

Research Paper

Evaluating the Effectiveness of Short-term Clinical Guideline to Treat Sexual Addiction Disorder in People With Sexual Addiction: A Clinical Trial



Mohammad Bagher Saberi Zafarghandi¹, *Arash Javaheri¹, Mohsen Shati², Mohsen Roshanpajouh¹

1. Department of Addiction, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Psychiatric Institute), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Psychiatric Institute), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Saberi Zafarghandi M B, Javaheri A, Shati M, Roshanpajouh M. [Evaluating the Effectiveness of Short-Term Clinical Guideline to Treat Sexual Addiction Disorder in People With Sexual Addiction: A Clinical Trial (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 28(2):144-161. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.3864.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.3864.1>



Received: 07 Apr 2021

Accepted: 13 Oct 2021

Available Online: 01 Jul 2022

Keywords:

Clinical Guidelines for Treatment, Sexual Addiction, Hypersexual Behavior

ABSTRACT

Objectives Sex addiction is one type of behavioral addiction that is characterized by extreme fantasies and hard-to-control sexual behaviors. This disorder causes problems in the lives of affected people and their victims. The treatment is non-pharmacological and psychological, which are time-consuming and expensive. Short-term interventions are one of the ways to help these people. This study aims to evaluate the effectiveness of short-term clinical guidelines to treat sexual addiction disorder in affected individuals. **Methods** This was a randomized clinical trial study with pre-test-post-test and follow-up. The studied population in this research included all people with sexual addiction disorder who live in Isfahan City, Iran. The statistical population was those who had the chance to be included in the study. These were individuals who were referred to outpatient and residential drug abuse treatment centers, psychiatric treatment centers, and sexual disorders treatment clinics. Using the balance block randomization method, 30 male subjects who were diagnosed with sex addiction disorder based on the cut-off point of the hypersexual behavior inventory (HBI) with a score of 53 and above were randomly divided into 2 intervention and comparison groups. The intervention group received ten 120-min therapy sessions held weekly. Because of the coronavirus pandemic, the treatment sessions had to be held virtually (Skype). The comparison group was put on hold so that they could benefit from the treatment if the guide was effective. Both groups completed the HBI three times. The first time was immediately before the treatment, the second time immediately after the intervention, and the third time 3 months later in the follow-up phase. The results were analyzed via repeated measures analysis of variance (RM-ANOVA) in the SPSS software, v. 22.

Results In the present study, there were 30 patients with a sexual addiction disorder, of which 15 were in the intervention group and 15 were in the comparison group (the Mean age of the participants was 26.4 years). The Mean scores of HBI in the intervention group in the pretest, post-test, and follow-up stages were 67, 49, and 57, respectively, while the mean scores of HBI in the comparison group were 64, 60, and 59 for the pretest, post-test, and the follow-up, respectively. Repeated measurement findings showed that this clinical guideline is effective in reducing participants' sexual addiction symptoms ($P < 0.01$).

Conclusion Clinical guideline for short-term treatment of sexual addiction disorder is effective in reducing the symptoms of sexual addiction disorder. Using this method, which can be held online, and considering its short time and reduced cost of treatment, allows more people to benefit from it.

*** Corresponding Author:**

Arash Javaheri, PhD.

Address: Department of Addiction, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Psychiatric Institute), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (917) 8837245

E-mail: ajavaheri68@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Sexual addiction is a type of behavioral addiction that has a prevalence of 3%-6% in the general population. In this disorder, fantasies and sexual behaviors are difficult to control and the forced performance of these behaviors causes problems in the lives of sufferers and victims. Considering the significant individual and social complications of this disorder, therapeutic interventions are necessary. To treat sexual addiction disorder, we need to use approaches that are known to treat different types of addictions; that is, a multi-factor treatment plan with a biological, psychological, social, and spiritual approach. Although many of these multifactorial approaches have been effective in treating sexual addiction disorder, they are very long-lasting and time-consuming to the extent that some of them take about 5 years. Their implementation in Iran is associated with major challenges given the economic situation of the clients along with other factors, including cross-sectoral coordination. Therefore, there is a need to develop and use short-term treatment guidelines that are affordable. A review of sources showed that the development and evaluation of a specific short-term guideline to treat people with sex addiction has not been done in Iran. Accordingly, compiling a short-term clinical guide and its clinical evaluation was on the agenda of the addiction department of the Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health, [Iran University of Medical Sciences](#). The compilation of guidelines and its clinical study in the form of a doctoral dissertation was assigned to one of the students. The dissertation went through its own legal and scientific stages and the guide was compiled and the study of its effectiveness began. In this article, the results of the study of the effectiveness of clinical guideline to treat sexual addiction (CGTSA) disorder in people with sex addiction is presented.

