

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی و رفتار فزون کنشی جنسی در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی

ریحانه فیروزی خجسته‌فر^۱، کریم اسگری^۲، مهرداد کالانتري^۳، فیروزه رئیسی^۴، زهرا شاهواری^۵

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on depression symptoms and hypersexual behaviours in patients with sex addiction

Reihaneh Firoozi Khojastefar¹, Karim Asgari², Mehrdad Kalantari³, Firoozeh Raisi⁴, Zahra Shahvari⁵

چکیده

زمینه: مطالعات متعددی به تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و رفتار فزون کنشی جنسی بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و رفتار فزون کنشی جنسی بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، مردان بالای ۱۸ سال مبتلا به اعتیاد جنسی ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. تعداد ۳۰ بیمار به روش گلوله برفی به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (۱۰ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش حاضر عبارتند از: جلسات درمان شناختی رفتاری (مکاتی، ۲۰۱۴)، جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (کراسبی، ۲۰۱۱)، پرسشنامه افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۶۱) و پرسشنامه فزون کنشی جنسی (رید و همکاران، ۲۰۱۱). تحلیل داده‌ها با روش‌های تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر، تحلیل واریانس چند متغیری، آزمون بونفرونی و آزمون توکی انجام شد. **یافته‌ها:** درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و فزون کنشی جنسی این بیماران تأثیر داشتند ($P < 0/05$). بین دو روش درمانی تفاوت معناداری وجود نداشت. **نتیجه گیری:** بیماران که در جلسات درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند علائم افسردگی و فزون کنشی جنسی کمتری داشتند. **واژه کلیدها:** درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، فزون کنشی جنسی، اعتیاد جنسی.

Background: Numerous studies have addressed the impact of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment to depression. However, there is a research gap between comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment to depression and increased sexual activity behavior of patients with sexual addiction. **Aims:** The aim of the present study is to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance-based therapy. Depression and hyperactive sexual behavior of patients with sexual addiction. **Method:** The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest-follow-up design with a control group. The statistical population of this study was men over 18 years of age with sexual addiction living in Tehran in 2019. Thirty patients were selected as a sample by snowball method and were randomly assigned to two experimental groups and one control group (10 patients). The tools of the present study are: Behavioral Cognitive Therapy Sessions (Location, 2014), Acceptance and Commitment Therapy Sessions (Crossbow, 2011), Beck Depression Questionnaire (Beck et al., 1961) and Sexual Increase Sexual Questionnaire (Reid et al., 2011). Data analysis was performed by mixed variance analysis methods with repeated measurement, multivariate analysis of variance, Bonfironi test and Toki test. **Results:** Cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment were effective in reducing depression and increased sexual activity in these patients ($P < 0/05$). there was no significant difference between the two treatment methods. **Conclusions:** Patients who participated in cognitive-behavioral and acceptance therapy sessions based on acceptance and commitment had fewer depressive symptoms and increased sexual activity. **Key Words:** Cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, depression, hyperactivity, sexual addiction.

Corresponding Author: k.asgari@edu.ui.ac.ir

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۱ Ph.D Student of psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

^۴ دانشیار، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

^۴ Associate Professor, Department of Psychiatry, Roozbeh Hospital, Tehran University Of Medical Sciences, Tehran, Iran

^۵ استادیار، گروه بهداشت و باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد گچساران، گچساران، ایران

^۵ Assistant Professor of Reproductive Health, Department of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University of Gachsaran, Gachsaran, Iran

مقدمه

محققان ریشه اصلی این اختلال را در نوع رابطه والد - کودک می دانند. هسته مرکزی این اختلال ناتوانی در پیوند و دلبستگی در روابط صمیمانه است (آدامز و راینسون، ۲۰۰۱). بر اساس نظر کارنر، چرخه اعتیاد جنسی به وسیله چند باور اصلی آغاز می شود که باعث حفظ و ماندگاری اعتیادهای جنسی می شود: من به طور اساسی (کلاً) بد هستم، فرد نالایقی هستم، هیچکس مرا آنگونه که هستم دوست ندارد، رابطه جنسی مهمترین نیاز من است، این اعتقادات که از خودپنداره ضعیف فرد سرچشمه گرفته اند، اعتیاد را در مسیر پیشرونده و مخرب خود پیش می برد (کارنر، ۲۰۱۰).

گلد و هفتر (۱۹۹۸) اعتیاد جنسی را با در نظر گرفتن عملکرد رفتار جنسی توصیف کرده اند (مثلاً استفاده از یک روی آورد رفتاری). در مدل رفتاری، فرد رفتار جنسی اعتیادی را به عنوان وسیله ای موقتی برای کاهش اضطراب و یا انواع دیگر هیجان های تنش زا استفاده می کند. زیرا تجربه قبلی فرد به او نشان داده که رفتار جنسی باعث کاهش اضطراب او می شود. اگرچه تنش و اضطراب فرد کاهش پیدا می کند، ولی رفتار جنسی اعتیادوار فرد، باعث تنش و اضطراب بیشتر او می شود (مثل شرم و گناه). سپس رفتار جنسی دیگری صورت می گیرد تا اضطراب و یا تنش ایجاد شده را کاهش دهد (شپرد، ۲۰۱۰). موسکوویتز و رولوف (۲۰۰۷) برای سبب شناسی اختلال اعتیاد جنسی دو دیدگاه را پیشنهاد داده اند: دیدگاه اول بر اساس مدل اضطرابی و دیدگاه دوم بر اساس مدل خلقی / افسردگی است (بربرویک، ۲۰۱۳). بر اساس دیدگاه اضطرابی، میل جنسی در موقعیت های اضطرابی مثل تنهایی و اعتماد به نفس پایین فعال می شود که در مرحله بعد نیاز برای رابطه جنسی را بنا می سازد، به این معنا که ماشه چکانی برای جستجو و شروع مواجهه های جنسی می شود (موسکوویتز و رولوف، ۲۰۰۷). کاهش اضطراب از طریق فرآیندهای یادگیری اولیه با رفتار جنسی ارتباط پیدا می کند، در واقع، وقتی که میزان اضطراب افزایش پیدا می کند، نیاز برای کاهش آن از طریق رفتارها و مواجهه های جنسی افزایش می یابد. البته کاهش اضطراب موقتی است و هنگامی که دوباره اضطراب اتفاق می افتد، رفتارهای جنسی قبلی برای کاهش و مهار کردن اضطراب کافی نیست و اعمال جنسی اضافه تری ممکن است که اتفاق بیفتد. موسکوویتز و رولوف (۲۰۰۷) عنوان می کنند که اعتیاد جنسی با مدل خلقی / افسردگی بهتر توجیه و توضیح داده می شود، زیرا برخی افراد در هنگام افسردگی، درباره عواقب و پیامد رفتارهایشان کمتر

