساس نظر کارنز، چرخه اعتیاد جنسی به وسیله چند اعتقاد اصلی آغاز می‌شود که باعث حفظ و

سالم که با توجه به متغیرهای جنسیت، میزان تحصیلات و سن همتا شده بودند مورد مقایسه قرار گرفتند. **آزمودنیها:** جامعه‌ی آماری تعریف شده در این تحقیق شامل همه معتادین جنسی و افراد عادی همتای آنها در شهر شیراز می‌باشد. نمونه‌ی مورد نظر در این پژوهش شامل ۷۰ نفر بودند که در ۲ گروه معتادین جنسی (شامل ۳۵ نفر، ۱۷ مرد و ۱۸ زن) و افراد سالم (شامل ۳۵ نفر، ۱۷ مرد و ۱۸ زن) دسته بندی شدند و از نظر عوامل جنسیت، میزان تحصیلات و سن در دو گروه با هم همتا سازی شده‌اند. روش نمونه گیری مورد استفاده به صورت نمونه گیری در دسترس بود.

ابزار:

۱- آزمون تجدید نظر شده غربالگری اعتیاد جنسی^۳: کارنز نسخه دوم آزمون غربالگری اعتیاد جنسی را با عنوان آزمون تجدید نظر شده غربالگری اعتیاد جنسی برای غربالگری هر چه بهتر معتادان جنسی ارائه کرد. این آزمون شامل ۴۵ سؤال بله، خیر می‌باشد. آزمون دارای یک بخش اصلی (شامل ۲۰ سؤال اول) و دو گروه زیرمقیاس می‌باشد. گروه اول زیرمقیاس‌ها چهار زیرمقیاس اعتیاد جنسی وابسته به اینترنت، مقیاس ویژه مردان، مقیاس ویژه زنان و مقیاس ویژه مردان همجنس گرا می‌باشد. این زیرمقیاس‌ها به عنوان ابزاری کمک تشخیصی و در جهت درمان بهتر ایجاد شده‌اند. گروه دوم زیرمقیاس‌ها در این آزمون زیرمقیاس‌های پژوهشی می‌باشند که جهت تشخیص و افتراق مؤلفه‌های اصلی اعتیاد جنسی به کار می‌روند و شامل زیر مقیاس‌های اشتغالات ذهنی، فقدان کنترل، آسیب در روابط، آسیب‌های عاطفی و ویژگی‌های همبسته می‌باشند [۲۴]. کارنز و همکاران [۲۴]، روایی این آزمون را در گروه‌های مختلف افراد به روش آلفای کرونباخ محاسبه کرد که برای مردان دگرجنس خواه ۰/۸۲، برای زنان ۰/۸۴ و برای مردان همجنس باز ۰/۸۹ گزارش شده است.

می‌برد [۱۹]. کاسل^۱ در مدل مشابهی که تبیین کننده چگونگی پیدایش اعتیاد جنسی است توضیح می‌دهد که قربانی شدن در دوران کودکی که نتیجه یک سوء استفاده و طرد عاطفی، جنسی و فیزیکی است و ریشه در هتک حریم شخصی فرد دارد، نهایتاً یک سیستم عقاید منفی را در کودک تحول و رشد می‌دهد که هر چه بیشتر به سمت دسته‌ای از عقاید عملی (اجرای)، در دوران نوجوانی و بلوغ گسترش و تحول می‌یابند. این عقاید اجرایی موجب اعمالی نظیر اعتیاد جنسی و اعتیاد مضاعف می‌شوند که باعث فرار از عقاید منفی اصلی می‌شوند. هدف از پرورش چنین عقایدی بازیابی مجدد قدرت و کنترل جهت غلبه بر اضطراب و بازیابی احساس خود است [۲۲]. گویگلیامو^۲ در تأیید نظرات نظریه پردازانی مانند کارنز و کاسل که عامل مهم گرایش به اعتیاد جنسی را نحوه شکل گیری خودپنداره بر اساس تجارب اولیه دوران کودکی می‌دانند، عنوان کرد که مشکلات خودپنداره و عزت نفس یکی از دلایل اصلی گرایش به اعتیاد جنسی است. او در پژوهش خود به این نتیجه رسید که عزت نفس پایین با مشکلات ارتباطی، عواطف منفی، حوادث آسیب‌زای دوران کودکی، هویت جنسی و جهت‌گیری جنسی ارتباط دارد. افرادی که نظر مثبتی راجع به خود ندارند اغلب سطح کارکرد پایینی دارند و در برقراری روابط صمیمانه دچار مشکل می‌شوند. حتی خودپنداره ضعیف می‌تواند مدیریت عواطف را دچار مشکل کند [۲۳]. با توجه به پیشینه مطرح شده در مورد میزان آسیب‌های این اختلال برای فرد و جامعه، هم آیندی دسته گسترده‌ای از اختلالات روانی با این اختلال، فقدان پژوهش کافی در مورد علت یابی این اختلال و تأثیر عمیقی که فرهنگ بر گسترش علائم و سیر تحول اختلالات جنسی دارد، لزوم کار روی عوامل ریشه‌ای احتمالی این اختلال (سبک دلبستگی و پیوند والدینی) و عوامل احتمالی مؤثر بر سیر این اختلال (خودپنداره)