Methods

This was a randomized clinical trial study with pretest-posttest and follow-up. Using the balance block randomization method, 30 male subjects who were diagnosed with sex addiction disorder based on the cut-off point of the hypersexual behavior inventory (HBI) with a score of 53 and above were randomly divided into two intervention and comparison groups. The intervention group received ten 120-min treatment sessions held weekly. Because of the coronavirus pandemic, the treatment sessions had to be held virtually (Skype). The comparison group was put on hold so that they could benefit from the treat-

ment if the guide was effective. Both groups completed HBI three times. The first time was immediately before treatment, the second time immediately after the intervention, and the third time 3 months later in the follow-up phase. The results were analyzed using the repeated measures analysis of variance (RM-ANOVA) method in the SPSS software, v. 22.

Results

The age range of the participants was between 18 and 35 years and the mean age was 26.4. The level of education and marital status of the members of the studied groups was almost the same. Among the participants in the study, 7 individuals had a diploma (23.33%), 18 individuals had a bachelor's degree (60%), and 5 individuals had a master's degree (16.66%). A total of 25 participants in the study were single (83.33%) and 5 participants were married (16.66%).

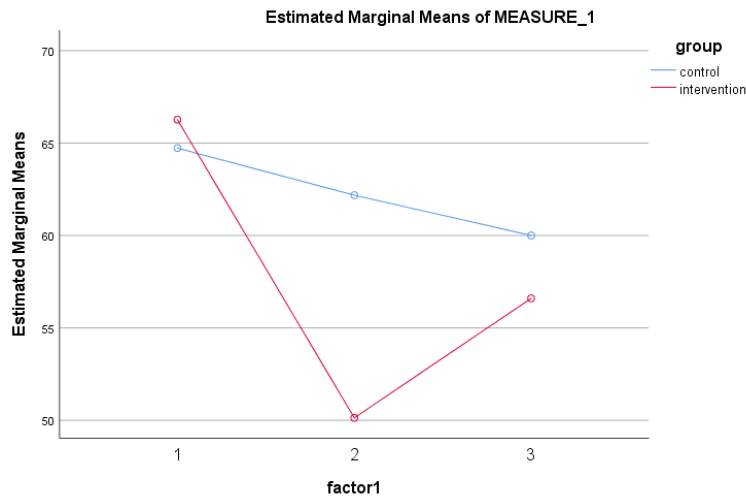
The results of RM-ANOVA for intragroup and intergroup effects of the treatment-type time CGTSA for the HBI variable are shown in [Table 1](#).

The results of [Table 1](#) show that the effect of measurement time on HBI scores is significant (Sig.=0.002, F=12.212). Under these conditions, regardless of the studied groups, there is a significant difference between the mean scores of HBI in the pretest, posttest, and follow-up. Also, the interactive effect of time and treatment group is significant (Sig.=0.023, F=1.487). In other words, the difference in the mean HBI scores at different times varies according to the intervention and comparison groups.

As [Figure 1](#) shows, the results of RM-ANOVA indicate that the intervention group in the posttest and follow-up stages had a significant decrease compared to the control group in the scores of HBI and the scores and symptoms of sex addiction decreased. The post-test results showed the effectiveness of the treatment; however, the follow-up results showed that the stability of the treatment decreases over time.

Discussion

The results of the present study showed that CGTSA is effective in treating sexual addiction disorder and can cause a significant and rapid reduction in the symptoms of sexual addiction. Therefore, this low-cost and short-term treatment guideline can be used to treat sex addiction. With CGTSA, clients become aware of the nature of their illness and accept sex addiction as a disorder, can identify internal and external drivers, and resist craving and lapses. These patients can replace any sexual behavior with



Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Figure 1. Changes between intervention and comparison groups in 3 stages (pre-test, post-test, follow-up)

Table 1. Repeated Measures Analysis of Variance results for within-group and between-group effects of time with type of treatment (CGTSA) for HBI variable.