اصطلاح اعتیاد جنسی^۱ به طور گسترده ای برای توصیف رفتارهای جنسی استفاده می شود که به طور مکرر خارج از مهارگری^۲ است و علیرغم پیامدهای منفی قابل توجه آن، ادامه می یابد (کینگستون، ۲۰۱۵). در ادبیات بالینی تاکنون از اصطلاحات متعددی به جای اعتیاد جنسی استفاده شده است که از جمله آنها می توان به نیمفومانیا^۳، دون ژوانیسم^۴، پرورژن^۵، رفتارهای جنسی اجباری^۶، ساتیریازیس^۷، اختلال مهار کردن تکانه^۸ و اختلال فزون کنشی جنسی^۹ اشاره کرد (لی، ۲۰۱۲، پاز، ۲۰۱۹). طبق نظر کافکا (۲۰۱۰)، معیارهای تشخیصی اعتیاد جنسی عبارتند از: ۱. صرف زمان افراطی برای خیالپردازی و رفتارهای جنسی نامناسب به طوری که با اهداف زندگی فرد تداخل کند. ۲. خیالپردازی مکرر و فعالیت جنسی در پاسخ به وضعیت های خلقی دیسفوریک مانند افسردگی و اضطراب. ۳. فعالیت ها و خیالپردازی های جنسی مکرر در پاسخ به وقایع پراسترس زندگی ۴. تلاش های مکرر ولی ناموفق برای مهارگری یا کاهش رفتار و فعالیت جنسی ۵. مشارکت مکرر در فعالیت ها و رفتارهای جنسی بدون در نظر گرفتن عواقب و پیامدهای فیزیکی و هیجانی برای خود و دیگران. لازم به ذکر است که اگر فردی ۴ یا بیش از چهار تا از علائم ذکر شده را به مدت حداقل شش ماه، و همراه با تنش و نقایص معنادار در جنبه های مختلف زندگی دارا باشد، تشخیص اعتیاد جنسی مطرح خواهد بود. تاکنون مطالعه اپیدمیولوژیکی برای بررسی برآورد شیوع اعتیاد جنسی در ایران انجام نشده است، برخی مطالعات شیوع اعتیاد جنسی را حدود ۳ تا ۶ درصد در جمعیت عمومی بزرگسال آمریکا برآورد کرده اند (زولات، گلدستین، کوهن و وینستین، ۲۰۱۸).

همانند اختلال های مهارگری تکانه و سوء مصرف مواد، هیچ دلیل بیولوژیکی واحدی برای توضیح علت و تداوم رفتارهای جنسی برانگیختگی^{۱۰} مشخص نشده است (فانگک، ۲۰۰۶). اکثر

1. sex addiction

2. control

3. nymphomania

4. Don Juanism

5. perversion

6. compulsive sexual behaviors

7. satyriasis

8. impulse control disorders

9. hypersexual Disorder

10. impulsivity

آنچه که واضح و مشخص است، این است که اختلال اعتیاد جنسی یک اختلال تقریباً رایج است که عوارض فردی و اجتماعی قابل توجهی در زندگی مبتلایان به جا می‌گذارد (دربشیر و گرانت، ۲۰۱۵). روان درمانی به تنهایی و یا همراه با دارودرمانی به عنوان یک روی آورد مؤثر برای کاهش تنش و کاهش علائم مرتبط با اعتیاد جنسی مثل شرم، افسردگی و اضطراب گزارش شده است (لیلوم، ۲۰۰۶، ایرل، ایرل و اسپرن، ۱۹۹۵). درمان‌های فردی از جمله درمان شناختی رفتاری (یاتز، ۲۰۰۴، بیرچارد، ۲۰۱۵)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (لاتوم، ۲۰۱۸)، ذهن‌آگاهی بخشی (شوری، المکوئیست، گاریسیاک، اندرسون و استورات، ۲۰۱۶)، گشتالت درمانی (فریدمن، ۱۹۹۹)، برنامه درمانی مبتنی بر انجام تکلیف و پروتکل درمانی رفتارهای جنسی خارج از مهارگری (کاتهاکیز، ۲۰۰۹)، گروه درمانی (ارزاک، ۲۰۰۶)، خانواده درمانی (برد، ۲۰۰۶)، در برخی مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است.

مطالعه‌ای توسط مینارسیک (۲۰۱۶) با هدف بررسی درمان شناختی رفتاری در استفاده مشکل‌زای پورنوگرافی صورت گرفت. ۱۲ شرکت‌کننده در این پژوهش از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت کردند. این مطالعه، پروتکل درمانی ۱۲ جلسه‌ای شناختی رفتاری را در مردان مبتلا به اعتیاد پورنوگرافی برای کاهش میزان استفاده از پورنوگرافی و نیز کاهش مشکلات مرتبط با آن مورد استفاده قرار داد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش استفاده هفتگی از پورنوگرافی شده بود که به وسیله تکمیل فرم‌های مونیتورینگ روزانه مشخص شده بود. مطالعه‌ای توسط هالبرگ، کالدو، آروور، دی نی و ابرگ (۲۰۱۷) با عنوان "گروه درمانی شناختی برای اختلال اعتیاد سنجی: یک مطالعه امکان‌سنجی" صورت گرفت. هدف از انجام این مطالعه، بررسی درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم اعتیاد جنسی، مشارکت و حضور در درمان و رضایت درمانی فرد بود. در این پژوهش، ۱۰ بیمار مبتلا به اعتیاد جنسی در برنامه درمانی شرکت کردند. بررسی و ارزیابی‌ها قبل از شروع درمان، حین درمان و سه ماه و شش ماه بعد از درمان صورت گرفت. برنامه درمانی در هفت مادل و جلسات درمانی ۲ ساعت و سی دقیقه برنامه‌ریزی شده بود. نتایج مطالعه کاهش معنادار علائم اختلال از قبل از درمان تا بعد از درمان در مقیاس‌های اختلال فزون‌کنشی جنسی را نشان داد. حضور بالای بیماران یعنی حدود ۹۳ درصد در جلسات درمانی و نمره رضایت

نگران هستند و در فعالیت‌های جنسی پرخطر شرکت می‌کنند. شاید فعالیت جنسی به عنوان یک ابزاری برای بازیابی تعادل روانشناختی به کار می‌رود. مشخص شده است که افسردگی و رفتار برانگیختگی جنسی با یکدیگر ارتباط معناداری دارند (بربرویک، ۲۰۱۳). تحقیقات نشان داده است که افراد مبتلا به اعتیاد جنسی وضعیت‌های خلقی خاصی را تجربه می‌کنند که اغلب رفتار جنسی آنها را تشدید می‌کند (۹۶٪) که این حالت خلقی در بیشتر موارد افسردگی یا غمگینی (۶۷٪) یا تنهایی (۴۶٪) است (دربشیر و گرانت، ۲۰۱۵). سطح بالای افسردگی و اضطراب در جمعیت‌های مبتلا به اعتیاد گزارش شده است. در واقع رفتارهای جنسی تلاشی برای تسکین و مدیریت استرس، کاهش اضطراب و بهبود افسردگی هستند (بیرچارد، ۲۰۱۵). برخی محققان پیشنهاد کرده‌اند که همزمانی اختلالات روان‌پزشکی شاید در شروع و یا شدت رفتارهای جنسی اعتیادی در بیماران نقش داشته باشد (رایموند، کلمن و مینر، ۲۰۰۳).

رفتار فزون‌کنشی جنسی با الگوی مکرر شکست در کنترل امیال و تکانه‌های شدید و تکراری جنسی مشخص می‌شود که نهایتاً منجر به رفتارهای جنسی تکراری شده و باعث پریشانی و اختلال عملکرد قابل توجهی در حوزه‌های مختلف زندگی فرد می‌شود. رفتار فزون‌کنشی جنسی اغلب به صورت استفاده مفرط از پورنوگرافی همراه با خودارضایی است و شاید به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای مثلاً برای اجتناب از تنش و یا خلق منفی عمل کند. رفتار فزون‌کنشی جنسی و علائم اختلالات خلقی اغلب با هم ارتباط دارند. ویس (۲۰۰۴) در یک مطالعه، شیوع افسردگی در ۲۲۰ مرد مبتلا به اعتیاد جنسی را ۲۸ درصد گزارش کرده است، در حالی که افسردگی در جمعیت عمومی مردان ۱۲ درصد است. نتایج نشان می‌دهد که در ۲۸ تا ۶۹ درصد، اختلال افسردگی همراه با رفتار فزون‌کنشی است (انجل و همکاران، ۲۰۱۹).