تشخیصی (که نوعی اعتبار سازه است) به این سه توصیف دست یافت و نشان داد که این سه توصیف سه محتوای متفاوت از نظر دلبستگی را می‌سنجند. چرا که همبستگی دلبستگی ایمن با دلبستگی اجتنابی $0/10$ و با دلبستگی اضطرابی $0/54$ ؛ همبستگی دلبستگی اجتنابی با دلبستگی اضطرابی $0/14$ بود [۲۷].

۴- زمینه‌یابی خودادراکی منداگلیو و پیریت^۳: در این تحقیق، برای سنجش خودپنداره و ابعاد آن از زمینه‌یابی خودپنداره منداگلیو و پیریت استفاده شد [۲۸]. این زمینه‌یابی در مورد مفهوم خودپنداره دارای دیدگاهی چند بعدی است و خودپندارهٔ افراد را در چهار بعد علمی، ورزشی، اجتماعی و ورزشی می‌سنجد و دارای ۲۴ سؤال می‌باشد که در مقیاس لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌های یک تا چهار به آن تعلق می‌گیرد. البرزی و سامانی در پژوهش خود روایی صوری این زمینه‌یابی را مناسب گزارش نمودند. اعتبار این زمینه‌یابی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/87$ و به روش بازآزمایی $0/87$ گزارش شده است [۲۹].

روند اجرای پژوهش: برای اجرا محقق ابتدا با توزیع پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی در بین افراد در مکان‌های مختلف (نظیر پارک‌ها، دانشگاه‌های و مکان‌های مختلف شهر شیراز) پرداخت. پس از جمع آوری و نمره گذاری پرسشنامه‌ها، افراد بر اساس نمره مقیاس اعتیاد جنسی به دو گروه معتاد جنسی و افراد سالم تقسیم شدند و در ادامه با توجه به ملاک‌های سن، جنسیت و میزان تحصیلات هم‌تاسازی شدند و افراد فاقد هم‌تا حذف گردیدند. در جهت رعایت اخلاق پژوهشی پیش از توزیع پرسشنامه‌ها، پژوهشگر توضیحاتی کلی راجع به محتوای سؤالات پرسشنامه‌ها به آزمودنیها ارائه می‌نمود و برای جلوگیری از فاش شدن اطلاعات افراد پرسشنامه‌ها بدون ذکر هر گونه اطلاعات شخصی که فاش کننده هویت شخصی افراد باشد

جنسی بستری $0/96$ گزارش شد. زاهدیان [۲۵] میزان اعتبار آزمون را برای جمعیت ایرانی به روش محاسبه ضریب همبستگی پیرسون بین داده‌های وابسته برای 70 آزمودنی زن و مرد به فاصله سه هفته $0/92$ به دست آورد. روایی این پرسشنامه پس از تأیید روایی صوری به وسیله متخصصان با محاسبه همبستگی پیرسون نمره زیرمقیاس اصلی و چهار زیرمقیاس پرسشنامه با نمره کل در 70 آزمودنی $0/72$ گزارش شد که حاکی از روایی و اعتبار مطلوب برای این پرسشنامه می‌باشد [۲۵].