Source	Factor 1	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncentrality Parameter	Observed Power
Factor 1	Linear	746.327	1	746.327	12.122	0.002	336	12.122	0.916
	Quadratic	754.160	1	754.160	21.816	0.000	476	21.816	0.994
Factor1×group	Linear	91.558	1	91.558	1.487	0.023	0.058	1.487	0.216
	Quadratic	620.006	1	620.006	17.935	0.000	0.428	17.935	0.982
Error (factor 1)	Linear	1477.615	24	61.567					
	Quadratic	829.667	24	34.569					

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

a healthy one. During treatment, with the diagnosis of comorbid disorders, an appropriate referral is made to follow up on treatment. CGTSA based on people’s perceptions of their experiences, changes in behavior and lifestyle modifications, and regular monitoring of patients’ status made the treatment effective.

The use of a convenience sampling technique, the selection of male subjects, and the short-time follow-up limited the generalizability of the results. Future studies with larger sample sizes, the random sampling technique, long-term follow-ups, and the selection of both male and female subjects can help generalize the results and confirm the stability of the findings over time. Overall, it can be concluded that CGTSA can significantly affect the dimensions of sex addiction. Accordingly, patients had more control over their thoughts, feelings, and behaviors related to sex addiction after treatment. In the coping dimension, the use of sexual intercourse and behavior as a means to

get rid of unpleasant feelings decreased in patients, and in the consequences dimension, job, social, educational, and interpersonal dysfunctions decreased as well.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The present study was approved by the Ethics Code 945/1399 in the Ethics Committee of the research vice chancellor of [Iran University of Medical Sciences](#) and was registered in the [Iranian Registry of Clinical Trial \(IRCT\)](#) (Code: IRCT20200905048628N1). All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This article was taken from the PhD thesis of Arash Javaheri in the Department of Addiction Studies, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health, [Iran University of Medical Sciences](#). This thesis was conducted in collaboration with the Vice President for Research and Technology, [Iran University of Medical Sciences](#).

Authors contributions

Research, conceptualization, editing, finalization of writing, supervision, and project management: Mohammad Bagher Saberi Zafarghandi, Arash Javaheri. Methodology: Mohsen Shati, Mohsen Roshanpajouh.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to express their gratitude to Mohammad Kazem Najafi, sex therapist, and manager of Kazi and Kazi school and Ali Akbar Ebrahimi, Head of Prevention Welfare of Isfahan Province, and all respected clients who helped to increase the knowledge in diagnosis and treatment of sexual addiction disorder with their participation and cooperation.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

بررسی اثربخشی راهنمای بالینی کوتاه‌مدت درمان اختلال اعتیاد جنسی در افراد مبتلا به اعتیاد جنسی: یک کارآزمایی بالینی

محمدباقر صابری زفرقندی^۱، آرش جواهری^۱، محسن شتی^۲، محسن روشن‌پژوه^۱

۱. گروه اعتیاد، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.



Citation Saberi Zafarghandi M B, Javaheri A, Shati M, Roshanpajouh M. [Evaluating the Effectiveness of Short-term Clinical Guideline to Treat Sexual Addiction Disorder in People With Sexual Addiction: A Clinical Trial (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 28(2):144-161. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.3864.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.3864.1>

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۸ فروردین ۱۴۰۰
تاریخ پذیرش: ۲۱ مهر ۱۴۰۰
تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۱

اهداف اعتیاد جنسی یکی از انواع اعتیادهای رفتاری است که با خیال‌پردازی‌های افراطی و رفتارهای جنسی سخت قابل کنترل مشخص می‌شود. این اختلال باعث مشکل در زندگی افراد مبتلا و همچنین افراد قربانی می‌شود. درمان عموماً غیردارویی و روان‌شناختی است که زمان‌بر و پرهزینه هستند. آزمایشات کوتاه‌مدت، یکی از راهکارها برای کمک به این افراد است. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی راهنمای بالینی کوتاه‌مدت درمان اختلال اعتیاد جنسی در افراد مبتلا انجام شده است.