در ارتباط با درمان بیماری اعتیاد جنسی بحث‌های بسیاری وجود داشته است. با توجه به اینکه این اختلال از پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-V) حذف شده و طبقه‌بندی درست این اختلال همچنان مورد بحث می‌باشد، برخی اعتقاد دارند که این اختلال باید از منظر اعتیاد درمان شود و برخی بر این نظر هستند که این اختلال باید در طبقه‌بندی اختلالات جنسی و یا اختلال در مهارکردن تکانه قرار گرفته و درمان شود.

بودند که از طریق فراخوان در گروه تلگرامی انجمن جنسی گمنام و نیز شیوه گلوله برفی دعوت به همکاری پژوهشی شدند. بدین ترتیب که بعد از اعلام فراخوان، داوطلبان مورد ارزیابی و مصاحبه قرار گرفتند، مصاحبه نیمه ساختار یافته توسط روانشناس صورت گرفت و برای تشخیص نهایی، پرسشنامه فزون‌کنشی جنسی توسط داوطلبین تکمیل شد و در صورت دارا بودن نمره بالای ۵۳ تشخیص اعتیاد جنسی قطعی شد. بعد از تشخیص نهایی اعتیاد جنسی و نیز دارا بودن سایر ملاک‌ها، به پژوهش دعوت شدند. تعداد ۳۰ بیمار به روش گلوله برفی به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه گواه (۱۰ نفر) جایگزین شدند معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: مرد بودن، سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۵۰ سال، نمره افسردگی پرسشنامه بک بالاتر از ۱۵، دریافت نکردن درمان‌های روانشناختی حداقل ۶ ماه قبل از مداخله، داشتن تحصیلات حداقل سیکل، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به پارافیلیا، دریافت درمان‌های روانشناختی و دارویی در شش ماه گذشته، وجود اختلالات روان‌پزشکی شدید مثل سایکوز و اختلال دو قطبی، سوء مصرف مواد و غیبت دو جلسه از درمان. پس از آن، گروه درمانی شناختی رفتاری (مکانتی، ۲۰۱۴) ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (کراسبی، ۲۰۱۱)، ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان دریافت کردند و گروه گواه نیز هیچ درمانی دریافت نکرد. در پایان دوره و نیز یک ماه بعد از خاتمه درمان، نیز از هر سه گروه پس‌آزمون و پیگیری گرفته شد. تحلیل داده‌ها با روش‌های تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر، تحلیل واریانس چندمتغیری، آزمون بونفرونی و آزمون توکی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

ابزار

پرسشنامه جمعیت شناختی: اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات و وضعیت تأهل را جمع‌آوری می‌کند.
پرسشنامه فزون‌کنش جنسی^۱ (HBI-19): یک ابزار خود گزارش‌دهی است که توسط (رید، گاروس و کارپنتر، ۲۰۱۱) برای سنجش دقیق تر افراد درگیر فزون‌کنشی جنسی درست شده است.

۱. Hypersexual behavior index (HBI)

درمانی بالا نیز از نتایج این مطالعه بود. کراسبی و توهینگ (۲۰۱۶) یک مطالعه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با عنوان "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در استفاده مشکل‌زا از پورنوگرافی" انجام دادند. ۲۸ مرد مبتلا به اعتیاد پورنوگرافی در دو گروه مداخله و گواه قرار گرفتند و پروتکل ۱۲ جلسه‌ای درمانی دریافت برای بیماران اجرا کردند. نتایج مطالعه کاهش معناداری در میزان تماشای پورنوگرافی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل نشان داد. در پس‌آزمون، ۹۳ درصد کاهش و در پیگیری ۳ ماهه، ۸۳ درصد کاهش در میزان تماشای پورنوگرافی گزارش شده بود.

با وجود پیامدهای فردی و اجتماعی مهمی که اعتیاد جنسی برای مبتلایان به همراه دارد، تاکنون پژوهش مداخله‌ای در ایران برای بررسی اثربخشی روی آوردهای مختلف در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی انجام نشده است و مطالعات خارجی که در این راستا صورت گرفته است، محدود و عمدتاً بر اساس مطالعات بدون گروه گواه و گزارش‌های موردی می‌باشد و برای راهنمایی کردن درمانگران از نظر بهترین تکنیک درمانی ناکافی هستند (گارسیا، اسامپکو، ملوی-دینیز، دوفرتاز و تی باوت، ۲۰۱۶). هدف پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی و رفتار فزون‌کنشی جنسی بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی است و برای این منظور سؤالات زیر مطرح است:

۱. آیا درمان شناختی رفتاری بر علائم افسردگی و رفتار فزون‌کنشی جنسی بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی اثربخش است؟
۲. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی و رفتار فزون‌کنشی جنسی بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی اثربخش است؟
۳. آیا بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود. متغیر مستقل، عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری و گروه گواه) و متغیرهای وابسته، نمرات آزمودنی‌ها در آزمون افسردگی بک و مقیاس رفتار فزون‌کنشی جنسی در پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش، مردان بالای ۱۸ سال مبتلا به اعتیاد جنسی ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۸

برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): با توجه به اینکه تاکنون بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی در ایران تهیه نشده است، بسته فعلی از هم‌آمیزی پروتکل‌های همخوان برای اعتیاد جنسی یعنی پروتکل مربوط به درمان استفاده اجباری پرونوگرافی (کراسبی، ۲۰۱۱) و پروتکل اجرایی جلسات ACT (هیز، ۲۰۰۱) تهیه شده است. برای بررسی تناسب فرهنگی و بومی این پروتکل از نظرات افراد متخصص در ایران استفاده شد (جدول ۱).

برنامه درمانی مبتنی بر شناختی رفتاری (CBT): با توجه به اینکه در ایران تاکنون بسته درمانی شناختی رفتاری برای بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی تهیه نشده است، بسته فعلی از هم‌آمیزی پروتکل‌های همخوان برای اعتیاد جنسی یعنی پروتکل ترجمه شده درمان شناختی رفتاری گروهی در اعتیاد جنسی دانشگاه بریتیش کلمبیا (مکانتی، ۲۰۱۴) و نیز راهنمای سوء مصرف مواد محرک تهیه شده است. در نهایت برای بررسی تناسب فرهنگی و بومی این پروتکل از نظرات افراد متخصص در ایران استفاده شد (جدول ۲).

یافته‌ها

میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده گرفت. ۳۰ نفر در این پژوهش شرکت داشتند، میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۰/۷۳ با انحراف معیار ۷/۸۶ بود. ۱۶/۷ درصد از شرکت‌کنندگان، تحصیلات زیر دیپلم، ۴۳/۳ درصد دیپلم، ۳۳/۳ درصد لیسانس و ۶/۷ درصد فوق لیسانس داشتند.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمرات افسردگی و رفتار فزون‌کنشی جنسی در هر دو مداخله درمانی (درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) کاهش داشت و این کاهش‌ها در پیگیری نیز تداوم داشت. اما در گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده نشد. جهت ارزیابی معناداری تغییرات مذکور در سه گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون برخی از پیش‌فرض‌های مهم مورد بررسی قرار گرفت.

آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۶ و آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (رید، گاروس و کارپتر، ۲۰۱۱). این ابزار شامل ۱۹ ماده می‌باشد که فزون‌کنشی جنسی را در سه بعد (مهارگری، پیامدها و مقابله) بررسی می‌کند. تعداد گویه‌ها در بعد مهارگری ۸ عدد، در بعد پیامدها ۷ و در بعد مقابله‌ای ۴ عدد است و افراد پاسخ‌های خود را در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای رتبه‌بندی می‌کنند. آیت‌های ۲، ۴، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۵ و ۱۶ به زیرمقیاس کنترل، آیت‌های ۱، ۳، ۶، ۸، ۱۳، ۱۶ و ۱۸ به پیامدها، آیت‌های ۵، ۹، ۱۴ و ۱۹ به آیت‌م مقابله‌ای مربوط است. نمرات پاسخ داده شده در دامنه ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) هست، که نمره بالاتر از ۵۳ در ملاک‌های تشخیص بالینی، فزون‌کنشی جنسی قرار می‌گیرد. پایایی به دست آمده برای مؤلفه مهارگری ۰/۸۲، پیامدها ۰/۸۰، بعد مقابله‌ای ۰/۸۶ و کل مقیاس ۰/۹۰ است که حاکی از پایایی مطلوب مقیاس می‌باشد. مقدار آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شده است (شالچی و سیدهاشمی، ۱۳۹۶).

پرسشنامه افسردگی تجدیدنظر شده بک^۱ (BDI-II): این ابزار یک پرسشنامه ۲۱ سؤالی خودگزارشی است که برای ارزیابی میزان شدت افسردگی طراحی شده است (بک، وارد، مندلسون، ماک و ارباگ، ۱۹۶۱). و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ گزارش شده است. نمره کلی از صفر تا ۶۳ است. ۲۱ آیت‌م به ترتیب شامل غمگینی، بدبینی، ناکامی و احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، خودبیزاری، خودسرزنی، افکار خودکشی، گریه، بی‌قراری، بی‌علاقگی، کاهش قدرت تصمیم‌گیری، احساس بی‌ارزش بودن، تحلیل رفتن انرژی، تغییر الگوی خواب، تحریک‌پذیری، تغییر اشتها، اشکال در تمرکز، احساس خستگی و کاهش میل جنسی است (بک، استیر و کاربین، ۱۹۸۸). ماده‌های ۱ تا ۵، ۷، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۲۰ و ۲۱ مربوط به عامل شناختی - عاطفی و ماده‌های ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ به عامل بدنی مرتبط هستند. باید خاطر نشان کرد که ماده‌های ۵، ۱۵ و ۲۰ برای روی عامل‌های اول و دوم، بار عاملی مشترک دارند (رجبی و کاجور کسمایی، ۱۳۹۱). این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و از ثبات درونی (۰/۷۸-) و پایایی آزمون - بازآزمون (۰/۷۴) برخوردار است (قاسم‌زاده، مجتبابی، کرم‌مقدیری و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵).

^۱. Beck Depression Inventory (BDI)

جدول ۱. محتوای جلسه‌های مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی

عنوان	محتوی	تکلیف
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، مشخص کردن قوانین و قواعد گروه، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، صحبت درباره رویدادهای خصوصی (فکر، احساس، علائم بدنی، میل جنسی و خاطرات) و توضیح درباره شناسایی تفاوت بین این رویدادهای خصوصی و رفتارها، مطرح کردن مثال مربوط به اسکانس ۱۰۰ هزار تومانی	مونیتور کردن و ثبت کردن میل جنسی در طول هفته و نحوه پاسخ‌دهی به آن
جلسه دوم	توضیح و تشریح پیرامون تلاش‌ها برای مهارگری میل جنسی، توضیح درباره کارایی این تلاش‌ها در کوتاه مدت و بلندمدت، ایجاد احساس درماندگی خلاقانه، مطرح کردن استعاره چاله و پیشنهاد رها کردن مهارگری	ثبت تلاش‌هایی که برای کنترل میل و وسوسه جنسی صورت گرفته است، ثبت موارد موفق و ناموفق در کنترل میل جنسی
جلسه سوم	معرفی پذیرش به عنوان یک گزینه جایگزین برای مهارگری، توضیح و توصیف پارادوکس مهارگری با استفاده از استعاره کیک شکلاتی، مطرح کردن تعهد رفتاری برای تغییر رفتار.	تمرین تجربه کردن و پذیرش وسوسه و امیال جنسی
جلسه چهارم	توصیف و توضیح ناهم‌آمیزی شناختی و کمک کردن به بیماران برای شکست قواعد زبانی با استفاده از تمرین تکرار واژه "شیر"، توضیح درباره هویت افراد و افکار آنان به عنوان دو موضوع مجزا.	تمرین آواز خواندن افکار با صدای بلند
جلسه پنجم تا هشتم	ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس، توضیح و تشریح تکنیک حضور در لحظه و توجه به احساسات و افکار بدون قضاوت کردن و کنترل کردن آنها، تأکید بر اصل پذیرش و آگاهی از احساسات و افکار جنسی، آگاهی دادن به بیمار که خود مفهومی را از خود زمینه‌ای تمایز دهد و به این بینش برسد که مساوی با افکار و احساساتش نیست، با استفاده از استعاره خانه با مبلمان.	تکلیف ذهن آگاهی در موقعیت‌های مختلف همراه با پذیرش بدون قضاوت افکار و احساسات جنسی، تمرین مرور خاطرات با آگاهی و بدون قضاوت.
جلسه نهم	تعریف ارزش‌ها به عنوان یک مفهوم، کمک به بیماران برای شناسایی ارزش‌های زندگی، انتخاب ارزش‌ها و سنجش اهمیت آنها، آگاه شدن بیماران برای بررسی موانع پیشروی در مسیر تحقق ارزش‌ها.	تمرین مهارت‌های آموخته شده، تمرین مراسم تدفین، تکلیف کاربرگ ارزش‌ها و ارزیابی اهمیت و اولویت آنها، تکلیف کاربرگ نوشتن اهداف در راستای ارزش‌ها
جلسه دهم	توضیح درباره مشخص کردن هماهنگی بین ارزش‌ها و اعمال فعلی، کمک کردن به بیمار برای گسترش رفتارهای هماهنگ با ارزش‌ها، بحث درباره احتمال عود و لغزش و مدیریت آن با استفاده از مهارت‌های ACT	تکلیف کاربرگ رفتارهای هماهنگ با ارزش‌ها
جلسه یازدهم	خلاصه کردن درمان با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، مروری بر فرآیندهای ACT در مدیریت لغزش، مرور فرآیندهای ACT در خاتمه درمان	تمرین مهارت‌های آموخته شده

جدول ۲. محتوای جلسه‌های مداخله گروهی درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی

عنوان	محتوی	تکلیف
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، مشخص کردن قوانین و قواعد گروه، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، تعریف کردن اعتیاد و اجبار جنسی و ایجاد انگیزه برای تغییر و تعهد مراجع به بهبودی	تکمیل کاربرگ کاوش فواید و مضرات ادامه اعتیاد جنسی و عدم ادامه اعتیاد جنسی، تکمیل کاربرگ چارت فقدان‌ها و کاربرگ تعهد به تغییر
جلسه دوم	توضیح حوزه‌های مربوط به اعتیاد جنسی (تروما، دل‌بستگی و فرصت)، بحث درباره اهداف شرکت‌کنندگان برای بهبودی، معرفی مدل درمان شناختی رفتاری در اعتیاد جنسی و بحث درباره شروع‌کننده‌ها یا برانگیزاننده‌های جنسی (درونی و بیرونی) و ارتباط بین شروع‌کننده‌ها و رفتار جنسی	تکمیل کاربرگ اهداف کوتاه مدت من و قدم‌های لازم برای رسیدن به این اهداف، یادداشت روزانه موقعیت‌های برانگیزاننده
جلسه سوم	توصیف وسوسه جنسی و توضیح درباره ارتباط بین شروع‌کننده‌ها، وسوسه‌های جنسی و نهایتاً رفتار جنسی، بحث تعاملی پیرامون ماهیت وسوسه جنسی، ابراز آن و احساسات و افکار مرتبط با آن، بررسی باورهای بیماران درباره وسوسه جنسی و به چالش کشیدن باورهای غلط بیماران درباره وسوسه جنسی، بررسی رفتارهای بیمار به دنبال وسوسه، توضیح روش‌های آبی برای مهار وسوسه (راهبردهای رفتاری، شناختی، آرام سازی و تخلیل)	تکمیل کاربرگ فرم ثبت روزانه وسوسه‌های جنسی و کارهای مقابله‌ای در برابر آن و نیز کاربرگ برنامه وسوسه من.
جلسه چهارم	توضیح درباره لغزش، بحث تعاملی درباره باورهای بیماران پیرامون لغزش و به چالش کشیدن باورهای نادرست آنان، توصیف عود و رفتارهای پیش‌ساز آن، تفاوت بین لغزش و عود و اهمیت جلوگیری از پیشروی لغزش به عود، توضیح درباره افکار پیش‌ساز عود و ارتباط آن با احساسات و رفتارهای زمینه‌ساز عود، تشریح راه‌های مقابله‌ای در هنگام مواجهه با رفتارهای پیش‌ساز عود	تکمیل کاربرگ شناسایی و ثبت افکار، احساسات و رفتارهای پیش‌ساز عود، تکمیل کاربرگ ثبت رفتارهای پیش‌ساز عود و راه‌های مقابله با آن
جلسه پنجم	توضیح درباره ارتباط بین پردازش شناختی با اعتیاد جنسی، توصیف و تشریح تحریف‌های شناختی و بحث تعاملی درباره خطاهای شناختی بیماران و ارتباط آن با اعتیاد جنسی، توضیح درباره پردازش شناختی سالم و جایگزین کردن تفکر مثبت و سازنده بجای تفکر غیرسازنده	تکمیل کاربرگ ثبت خطاهای شناختی من با ذکر مثال، تکمیل کاربرگ ثبت خطاهای شناختی و تفکرات سازنده و غیرسازنده

جدول ۲. محتوای جلسه‌های مداخله گروهی درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی		
عنوان	محتوی	تکلیف
جلسه ششم	توضیح و بحث تعاملی درباره هیجان‌های مختلف و ارتباط بین هیجان‌های با رفتارهای جنسی، توصیف و توضیح ابعاد مختلف هیجان (بدنی، احساسی و ذهنی)، توضیح پیرامون هیجان‌ها و رویدادهای برانگیزاننده هیجان‌ها، توضیح و توصیف شرم و احساس گناه و بحث تعاملی درباره تجارب هیجانی بیماران	تکمیل کاربرگ ثبت تجربه‌های هیجانی و تجزیه ابعاد آن، تکمیل کاربرگ مربوط به موارد احساس گناه و اقدامات جبرانی مرتبط با آن
جلسه هفتم	توصیف و توضیح یک زنجیره رفتاری و آموزش شکستن یک رفتار جنسی به خرده رفتارها، توضیح درباره اهمیت شکستن رفتارهای جنسی برای جلوگیری از لغزش و عود احتمالی	تکمیل کاربرگ شکستن رفتارهای جنسی، تکمیل کاربرگ بررسی خرده رفتارهای مربوط به یک رفتار جنسی و پیدا کردن رفتارهای جایگزین در این زنجیره رفتاری
جلسه هشتم	توصیف و توضیح مفهوم خودارزشی و بحث تعاملی درباره خودارزشی و فعالیت‌های مؤثر در افزایش احساس ارزشمندی، توضیح پیرامون موضوع تصمیم‌گیری، در نظر گرفتن نتایج مثبت و منفی احتمالی آن و ارتباط بین تصمیم‌گیری‌های فرد در زمینه‌های مختلف و پیامدهای رفتاری و هیجانی مرتبط با اعتیاد جنسی.	تکمیل کاربرگ ارزشمندی من و ویژگی‌های مثبت من، تکمیل کاربرگ تصمیم‌گیری و منافع و مضرات کوتاه مدت و بلندمدت آن
جلسه نهم	توصیف یک سبک زندگی جنسی سالم، بحث تعاملی درباره تأثیر این سبک زندگی جنسی بر جنبه‌های مختلف زندگی آن، بحث و بازبینی درباره اهداف فردی کوتاه مدت و بلندمدت، تأیید و تقویت تغییراتی که تاکنون انجام شده، خلاصه نمودن تعهد مراجع به برنامه درمان و تغییراتی که تاکنون رخ داده است.	تکمیل کاربرگ مرور و بازبینی اهداف کوتاه مدت و بلندمدت

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مربوط به سه گروه درمانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری						
مداخله	متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار
درمان شناختی رفتاری	افسردگی	۳۳/۱۰۰	۹/۷۹	۱۹/۰۰	۶/۶۸	۶/۳۶
	رفتار فزون‌کنشی جنسی	۶۶/۱۰۰	۵/۵۴	۵۵/۹۰۰	۴/۷۰	۴/۷۸
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	افسردگی	۳۲/۷۰۰	۹/۱۸	۱۷/۸۰۰	۵/۰۷	۵/۰۶
	رفتار فزون‌کنشی جنسی	۶۵/۲۰۰	۴/۵۶	۵۵/۵۰۰	۴/۶۲	۴/۸۶
گروه گواه	افسردگی	۳۴/۱۰۰	۱۹/۱۸	۳۴/۴۰۰	۸/۹۵	۷/۵۷
	رفتار فزون‌کنشی جنسی	۶۵/۰۰	۳/۳۶	۶۴/۷۰۰	۲/۷۱	۳/۸۰

ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه، بررسی شد تا مسیر آماری صحیح (پارامتریک یا غیر پارامتریک) انتخاب گردد. پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از آزمون شاپیرو - ویلک (shapiro-wilk) بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک در متغیرهای افسردگی و فزون‌کنشی جنسی از لحاظ آماری معنادار نبود ($P > 0/05$)، بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن نمرات تأیید شد. لذا سه گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مثل سن و تحصیلات مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج تحلیل نشان داد که سه گروه از نظر سن و سطح تحصیلات با هم تفاوت معناداری ندارند. همچنین، رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن و تحصیلات) با متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین آنها وجود ندارد. همچنین مفروضه خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته و متغیرهای کوواریت نیز برقرار بود. با توجه به همبستگی پایین و مثبت بین

متغیرهای کوواریت ($r = 0/04$)، از مفروضه هم‌خطی چندگانه اجتناب شده است. نتایج حاصل از آزمون باکس و عدم معناداری آن در مورد همسانی کوواریانس‌های متغیرهای افسردگی و فزون‌کنشی جنسی در سه گروه نشان داد که پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته بین سه گروه رعایت شده است. همچنین، نتایج آزمون لوین و عدم معناداری آن نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروه‌ها مساوی بوده است (جدول ۴). همچنین آزمون کرویت موچلی برای همگنی واریانس کوواریانس رعایت شده است.