۲- پرسشنامه پیوند والدینی: پارکر پرسشنامه‌ای را ساخت که دو بعد مهم و تأثیرگذار بر رابطه والدین با کودک را ارزیابی می‌کند. در این پرسشنامه مراقبت به عنوان بیان عواطف، و محافظت بیش از حد به عنوان ترغیب یا سرکوب کشف محیط توسط کودک اطلاق می‌شود. نمره گذاری این پرسشنامه در مقیاس لیکرت از 3 (همیشه) تا صفر (هرگز) صورت می‌گیرد. محمدی به منظور تعیین روایی پرسشنامه از روش تعیین همبستگی هر سؤال با نمره کل مقوله مربوطه، استفاده کرد. نتایج همبستگی گویه‌ها در بعد مراقبت بین $0/56$ تا $0/72$ ، و در بعد محافظت بیش از حد بین $0/52$ تا $0/63$ بود [۲۶]. محمدی، اعتبار پرسشنامه را از روش آلفای کرونباخ محاسبه کرد که ضریب اعتبار حاصله به ترتیب برای ابعاد مراقبت و محافظت بیش از حد برابر $0/83$ و $0/67$ بود. که حکایت از اعتبار مطلوب پرسشنامه داشت [۲۶].

۳- پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان^۱: سبک دلبستگی در این پژوهش با استفاده از مقیاس دلبستگی بزرگسالان تعیین شد. این پرسشنامه توسط هاوزن و شیور^۲ ساخته شده است. در این پرسشنامه سه سبک دلبستگی ایمن، دلبستگی اجتنابی و دلبستگی دوسوگرا بر حسب ۲۱ ماده در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هم متمایز می‌شوند. بالاترین نمره سبک دلبستگی فرد را در این قسمت تعیین می‌کند.

واریانس می‌باشد بعلاوه اینکه حجم گروه نمونه برای کوچکترین گروه باید بیشتر از تعداد متغیرهای پیش بین باشد و به عنوان یک قاعده باید حداقل چهار برابر تعداد متغیرهای پیش بین باشد که با توجه به حضور چهار متغیر در تحلیل افتراق نهایی تعداد ۳۵ نفر برای هر گروه مناسب می‌باشد. پس از هم‌تاسازی آزمودنیها در ملاک‌های سن، جنسیت و میزان تحصیلات، میانگین و انحراف معیار آزمودنیها از نظر سن برای معتادان جنسی ($SD=۶/۶۳$ و $M=۲۱/۵۵$) و افراد سالم ($SD=۲/۶۱$ و $M=۲۱/۵۵$) به دست آمد. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف سبک‌های دلبستگی در دو گروه معتادان جنسی و افراد سالم نشان داده شده است.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف مقیاس سبک‌های دلبستگی

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
سبک ایمن	معتاد جنسی	۱۵/۰۶	۳/۷۳
	گروه کنترل	۱۴/۲۰	۳/۳۷
سبک اجتنابی	معتاد جنسی	۱۱/۸۲	۳/۹۶
	گروه کنترل	۱۱/۲۲	۳/۴۲
سبک دوسوگرا	معتاد جنسی	۱۳/۸۵	۴/۱۱
	گروه کنترل	۱۰/۲۵	۴/۱۹

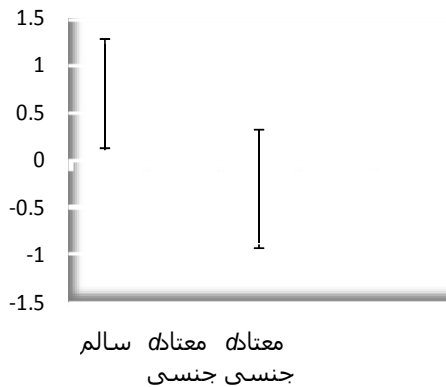
تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین معتادین جنسی و افراد گروه کنترل تنها از نظر سبک دلبستگی دوسوگرا تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۱۳/۱۲$, $p<۰/۰۰۱$) و این دو گروه از افراد از نظر سبک دلبستگی ایمن ($p>۰/۰۵$)، سبک دلبستگی اجتنابی ($F=۱/۰۱$, $p>۰/۰۵$)، تفاوت معناداری ندارند. در جدول ۳ و ۴ میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف مقیاس پیوند والدینی (مادر و پدر) در دو گروه معتادان جنسی و افراد سالم نشان داده شده است.