مواد و روش‌ها مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش، شامل همه افراد دچار اختلال اعتیاد جنسی بود که در شهر اصفهان زندگی می‌کنند. جامعه آماری کسانی بودند که شانس قرار گرفتن در مطالعه را داشتند. این افراد شامل مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی سرپایی و اقامتی مصرف مواد، مراکز درمانی روان‌پزشکی و کلینیک‌های درمان اختلالات جنسی بودند. با استفاده از روش بلوک‌های متوازن تصادفی شده، ۳۰ آزمودنی مرد که براساس نقطه برش پرسش‌نامه رفتار فزون‌کنشی جنسی با نمره ۵۳ و بالاتر مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی تشخیص داده شدند به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه در نظر گرفته شد. مدت هر جلسه ۱۲۰ دقیقه بود که به‌صورت هفتگی برگزار شد. جلسات با توجه به پاندمی کرونا به‌صورت مجازی برگزار شد (اسکایپ). گروه کنترل در حالت انتظار قرار گرفتند تا اگر راهنما اثربخش بود، بتوانند از آن بهره‌مند شوند. هر ۲ گروه پرسش‌نامه رفتار فزون‌کنشی جنسی را در ۳ نوبت تکمیل کردند. اول بلافاصله قبل از شروع، دوم بلافاصله بعد از اتمام آزمایش و سوم ۳ ماه بعد در مرحله پیگیری بود. تجزیه و تحلیل نتایج با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها در پژوهش حاضر ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی حضور داشتند که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند (میانگین سنی افراد شرکت‌کننده ۲۶/۴ سال بود). میانگین نمرات رفتار فزون‌کنشی جنسی گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۶۷، ۴۹ و ۵۷ بود. میانگین نمرات رفتار فزون‌کنشی جنسی گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۶۴، ۶۰ و ۵۹ بود. یافته‌های اندازه‌گیری مکرر نشان داد این راهنمای بالینی در کاهش علائم اعتیاد جنسی شرکت‌کنندگان مؤثر است ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری راهنمای بالینی درمان کوتاه‌مدت اختلال اعتیاد جنسی در کاهش علائم اختلال اعتیاد جنسی اثربخش است. استفاده از این روش که امکان برگزاری به‌صورت برخط را نیز دارد، به دلیل مدت کوتاه و به تبع آن کاهش هزینه درمان، این امکان را فراهم می‌کند تا افراد بیشتری بتوانند از مزایای آن بهره‌مند شوند.

کلیدواژه‌ها:

راهنمای بالینی درمان،
اختلال اعتیاد جنسی، رفتار
فزون‌کنشی جنسی

* نویسنده مسئول:

دکتر آرش جواهری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، گروه اعتیاد.

تلفن: ۸۸۳۲۲۴۵ (۹۱۷) ۹۸+

رایانامه: ajavaheri68@gmail.com

مقدمه

اختلال در عملکرد و بروز پیامدهای منفی در روابط بین فردی، شغلی، اجتماعی، تحصیلی، قانونی و سلامت جسمی و روانی برای مبتلایان [۱۲] ۳ ملاک اصلی برای اعتیاد جنسی هستند. اعتیاد جنسی اثرات نامطلوب سایر اعتیادهای رفتاری را دارد. همچنین به دلیل رفتارهای جنسی پرخطر و تماس‌های جنسی محافظت‌نشده خطر ابتلا و انتشار عفونت‌های مقاربتی مثل ایدز و اچ‌آی‌وی وجود دارد. حاملگی‌های ناخواسته نیز از عوارض جدی این اختلال است [۱۴-۱۶]. این افراد در معرض درگیر شدن با انواع رفتارهای پرخطر، از جمله مصرف مواد مخدر، دخانیات، الکل، کوکائین و مت‌آمفتامین نیز هستند [۱۶-۲۰، ۲۶، ۷].

با توجه به عوارض فردی و اجتماعی قابل توجه این اختلال، انجام آزمایشات درمانی ضروری است. در ارتباط با درمان اختلال اعتیاد جنسی اختلاف نظرهایی وجود دارد. برخی اعتقاد دارند این اختلال باید به‌عنوان یک اعتیاد و با نگاه به درمانی که برای معتادان مواد مخدر مطرح است، درمان شوند. برخی نیز بر این نظر هستند که این اختلال باید در طبقه‌بندی اختلالات جنسی یا اختلال در کنترل تکانه قرار گرفته و درمان متناسب و همسو با آن اختلالات را دریافت کنند [۲۱].

فارغ از اختلاف نظرهای مذکور، آنچه مسلم شده این است که برای درمان اختلال اعتیاد جنسی باید از رویکردهایی که در درمان انواع اعتیادها شناخته شده‌اند، یعنی یک طرح درمانی چندعاملی با رویکرد زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی استفاده کرد [۲۲، ۲۳]. در کنار درمان دارویی، اثربخشی آزمایشات غیردارویی، از جمله راهبردهای شناختی رفتاری [۲۷-۲۴]، روان‌درمانی روان‌پویشی [۲۵، ۲۸] درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۲۹]، ذهن‌آگاهی [۳۰]، گشتالت‌درمانی [۳۱]، برنامه درمانی مبتنی بر انجام تکلیف و پروتکل درمانی رفتارهای جنسی خارج از کنترل [۳۲] ثابت شده است.