برای ارزیابی چند متغیری از لامبدای ویلکز استفاده می‌شود. نتایج آزمون لامبدا به عنوان رایج‌ترین آزمون مورد نظر در تحلیل واریانس چند متغیری حاکی از آن است که تفاوت معنی‌داری بین نمرات متغیرهای افسردگی و فزون‌کنشی جنسی در سه بار اجرای

مطالعه، بررسی شد تا مسیر آماری صحیح (پارامتریک یا غیر پارامتریک) انتخاب گردد. پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از آزمون شاپیرو - ویلک (shapiro-wilk) بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک در متغیرهای افسردگی و فزون‌کنشی جنسی از لحاظ آماری معنادار نبود ($P > 0/05$)، بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن نمرات تأیید شد. لذا سه گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مثل سن و تحصیلات مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج تحلیل نشان داد که سه گروه از نظر سن و سطح تحصیلات با هم تفاوت معناداری ندارند. همچنین، رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن و تحصیلات) با متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین آنها وجود ندارد. همچنین مفروضه خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته و متغیرهای کوواریت نیز برقرار بود. با توجه به همبستگی پایین و مثبت بین

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و گروه همچنین بین نمرات متغیر افسردگی و فزون‌کنشی جنسی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه مداخله و

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته بین سه گروه

متغیر	مرحله ارزیابی	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	آزمون F	معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	۲	۲۷	۰/۰۴۲	۰/۹۵۹
	پس‌آزمون	۲	۲۷	۰/۸۸۹	۰/۴۲۳
	پیگیری	۲	۲۷	۱/۰۲۵	۰/۳۷۲
رفتار فزون‌کنشی جنسی	پیش‌آزمون	۲	۲۷	۳/۰۰۳	۰/۰۶۶
	پس‌آزمون	۲	۲۷	۲/۷۸۸	۰/۰۷۹
	پیگیری	۲	۲۷	۰/۸۴۴	۰/۴۴۱

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نمرات متغیر افسردگی و فزون‌کنشی جنسی

متغیر وابسته	شاخص	ارزش F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی
افسردگی	زمان	۰/۳۲۶	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۷۴
	زمان * گروه	۰/۴۲۲	۴/۰۰۰	۵۲/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۵۰
فزون‌کنشی جنسی	زمان	۰/۰۸۰	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۱۰
	زمان * گروه	۰/۱۵۲	۴/۰۰۰	۵۲/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۱۰

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که عامل درون‌گروهی (زمان) برای دو متغیر افسردگی و فزون‌کنشی جنسی معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمرات افسردگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اثر تعامل بین زمان و گروه در هر دو متغیر معنادار می‌باشد. پس تفاوت میانگین نمرات افسردگی و فزون‌کنشی جنسی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همچنین، تأثیر گروه نیز بر هر دو متغیر معنادار است، بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که

صرف نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات افسردگی و فزون‌کنشی جنسی گروه‌های آزمایشی با گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه تحلیل آماری، آزمون تعقیبی بنفرونی نیز محاسبه گردید. معناداری اثر پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو متغیر افسردگی و فزون‌کنشی جنسی تأیید کننده اثر مداخله، معناداری اثر پیگیری - پیش‌آزمون نشان دهنده اثر زمان و معناداری پس‌آزمون - پیگیری نشان دهنده ثبات مداخله ما است (جدول ۷). مقایسه و عدم تفاوت معنادار دو گروه مداخله در جدول ۸ نشان داده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر نمرات افسردگی و رفتارهای فزون‌کنشی جنسی در دو گروه درمانی و گروه گواه

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اتا
افسردگی	زمان	۱۹۳۱/۰۸۹	۲	۹۶۵/۵۴۴	۳۳/۶۸۳	۰/۰۰	۵۵/۵
	زمان * گروه	۷۳۵/۱۱۱	۴	۱۸۳/۷۷۸	۶/۴۱۲	۰/۰۰	۰/۳۲۲
	گروه	۱۴۷۱/۰۲۲	۲	۷۳۵/۵۱۱	۵/۹۲۲	۰/۰۰۷	۰/۳۰۵
رفتار فزون‌کنشی جنسی	زمان	۹۳۹/۲۶۷	۲	۴۶۹/۶۳۳	۲۲۴/۲۹۴	۰/۰۰	۰/۸۹۳
	زمان * گروه	۴۵۲/۳۳۳	۴	۱۱۳/۰۸۳	۵۴/۰۰۸	۰/۰۰	۰/۰۰۸
	گروه	۷۳۵/۸۰۰	۲	۳۶۷/۹۰۰	۶/۸۰۴	۰/۰۰۴	۰/۳۳۵

متغیر وابسته	مقایسه گروه	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معناداری	فاصله اطمینان	
					حد پایین	حد بالا
افسردگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۹/۵۶۷	۱/۲۹۲	۰/۰۰۰	۶/۲۶۹	۱۲/۸۶۴
	پیگیری - پیش‌آزمون	-۱۰/۰۶۷	۱/۶۶۱	۰/۰۰۰	-۱۴/۳۰۶	-۵/۸۲۷
	پیگیری - پس‌آزمون	-۰/۰۰۵	۱/۱۴۲	۱/۰۰۰	-۳/۴۱۵	۲/۴۱۵
فزون‌کنشی جنسی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۶/۷۳۳	۰/۴۱۸	۰/۰۰۰	۵/۸۷۵	۷/۵۹۲
	پیگیری - پیش‌آزمون	-۶/۹۶۷	۰/۴۱۱	۰/۰۰۰	-۷/۸۰۹	-۶/۱۲۴
	پیگیری - پس‌آزمون	-۰/۲۳۳	۰/۲۷۴	۰/۲۷۴	-۰/۷۹۶	۰/۳۲۹

با توجه به اینکه از سه کلاس رسمی اختلالات برای ارائه‌ی معیارها و اصطلاحات و برای مفهوم‌سازی رفتارهای فزون‌کنشی جنسی استفاده شده است: ۱. اختلال مصرف مواد، ۲. اختلالات مهار کردن تکانه و ۳. اختلالات طیف وسواس (کراسبی، ۲۰۱۱)، و از طرف دیگر پیشینه‌ی پژوهش‌های مداخله‌ای در مورد بیماری اعتیاد جنسی بسیار محدود است (کراسبی و توهینگ، ۲۰۱۶)، در تبیین اثربخشی روی آورده‌ی درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اعتیاد جنسی، از سایر مطالعات مربوط به سوء مصرف مواد، وسواس و نیز اختلال مهار کردن تکانه نیز کمک گرفته شده است.

ACT نوعی از روان‌درمانی است که تجربیات درونی (افکار، احساسات و حس‌های بدنی) را مورد هدف قرار می‌دهد و از استراتژی تغییر رفتار استفاده می‌کند و مشکلات را به همان صورتی که در زمان حال اتفاق می‌افتد، مورد توجه قرار می‌دهد. اثربخشی درمان ACT را در اختلال اعتیاد جنسی می‌توان به واسطه فرآیندهای حاکم بر آن و شش فرآیندی که از درون با هم ارتباط دارند، تبیین کرد که عبارتند از: پذیرش (تمایل به تجربه کردن تجارب درونی و تنظیم نکردن آنها وقتی مفید هستند)، ناهم‌آمیزی شناختی (تجربه کردن تجارب درونی، به طوری که فاقد عملکردهای کلامی اضافه باشند)، ارتباط با زمان حال (توجه بدون قضاوت به تجارب درونی و بیرونی)، عمل متعهدانه (حرکت در جهت ارزش‌گذاری هدف‌ها)، خود به عنوان بافت (تجربه کردن خود به عنوان زمینه‌ای که تجربیات درونی در آن اتفاق می‌افتد و به واسطه تجارب درونی تعریف نمی‌شود) و ارزش‌ها (تعریف کردن بخش‌هایی از زندگی که مهم و با معنا هستند) که نهایتاً منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود (کراسبی، ۲۰۱۱). این انعطاف‌پذیری ذهنی می‌تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه‌هایی

متغیر وابسته	مقایسه گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری
افسردگی	CBT/ACT	۰/۴۶۶	۲/۸۷۷	۰/۹۸۶
رفتار فزون‌کنشی جنسی	CBT/ACT	۰/۵۰۰	۱/۸۹۸	۰/۹۶۳