متغیرهای مستقل در جهت دست یابی به بهترین معادله برای افتراق و تمایز معتادان جنسی از افراد سالم بود از روش تحلیل واریانس یک راهه برای کشف تفاوت‌های موجود میان معتادان جنسی و افراد سالم و از تحلیل افتراق جهت دستیابی به بهترین معادله افتراقی بر اساس تفاوت‌های موجود استفاده شد. شرایط و پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل واریانس شامل موارد زیر می‌باشد که چگونگی رعایت آنها در روند اجرای پژوهش توضیح داده می‌شود: شرط اول در امکان بکارگیری تحلیل واریانس، مستقل بودن نمره افراد از یکدیگر می‌باشد که همان گونه که در قسمت روند پژوهش آمد نمره افراد در مقیاس‌های مختلف به صورت کاملاً مستقل از سایر افراد در مقیاس‌های مختلف محاسبه گردید و نمره هیچ فردی بر نمره آزمودنی دیگر تأثیری نداشت. مفروضه دوم همگنی واریانس‌ها می‌باشد که نتایج آزمون لون^۱ در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱) آزمون لون برای بررسی همسانی واریانس گروه‌ها

متغیرها	F لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سبک دلبستگی	ایمن	۱	۶۸	۰/۶۷
	اجتنابی	۱	۶۸	۰/۴۵
	دوسوگرا	۱	۶۸	۰/۷۱
مراقبت والدینی	مادر	۱	۶۸	۰/۱۹
	پدر	۱	۶۸	۰/۱۲
محافظت بیش از حد والدینی	مادر	۱	۶۸	۰/۰۹
	پدر	۱	۶۸	۰/۷۰
خودپنداره	تحصیلی	۱	۶۸	۰/۱۹
	اجتماعی	۱	۶۸	۰/۰۹
	ورزشی	۱	۶۸	۰/۲۰
	ارزشی	۱	۶۸	۰/۷۱
	از دید فرد	۱	۶۸	۰/۴۲

آزمون تحلیل افتراقی به شیوه توصیفی بهره گرفته شد. یافته‌های این آزمون گویای آن بود که محافظت بیش از حد مادر و پدر و سبک دلبستگی دوسوگرا از پیش بینی کننده‌های مهم در تمایز معتادان جنسی از افراد سالم می‌باشند. مقدار لامبدای ویلکز برای معادله تمایز معتادان جنسی از افراد سالم به دست آمده از این تحلیل برابر $0/69$ بود. نمودار ۱ نشان دهنده میزان تمایز دو گروه معتادان جنسی و افراد سالم بر پایه معادله به دست آمده از تحلیل افتراقی می‌باشد.



نمودار ۱) تمایز معتادان جنسی از افراد سالم بر پایه معادله افتراقی

در ضمن مقدار ام باکس و ارزش ویژه این معادله به ترتیب برابر با $11/17$ و $0/47$ بود. یافته‌های آزمون تحلیل افتراقی نشان داد که به کمک این معادله می‌توان بر پایه محافظت بیش از حد مادر و پدر و سبک دلبستگی دوسوگرا در $72/90$ درصد موارد معتادان جنسی را از افراد سالم تمیز داد. در مورد معتادان جنسی در $77/10$ درصد موارد تشخیص معادله با واقعیت هماهنگی داشت ($22/90$ درصد موارد نادرست)، و این معادله در $68/6$ درصد موارد افراد سالم را به خوبی تشخیص داد ($31/4$ درصد موارد نادرست). ضرایب معادله تحلیل افتراقی برای متغیرهای محافظت بیش از حد مادر و پدر و سبک دلبستگی دوسوگرا در تمایز

جدول ۴) آماره‌های توصیفی ابعاد مختلف مقیاس پیوند والدینی (پدر)

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
مراقبت	معتاد جنسی	31/02	2/03
	گروه کنترل	32/24	6/14
محافظت بیش از حد	معتاد جنسی	15/94	4/10
	گروه کنترل	12/85	3/62

تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین معتادین جنسی و افراد گروه کنترل از نظر محافظت بیش از حد پدر ($F=11/12, p<0/001$)، و محافظت بیش از حد مادر ($F=24/02, p<0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد اما میان این دو گروه از نظر مراقبت پدر ($p>0/05$)، و مراقبت مادر ($F=1/17, p>0/05$) تفاوت معناداری مشاهده نشد. در جدول ۵ میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف مقیاس خودپنداره در دو گروه معتادان جنسی و افراد سالم نشان داده شده است.