همچنین درمان گروهی و انفرادی، مصاحبه انگیزشی [۲]، رویکردهای شناختی رفتاری [۱۳] برای شناسایی راه‌اندازه‌ها، مهارت‌های رفتاری دیالکتیکی برای مدیریت ولع‌ها، راهبردهای پیشگیری از عود [۴]، درمان بینش‌محور جهت شناسایی عمیق‌تر علت و انگیزه‌ها، خانواده‌درمانی برای حل تعارضات، ورزش و رژیم غذایی مناسب، درمان اختلالات روانی و اعتیادهای هم‌بود، برنامه ۱۲ قدم و استفاده از داروهای روان‌پزشکی [۱۵] با هدف کاهش رفتارهای جنسی ناسازگار و کاهش ولع نیز توصیه می‌شود [۵].

در اعتیاد رفتاری^۱ فرد برخلاف آگاهی نسبت به نتایج منفی احتمالی، میل شدید و غیرقابل کنترلی برای تکرار برخی رفتارهای لذت‌بخش دارد. قبل از شروع رفتار، فرد تنش زیادی را احساس می‌کند که انجام فعالیت‌ها به‌صورت موقت موجب آرامش فرد می‌شود. از نظر روان‌شناختی، عصب‌شناختی و اجتماعی، این الگوهای رفتاری تکراری که به‌عنوان «رفتار اعتیادی»^۲ شناخته می‌شوند مشابه الگوی رفتار اعتیادی در سایر مواد و الکل هستند [۱].

یکی از اعتیادهای رفتاری، با شیوعی بین ۳ تا ۶ درصد در جمعیت عمومی [۳، ۵، ۱۳، ۱۴] اعتیاد به رابطه جنسی (اعتیاد جنسی)^۳ است. در این اختلال، خیال‌پردازی و رفتارهای جنسی به سختی قابل کنترل هستند و انجام اجباری این رفتارها باعث مشکلاتی در زندگی افراد مبتلا و همچنین قربانیان می‌شود [۲]. اعتیاد جنسی [۲-۵]، رفتار جنسی تکانشی اجباری [۵]، [۲] و سواس جبری جنسی^۴ [۳، ۶]، فزون‌کنشی یا بیش‌فعالی جنسی^۵ [۷، ۸]، رفتار جنسی اجبارگونه^۶ [۸]، اختلال جنسی تکانشی^۷ [۹] اصطلاحات مختلفی هستند که به توصیف افرادی می‌پردازد که احساس می‌کنند بر ابراز رفتارهای جنسی‌شان کنترل ندارند.

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در ویرایش پنجم^۸، طبقه جدیدی تحت عنوان «اختلال فزون‌کنشی یا بیش‌فعالی جنسی» پیشنهاد کرده‌است. این اختلال با خودارضایی، استفاده از پورنوگرافی، حضور در باشگاه رقص لختی‌ها، تکرار خیانت زناشویی، برقراری ارتباط از طریق اینترنت و برقراری رابطه جنسی، برقراری رابطه جنسی با روسپی‌ها، رابطه جنسی محافظت‌نشده با افراد متعدد و سایر رفتارهای برانگیزاننده جنسی مشخص می‌شود. این رفتارها با وجود تلاش‌های فراوان برای کنترل یا به تعویق انداختن آن‌ها به‌صورت اجبارگونه انجام می‌شود که در نهایت، عملکرد فردی و اجتماعی افراد مبتلا را مختل می‌کند [۸، ۱۰، ۱۱].