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی و رفتارهای فزون‌کنشی جنسی در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی صورت گرفته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی و رفتارهای فزون‌کنشی جنسی در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی مؤثر است. درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دو نوع درمان هستند که مبنای تئوری آنها در ادراک افراد از تجارب شان، فرآیند تفکر و تغییر رفتار است و همین امر می‌تواند باعث اثربخشی آنها در رفتارهای فزون‌کنشی جنسی باشد (دربشیر و گرن، ۲۰۱۵). پژوهش‌های بسیار انگشت شماری در ایران درباره اعتیاد جنسی صورت گرفته است (سیدهاشمی، ۱۳۹۸؛ رضایی نسب، ۱۳۹۲؛ سیدهاشمی، شالچی و یعقوبی، ۱۳۹۶) و تقریباً هیچ پژوهش مداخله‌ای تاکنون انجام نشده است. پژوهش‌های خارجی نیز درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری (مکانتی، ۲۰۱۴) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (لانتوم، ۲۰۱۸؛ توهینگ و کراسبی، ۲۰۱۰) در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی محدود است که البته نتایج این مطالعات هماهنگ با نتیجه پژوهش ما هستند و در جستجوهای ما در منابع مطالعاتی پژوهشی خارجی درباره مقایسه اثربخشی این دو روی آورد درمانی در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی پژوهشی یافت نشد.

ژانگ، وو و چی، ۲۰۲۰). از روش‌های درمانی که ارتباط مستقیم و دو سویه‌ای با کاهش افسردگی دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. شاید بتوان گفت علت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی این است که این روی آورد به جای تغییر شکل و فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناخت‌ها و هیجان‌ها، کارکرد آنها را هدف قرار می‌دهد. تغییر کارکرد شناخت و هیجان ساده‌تر از تغییر شکل و محتوای آنها به نظر می‌رسد.

درمان شناختی رفتاری نوعی روان درمانی است که به مراجعان کمک می‌کند تا افکار و احساساتی را که بر روی رفتارشان تأثیر می‌گذارد، شناسایی کرده و تغییر دهند. یکی از فرض‌های بنیادی در درمان شناختی و رفتاری این است که فرآیندهای یادگیری نقش مهمی در ایجاد و تداوم اعتیادها و وابستگی به رفتارهای اعتیادگونه ایفا می‌کند، لذا از همین اصل می‌توان برای کاهش رفتارهای اعتیادی استفاده کرد. به عبارتی، درمان شناختی رفتاری از طریق شناسایی موقعیت‌های پرخطر، اجتناب از موقعیت‌های پرخطر و راهبردهای مقابله‌ای به بیماران کمک کرده است تا رفتارهای جنسی را کاهش دهند (عاشوری، ملازاده و محمدی، ۱۳۸۷).

نتیجه پژوهش ما در اثربخشی درمان شناختی رفتاری هماهنگ با مطالعات مکانتی (۲۰۱۴)، مینارسیک (۲۰۱۶) و هالبرگ و همکاران (۲۰۱۷) بوده است. در جلسات درمانی شناختی رفتاری و آموزش مفهوم اعتیاد و اعتیاد جنسی، بیماران در درجه اول بیماری خود را شناختند و اعتیاد جنسی را به عنوان یک اعتیاد رفتاری پذیرفتند. آگاه کردن بیماران از افکار و باورهای مرکزی منفی‌شان و ارتباط این افکار با هیجان‌ها و نیز رفتارهایی که در ادامه صورت می‌گیرد، کمک کرد تا بیماران بتوانند افکار منفی‌شان را با افکار منطقی جایگزین کنند و خودگویی‌های‌شان رو دوباره سازماندهی کنند. علاوه بر این، نقش شروع‌کننده‌ها در ایجاد و سوسه‌های جنسی، لغزش و نهایتاً عود برای بیماران کاملاً تشریح شد و اینکه شروع‌کننده‌ها عوامل درونی و بیرونی هستند که آنان می‌توانند با شناسایی و کنترل آنان از لغزش و عود جلوگیری کنند. همچنین آنها یادگرفتند که هر رفتار جنسی‌شان را به خرده رفتارهایی تجزیه کنند و فعالیت‌ها و خرده رفتارهای بسیاری را جایگزین کنند تا عمل جنسی مشکل‌زا صورت نگیرد. در واقع، طی جلسات درمانی شناختی رفتاری، بیماران مشکل جنسی‌شان را به عنوان یک بیماری قابل مهار دریافتند که در صورت مدیریت افکار،

که زمینه‌ساز رفتارهای تکانشگری و رفتارهای اعتیادگونه است، نجات دهد. شیوه‌های مبتنی بر پذیرش بجای تلاش برای تنظیم و تغییر افکار، امیال و هیجان‌ها، به مراجع کمک می‌کند تا افکار و احساسات خود را بپذیرد و انجام این کار باعث می‌شود که تهدید کنندگی تجربیات کمتر شده و تأثیر کمتری بر زندگی فرد بگذارد (توهینگ و کراسبی، ۲۰۱۰) علاوه بر این، فرآیندهای ذهن آگاهی که در این روی آورد درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، در شیوه استفاده‌ای که مراجع از توجه خود می‌کند نیز تغییرات عمده‌ای ایجاد می‌کند و به فرد این امکان را می‌دهد تا نظاره‌گر رویدادهای ذهنی‌اش باشد، به جای اینکه این رویدادها را قسمتی از وجود خود بداند (فروزانفر، ۱۳۹۵). نتیجه پژوهش ما هماهنگ با مطالعات محدود در این حوزه می‌باشد (کراسبی، ۲۰۱۱) (کراسبی و توهینگ، ۲۰۱۶). اثربخشی را این گونه می‌توانیم تبیین کنیم که در جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در درجه اول شناخت و پذیرش روانی افراد درباره تجارب ذهنی جنسی (افکار و احساسات جنسی) افزایش و متقابل آن اعمال مهارگری نامؤثر کاهش یافت. بیمار آموخت که او می‌تواند فقط نظاره‌گر یا مشاهده‌گر افکار، احساسات، و سوسه‌های جنسی خود باشد و وجود افکار الزاما به معنای عمل به آنها نمی‌باشد و اینکه هرگونه عملی جهت مهار کردن یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر بوده یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود، در واقع یاد گرفت که باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل بپذیرد. در قدم دوم کمک شد تا آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده شود؛ یعنی کمک شد تا فرد از تمام حالت‌های روانی و افکار و رفتار خود در لحظه‌ی حال آگاهی یابد و خود را از این تجارب ذهنی جنسی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب جنسی عمل کند. آموزش‌ها و تمریناتی که به بیمار داده می‌شد، نهایتاً انعطاف پذیری روانی فرد را افزایش می‌داد، به طوری که او متوجه شد افکار و سوسه‌های جنسی به خودی خود مسأله نیست و در صورت وجود این افکار و سوسه‌ها، غیر از اعمال جنسی مشکل‌زا، فعالیت‌های متعدد دیگری می‌تواند انجام دهد که برای خودش و یا دیگران آسیبی به همراه نداشته باشد. علاوه بر این، اثربخشی ACT بر افسردگی این بیماران هماهنگ با نتیجه سایر مطالعاتی است که اثربخشی این روی آورد را در افسردگی بررسی کرده‌اند (بای، لو،

شالچی، بهزاد و سیدهاشمی، سیدقاسم (۱۳۹۶). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه رفتار فزون‌کنشی جنسی در بین دانشجویان. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۵ (۳)، ۲۵۱-۲۳۹.