جدول ۵) میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف مقیاس خودپنداره

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
خودپنداره تحصیلی	معتاد جنسی	72/74	11/31
	گروه کنترل	72/91	12/26
خودپنداره اجتماعی	معتاد جنسی	12/91	1/96
	گروه کنترل	13/62	2/10
خودپنداره ورزشی	معتاد جنسی	11/40	3/15
	گروه کنترل	10/05	3/43
خودپنداره ارزشی	معتاد جنسی	13/11	2/19
	گروه کنترل	14/05	1/90
خودپنداره از دید خود فرد	معتاد جنسی	23/02	4/53
	گروه کنترل	22/17	4/46

تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین معتادین جنسی و افراد گروه کنترل از نظر زیرمقیاس‌های خودپنداره شامل خودپنداره از دید خود فرد ($F=0/63, p>0/05$)، خودپنداره

بحث

روابط صمیمانه دچار مشکل می‌شوند. بعضی از این افراد در مدیریت عواطف خود به خاطر خودپنداره ضعیفی که دارند دچار مشکل هستند و احتمال گرایش به اعتیاد جنسی در آنها بالا می‌رود. تابو بودن مسائل جنسی، دسترسی دشوار به آزمودنیها موجب شد که روش نمونه گیری در این پژوهش از نوع نمونه گیری در دسترس و محدود به گروه کوچکی از آزمودنیها با بازه سنی محدودی باشد که موجب محدودیت در تعمیم نتایج می‌گردد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده ارتباط خودپنداره از طریق پرسشنامه‌های دیگر و در گروه وسیع‌تری از آزمودنیها مورد بررسی قرار بگیرد. همچنین با توجه به خلاء تحقیقاتی موجود در این زمینه و با توجه به تأثیر فرهنگ بر عوامل روان‌شناختی نظیر رابطه والد- فرزند و سبک دلبستگی و مسائل جنسی لزوم انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه در ایران احساس می‌شود. نتایج این پژوهش لزوم توجه و آموزش در زمینه نحوه رفتار و تعامل والدین با کودکان، شناسایی و درمان کودکان با سبک دلبستگی نامطلوب پیش از ابتلای به اعتیاد جنسی همچنین اهمیت مشاوره‌های پیش از ازدواج در راستای شناسایی و پیشگیری از تأثیرات اعتیاد جنسی بر روابط زوجین را روشن می‌سازد.

منابع

- 1- Ferree MC, Lasser M. No Stones: Women redeemed from sexual addiction. Westport: Green press; 2010.
- 2- Hagedorn WB. Sexual addiction counseling competencies: Empirically-Based tools for preparing clinicians to recognize, assess, and treat sexual addiction. Sex Addict Compuls. 2009; (16): 190-209.
- 3- Griffin-Shelley E. Sex and love: Addiction, treatment, and recovery. United States of America: Greenwood; 1997.
- 4- Laaser MR. Healing the wounds of sexual addiction. Michigan: Zondervan; 2004.
- 5- Sadock JB, Kaplan LH, Sadock AV. Kaplan & Sadock's Synopsis Of Psychiatry-Behavioral Science/Clinical Psychiatry. Philadelphia: Worter