به‌عبارتی اول، اشتغال فکری و سواس گونه به خیال‌پردازی‌ها و رفتارهای جنسی که حداقل به‌مدت ۶ ماه طول کشیده باشد؛ دوم، عدم توانایی کنترل این خیال‌پردازی‌ها و رفتارهای جنسی با وجود تلاش‌های فراوان برای کنترل یا به تعویق انداختن آن‌ها و سوم،

1. Behavioral Addiction
2. Addictive Behavior
3. Sexual Addiction
4. Sexual Compulsivity
5. Hyper Sexuality
6. Compulsive Sexual Behavior (CSB)
7. Impulsive Sexual Disorder
8. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)

9. Psychodynamic Psychotherapy
10. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
11. Mindfulness
12. Motivational Interview
13. Cognitive Behavioral Approaches
14. Relapse Prevention
15. Psychopharmacology

روش

پس از تدوین راهنمای بالینی تألیفی مطابق دست‌نامه سازمان بهداشت جهانی^{۱۷} [۳۷، ۳۸]، فاز درمان آغاز شد. پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده [۳۹] با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری است. در واقع، این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی با نمونه انسانی و از لحاظ هدف پژوهش، کاربردی است. حجم نمونه براساس جی‌پاور با توجه به در نظر گرفتن آلفای ۰/۵ و بتای ۰/۲ برای ارزیابی یک اندازه اثر متوسط برای مقایسه ۲ گروه در ۳ اندازه‌گیری مکرر، برابر ۲۸ نفر (یعنی هر گروه ۱۴ نفر) برآورد شد. با توجه به ریزش احتمالی، حجم نمونه ۳۰ نفر بود. طرح مطالعه از نوع طراحی موازی^{۱۸} بود.

جمعیت مورد مطالعه از بین مردان دچار اختلال اعتیاد جنسی که در شهر اصفهان زندگی می‌کردند و معیار قرار گرفتن در مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. جامعه آماری از افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سرپایی و اقامتی مصرف مواد، مراکز درمانی روان‌پزشکی و مراکز درمان اختلالات جنسی انتخاب شدند.

در ابتدا اطلاع‌رسانی با انتشار فراخوان، در خصوص هدف پژوهش انجام شد. ۱۰۰ نفر اعلام آمادگی کردند که از بین جمعیت مورد مطالعه طبق ملاک‌های ورود و خروج، نمونه‌ای به تعداد ۳۰ نفر مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی انتخاب شدند. از این بین، ۴ نفر از آزمودنی‌ها در گروه کنترل از پژوهش خارج شدند (۲ نفر در پیگیری پاسخگو نبودند و ۲ نفر دیگر تمایل داشتند در گروه انتظار نباشند). ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تمایل فرد و وجود معیارهای تشخیص اختلال اعتیاد جنسی بودند. ملاک‌های خروج، وجود ناتوانی ذهنی، علائم روان‌پریشی، اختلال ۲ قطبی، افکار حاد خودکشی، مصرف مواد مخدر یا افیونی، مصرف دارو و داشتن هرگونه اختلال جسمی از قبیل سابقه ضربه به سر همراه با بیهوشی، تشنج، تومور مغزی و غیره موجب اختلال‌های شناختی و روان‌شناختی بودند.

افراد براساس روش بلوک‌های متوازن تصادفی شده^{۱۹} به گروه‌های مختلف تقسیم شدند. مسئول تصادفی‌سازی، دانشجوی دکتری مطالعات اعتیاد با مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناس بالینی بود. ارزیابی معیارهای ورود و خروج و اخذ رضایت آگاهانه توسط مسئول تصادفی‌سازی انجام شد، سپس افراد نزد مسئول پذیرش مرکز درمانی که جدول تصادفی‌سازی در اختیار ایشان بود، ارجاع داده شدند. اسامی این افراد به ترتیب در جدول تصادفی‌سازی ثبت شد. سپس یک کارت به افراد داده شد که کد جدول تصادفی‌سازی و نام آن فرد روی کارت نوشته شده بود. آزمودنی‌ها هر زمان که برای آزمایش یا پیگیری مراجعه می‌کردند این کد را به همراه داشتند و این مبنای ثبت اطلاعات در مراجعات بعدی بود.

کارنر نیز برنامه‌ای طراحی کرده که مبتنی بر تکلیف است. در این مجموعه، از کتاب کارهای عملی و تکالیف خانگی با تأکید فراوان بر خودمراقبتی، تغذیه، ورزش، استراحت، تفکر و تأمل، دوستی و زندگی سالم برای بیماران استفاده شده است. علاوه بر این، رفتار جنسی و خودارضایی کاملاً کنترل و به شکلی معرفی می‌شوند که موجب ارتقای اهداف جنسی سالم و اجتناب از راه‌اندازها به منظور پیشگیری از عود شوند [۳۳-۳۵].