فروزانفر، آزاده (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اختلالات مصرف مواد: مروری نظری و پژوهشی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳ (۹)، ۱۶۱-۱۳۰.

عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد و محمدی، نورا (۱۳۸۷). اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیش‌گیری از عود در افراد معتاد. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۳)، ۲۸۸-۲۸۱.

Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.

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.

Birchard, T. (2015). *CBT for compulsive sexual behaviour: A guide for professionals*. Routledge.

Bird, M. H. (2006). Sexual addiction and marriage and family therapy: Facilitating individual and relationship healing through couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 297-311.

Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Hazelden Publishing.

Crosby, J. M. (2011). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of compulsive pornography use: A randomized clinical trial*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY in Psychology. UTAH STATE UNIVERSITY.

Crosby, J. M., & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 47(3), 355-366.

Derbyshire, K. L., & Grant, J. E. (2015). Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *Journal of behavioral addictions*, 4(2), 37-43.

Earle, R. H., Earle, M. R., & Osborn, K. (1995). *Sex addiction: Case studies and management*. Brunner/Mazel.

هیجان‌ها، تعدیل و اصلاح شناخت‌های منفی، تغییر رفتار و خرده رفتارها قادر به مهار کردن آن هستند. علاوه بر این، بکار بردن راهکارهای مقابله‌ای، پرداختن به مفهوم ارزشمندی و بازیابی آن و نهایتاً هدف‌گذاری کردن به کاهش افسردگی و مهارگری رفتارهای فزون‌کنشی جنسی کمک کرد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که فقط مردان مبتلا به اعتیاد جنسی را شامل شده بود و نتیجه این مطالعه قابل تعمیم به زنان مبتلا به اعتیاد جنسی نمی‌باشد. نمونه‌گیری هدفمند و مدت زمان کوتاه پیگیری نیز نقاط ضعف این مطالعه می‌باشند.

پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی در زنان مبتلا به اعتیاد جنسی انجام شود و نیز اثربخشی روی آورده‌های درمانی در زنان و مردان مورد مقایسه قرار گیرد. همچنین، برای بررسی تداوم اثربخشی، انجام پیگیری‌های بعدی از جمله ۶ ماهه توصیه می‌گردد. لازم است که درمانگران در درمان بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی، غیر از رفتار فزون‌کنشی جنسی، مشکلات خلقی بیمار را نیز مورد توجه قرار دهند، زیرا اختلالات خلقی همبندی بسیاری با فزون‌کنشی جنسی دارد و در تشدید اعتیاد جنسی، لغزش و عود بیماری نقش مهمی دارند. نهایتاً اینکه روش‌های درمانی بحث شده می‌تواند به عنوان شیوه‌های مداخله در کلینیک‌ها و یا مراکز درمانی بکار برده شود.

منابع

رضایی‌نسب، فرشته؛ عباسی، ایمان؛ نظیری، قاسم و برزگر، مجید (۱۳۹۲). تعیین طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه در زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه. *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*، ۴ (۱۴)، ۱۰۸-۸۳.

رجبی، غلامرضا و کارجو کسمایی، سونا (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II). *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۰ (۳)، ۱۵۸-۱۳۹.

سیدهاشمی، سیدقاسم؛ شالچی، قاسم و یعقوبی، حسن (۱۳۹۶). پیش‌بینی اختلال فزون‌کنشی جنسی بر اساس 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.

سیدهاشمی، سیدقاسم؛ شالچی، بهزاد؛ حسین‌نژاد، شلاله و مردانی، لطیفه سادات (۱۳۹۸). اعتیاد جنسی و همبودی آن با وابستگی به مواد مخدر. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۶ (۲۱)، ۹۶-۷۷.

- Partial Fulfillment Of The Requirements Of The Degree Of Masters Of Education Counselling Unnersity Of Northern British Columbia. University of British Columbia-Okanagan
- Minarcik, J. (2016). *Proposed Treatment of Problematic Pornography Use: A Cognitive-Behavioral Approach*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Clinical Psychology, University of Arkansas, Fayetteville
- Moskowitz, D. A., & Roloff, M. E. (2007). The ultimate high: Sexual addiction and the bug chasing phenomenon. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(1), 21-40.
- Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D., & Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. *CyberPsychology & Behavior*, 9(3), 348-360.
- Paz, G., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Szabo, A. (2019). Role of Personality Characteristics and Sexual Orientation in the Risk for Sexual Addiction Among Israeli Men: Validation of a Hebrew Sex Addiction Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-15.
- Raymond, N. C., Coleman, E., & Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive psychiatry*, 44(5), 370-380.
- Reid, R. C., Garos, S., & Carpenter, B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18(1), 30-51.
- Shepherd, L. (2010). Cognitive behavior therapy for sexually addictive behavior. *Clinical Case Studies*, 9(1), 18-27.
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Gawrysiak, M. J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2016). The relationship between mindfulness and compulsive sexual behavior in a sample of men in treatment for substance use disorders. *Mindfulness*, 7(4), 866-873.
- Twohig, M. P., & Crosby, J. M. (2010). Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic internet pornography viewing. *Behavior Therapy*, 41(3), 285-295.
- Weiss, D. (2004). The prevalence of depression in male sex addicts residing in the United States. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(1-2), 57-69.
- Yates, P. M. (2004). Treatment of adult sexual offenders: A therapeutic cognitive-behavioural model of intervention. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(3-4), 195-232.
- 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.
- Engel, J., Kessler, A., Veit, M., Sinke, C., Heitland, I., Kneer, J.,... Kruger, T. H. (2019). Hypersexual behavior in a large online sample: Individual characteristics and signs of coercive sexual behavior. *Journal of behavioral addictions*, 8(2), 213-222.
- Fong, T. W. (2006). Understanding and managing compulsive sexual behaviors. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(11), 51.
- Friedman, H. R. (1999). A Gestalt approach to sexual compulsivity. *Sexual Addiction & Compulsivity. The Journal of Treatment and Prevention*, 6(1), 63-75.
- Garcia, F. D., Assumpção, A. A., Malloy-diniz, L., De Freitas, A. A. C., Delavenne, H., & Thibaut, F. (2016). A comprehensive review of psychotherapeutic treatment of sexual addiction. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 11(1), 59-71.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*, 21(4), 185-192.
- Hallberg, J., Kaldo, V., Arver, S., Dhejne, C., & Öberg, K. G. (2017). A cognitive-behavioral therapy group intervention for hypersexual disorder: A feasibility study. *The journal of sexual medicine*, 14(7), 950-958.
- Hayes, S. C., & Gregg, J. (2001). Practice guidelines and the industrialization of behavioral healthcare delivery. In N. A. Cummings, W. O'Donohue, S. C. Hayes, & V. Follette (Eds.), *Integrated behavioral healthcare: Positioning mental health practice with medical/surgical practice*, 211-249. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012198761-9/50017-3>
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 377-400.
- Katehakis, A. (2009). Affective neuroscience and the treatment of sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16(1), 1-31.
- Kingston, D. A. (2015). Debating the conceptualization of sex as an addictive disorder. *Current Addiction Reports*, 2(3), 195-201.
- Lantheaume, S. (2018). ACT in the treatment of sexual addiction: About a clinical case. *L'Encephale*, 44(4), 387-391.
- Leiblum, S. R. (2006). *Principles and practice of sex therapy*. Guilford Press.
- Ley, D. J. (2012). *The myth of sex addiction*. Rowman & Littlefield Publishers.
- M. Adams, D. W. R., Kenneth. (2001). Shame reduction, affect regulation, and sexual boundary development: Essential building blocks of sexual addiction treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8(1), 23-44.
- McAnulty, K. (2014). *A CBT based group for individuals with a sexual addiction*. Project Submitted In