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تفاوت مهم معتادان جنسی از افراد سالم در نوع پیوند والدینی (محافظت بیش از حد مادر و پدر) و سبک دلبستگی (دوسوگرا)، و خودپنداره ارزشی آنها می‌باشد. این بررسی نشان داد که نوع رابطه والدین و کودک و سبک دلبستگی حاصل از این رابطه عامل مهمی در گرایش به اعتیاد جنسی می‌باشد. اگر چه دو گروه از نظر میزان مراقبت والدینی تفاوت معناداری نداشتند اما محافظت بیش از حد پدر و مادر زمینه را برای گرایش به سمت اعتیاد جنسی فراهم می‌کند. یافته‌های این پژوهش با مطالعات انجام شده [۱۲، ۳۰] که سابقه خانوادگی افراد و سبک دلبستگی ناکارآمد را به عنوان عوامل ریشه‌ای گرایش به اعتیاد جنسی معرفی کرده‌اند همخوانی دارد. در زمینه‌ی بحث راجع به اینکه چرا احتمال ابتلای به اعتیاد جنسی در افراد با سابقه پیوند والدینی ضعیف و دارای سبک دلبستگی دوسوگرا بیشتر است با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته در این مورد می‌توان گفت که از آنجا که این افراد هنگامی که در موقعیت‌های ناسازگار قرار می‌گیرند، به دلیل ضعف در تحمل و برخورد با موقعیت نمی‌توانند راحت و روان عمل کنند و به علت عکس العمل‌های ناپایدار به استرس‌هایی که در شرایط گیج کننده ایجاد می‌شوند، همچنین الگوی ناپایدار برای تلاش در جهت راحت و آرام بودن در چنین شرایطی احتمال انجام رفتارهای تکانشی و افراطی در آنها بسیار زیاد می‌شود که در کنار فقر راهبردهای مقابله‌ای مناسب احتمال گرایش آنها را به سمت اعتیاد جنسی دوچندان می‌کند. نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد که بین معتادان جنسی و افراد سالم تنها از نظر خودپنداره ارزشی تفاوت وجود دارد که نشانگر این است که معتادان جنسی در مسائل ارزشی و اعتقادی خود را ضعیف‌تر از افراد دیگر ادراک می‌کنند که همسو با یافته‌های حاصل از پژوهش گویبگلیامو [۲۳]

۲۷- پاکدامن شهلا. بررسی ارتباط بین سبک دلبستگی و جامعه طلبی در نوجوانان [رساله دکتری]، دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۰.

28- Mandaglio S, Pyryt MC. Self-concept of gifted students. *Teaching Exceptional Child*. 1995; (27): 40-45.

۲۹- شیخ الاسلامی راضیه، لطیفیان مرتضی. بررسی رابطه ابعاد خودپنداره با سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در دانشجویان دانشگاه شیراز؛ تازه‌های علوم شناختی؛ ۱۳۸۱؛ ۴: ۱۶-۶.

30- Coleman-Kennedy C, Pendley A. Assessment and diagnosis of sexual addiction. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2002; 5(8): 143-151.

8- Briken P, Habermann N, Berner W, Hill A. Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists. *Sex Addict Compuls*. 2007; (14): 131-143.

9- Sussman S. Sexual addiction among teens: A review. *Sex Addict Compuls*. 2007; (14): 257-278.

10- Carnes P. Don't call it love: Recovery from sexual addiction. Minneapolis, MN: CompCare; 1991.

11- Russ E, Heim A, Westen D. Parental Bonding and personality pathology assessed by clinician report. *J Psychiatr Disord*. 2003; (17): 522-536.

12- Carnes P, Adams KM. Clinical management of sex addiction. London: Routledge; 2002.

13- Stephan CW, Bachman GF. What's sex got to do with it? Attachment, love schemas, and sexuality. *Pers Relat*. 1999; (6): 111-123.

14- Earle R, Crow G. Lonely all the time: Recognizing, understanding, and overcoming sex addiction of addicts and codependents. New York: Pocket Books; 1998.

15- Zapf JL, Greiner J, Carroll J. Attachment styles and male sex addiction. *Sex Addict Compuls*. 2008; (15): 158-175.

16- Gentzler AL, Kerns KA. Associations between insecure attachment and sexual experiences. *Pers Relat*. 2004; (11): 249-265.

17- Mason FL. Fetishism: Psychology and theory. New York: Guilford; 1997.

۱۸- گلاور جی ای، برنینگ و. روان‌شناسی تربیتی. خرازی، مترجم. ویرایش ۳. تهران: انتشارات دانشگاهی؛ ۱۳۷۵.

19- Carnes P. Out of the shadows: understanding sexual addiction. Minnesota: Hazelden Publishing; 2001.

20- Carnes P, Delmonico D, Griffin E. In the Shadows of the net: Breaking free of compulsive online sexual behavior. Minnesota: Hazelden; 2001.

21- Poudat F. La dépendance amoureuse: quand le sexe et l'amour deviennent des drogues. New York: Jacob; 2005.

22- Kasl C. Women, sex and addiction: A search for love and power. New York: Harper & Row; 1989.

23- Guigliamo J. Out of control sexual behavior: A qualitative investigation. *Sex Addict Compuls*. 2006; (13): 361-375.

24- Carnes P, Green B, Carnes S. The same yet different: refocusing the Sexual Addiction Screening Test (SAST) to reflect orientation and