راهنمای درمانی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری هالبرگ [۱۹]، از نظر اثربخشی، تناسب و کارایی مطالعه شده است. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری گروهی برای اختلال فزون‌کنشی جنسی مناسب بوده و در پایان درمان، کاهش قابل توجهی در علائم اختلال فزون‌کنشی جنسی مشاهده شده است.

نتایج پژوهش فیروزی خجسته‌فر و همکاران [۳۶] نشان داد درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و رفتار فزون‌کنشی بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی تأثیر داشتند و بین این ۲ روش تفاوت معناداری وجود نداشت. بیشتر درمانگران با تجربه با این عقیده لوین [۱۱] موافق هستند که اعتیاد جنسی و اختلالات مرتبط نتیجه تعامل پیچیده زیست‌شناسی، روان‌شناسی و فرهنگ است؛ بنابراین درمانگران باید عوامل زیادی را که در ایجاد و تداوم فزون‌کنشی جنسی نقش دارند، شناسایی و به‌صورت ماهرانه مدیریت کنند.

با وجود اینکه بسیاری از این رویکردهای چندعاملی در درمان اختلال اعتیاد جنسی اثرگذار بوده‌اند [۱۹]، اما بسیار طولانی‌مدت و زمان‌بر هستند؛ تا جایی که برخی از آن‌ها حدود ۵ سال طول می‌کشد که اجرای آن‌ها در ایران با توجه به وضعیت اقتصادی مراجعان و عوامل دیگر، از جمله هماهنگی‌های بین‌بخشی با چالش‌های اساسی همراه است. پس ضرورت تدوین و به‌کارگیری روش‌های درمانی کوتاه‌مدت و ارزان قیمت احساس می‌شود.

مرور منابع نشان داد تدوین و ارزیابی راهنمای اختصاصی کوتاه‌مدت درمان افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی در ایران انجام نشده است. به‌همین منظور، تدوین یک راهنمای بالینی کوتاه‌مدت و ارزیابی بالینی آن در دستور کار گروه اعتیاد دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفت. تدوین راهنما و مطالعه بالینی آن در قالب پایان‌نامه دکتری به یکی از دانشجویان واگذار شد. پایان‌نامه مراحل قانونی و علمی خودش را طی کرد و تدوین راهنما انجام و مطالعه اثربخشی آن نیز شروع شد. در این مقاله، نتایج بررسی اثربخشی راهنمای بالینی درمان اختلال اعتیاد جنسی^{۱۶} در افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی که حاصل پایان‌نامه نویسنده مسئول این مقاله است (آرش جواهری) ارائه می‌شود.

17. World Health Organization (WHO)

18. Parallel Design

19. Balance Block Randomization

16. Clinical Guideline for Treatment of Sex Addiction (CGTSA)

تأییدی نیز از برازش مطلوبی برخوردار بوده است (CFI=۰/۹۸).

۲. راهنمای بالینی درمان اختلال اعتیاد جنسی: مطابق دست‌نامه سازمان بهداشت جهانی [۳۷، ۳۸] توصیه‌ها و دستورالعمل‌هایی که برای کمک به ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی و سایر ذی‌نفعان در تصمیم‌گیری‌های آگاهانه در نظر گرفته شده است را راهنمای بالینی گویند. مطابق این دست‌نامه ۴ مدل راهنما شامل راهنمای مشورتی سریع^{۲۲}، راهنمای استاندارد^{۲۳}، راهنمای کامل^{۲۴} و راهنمای تألیفی یا گردآوری‌شده^{۲۵} وجود دارد.

طبق تعریف راهنمای تألیفی شامل توصیه‌ها و دستورالعمل‌های فعلی از سازمان بهداشت جهانی یا سایر منابع است و دستورالعمل جدیدی را شامل نمی‌شود. راهنمای بالینی درمان اختلال اعتیاد جنسی از نوع تألیفی و مطابق شیوه تدوین راهنمای تألیفی تدوین شده است. دلیل انتخاب روش تألیفی برای تدوین راهنما نیاز به یک راهنمای کوتاه‌مدت با توجه به وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در ایران بود.

در ابتدا گروه تدوین راهنما که شامل ۲ روان‌پزشک عضو هیئت علمی، ۱ متخصص آمار عضو هیئت علمی استادان راهنما و مشاور پایان‌نامه، ۱ نفر دکترای مطالعات اعتیاد عضو هیئت علمی و ۱ نفر دکترای روان‌شناسی بالینی عضو هیئت علمی و دیگری دانشجوی دکترای مطالعات اعتیاد بود، مراحل تدوین راهنما را مشخص و در نهایت، راهنمای تدوین‌شده را تأیید کردند. مطابق بررسی‌های انجام‌شده دستورالعملی از سازمان بهداشت جهانی در رابطه با اعتیاد جنسی یافت نشد، به همین جهت از سایر منابع معتبر و به‌روز استفاده شد.

پس از ارزیابی نهایی، بر استفاده از ۴ منبع برای گردآوری راهنما شامل ویس [۱۲]، هالبرگ [۱۹]، کارنز [۳۵] و ویس [۴۷] توافق شد. منبع اول ترجمه شده و تحت عنوان کتاب کار اعتیاد جنسی در دسترس است. مواردی که از منبع دوم استفاده شده (صفحه ۳۷) بیشتر شامل آزمایشات شناختی رفتاری است. منبع سوم در واقع، یک قسمت از مجموعه جامع کتاب کارهای پاتریک کارنز است که برای ۱ دوره ۵ ساله طراحی شده است. درمان مربوط به ۱۳۰ روز اول در این کتاب (صفحات ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۶۷، ۸۲ و ۱۴۰) برای راهنمای تألیفی استفاده شد. منبع چهارم نیز قسمتی از یک کتاب راهنماست که موارد هم‌پوشانی آن با راهنمای تألیفی در صفحات ۲۴۷، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۶۳ و ۲۶۴ و ۲۶۵ آمده است. راهنما پس از تدوین و تأیید گروه تدوین برای اجرای آزمایشی^{۲۶} آماده شد.

روش تصادفی‌سازی، ساده و واحد تصادفی‌سازی فردی بود. متخصص اپیدمیولوژی مشاور طرح با استفاده از نرم‌افزار اکسل، جدول بلوک‌های ۴ تایی متوازن را برای مطالعه طراحی و ترسیم کرد. در این کارآزمایی بالینی محتوای طراحی‌شده برای گروه آزمایش، براساس پیشینه پژوهشی، در نظر گرفتن مشکلات ویژه بیماران مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی و استفاده از محتوای منابع مربوطه (۱۲، ۱۹، ۳۵، ۴۷) تدوین شد. تشخیص اختلال اعتیاد جنسی براساس پرسش‌نامه رفتار فزون‌کنشی جنسی^{۲۰} انجام شد. از این ۳۰ نفر، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایش، راهنمای بالینی در قالب ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی انجام شد (با توجه به شرایط ناشی از همه‌گیری بیماری کووید-۱۹، جلسات از طریق فضای اسکایپ برگزار شد).

گروه کنترل هم در حالت انتظار قرار گرفتند که اگر راهنما اثربخش بود بعداً برای آن‌ها نیز انجام شود. بلافاصله پس از آزمایش و ۳ ماه پس از آزمایش نیز آزمودنی‌ها با پرسش‌نامه رفتار فزون‌کنشی جنسی ارزیابی و نتایج با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^{۲۱} تحلیل شد. امکان انصراف آزمودنی‌ها از پژوهش و استفاده از درمان‌های دیگر در صورت ضرورت در هر زمان وجود داشت.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه رفتار فزون‌کنشی جنسی

این پرسش‌نامه که توسط کافکا [۷] برای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در ویرایش پنجم پیشنهاد شده است، رفتارهای افراد درگیر در رفتارهای فزون‌کنشانه و اعتیادگونه جنسی را به‌صورت دقیق ارزیابی می‌کند. این ابزار شامل ۱۹ سؤال خودگزارشی است که در آن افراد پاسخ‌های خود را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌کنند. نمرات پاسخ‌داده‌شده در دامنه ۱ (هرگز)، تا ۵ (همیشه) قرار می‌گیرند. این ابزار، فزون‌کنشی جنسی را در ۳ بُعد (کنترل، پیامدها و مقابله) بررسی می‌کند.

تعداد گویه‌ها در بُعد کنترل ۸ عدد، در بُعد پیامدها ۷ و در بُعد مقابله‌ای ۴ عدد است. آیت‌های ۲، ۴، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، 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. نقطه برش این پرسش‌نامه نمره ۵۳ و بالاتر است [۴۲]. ویژگی‌های روان‌سنجی آن در ایران از سوی سید هاشمی [۴۳] مطلوب گزارش شده است و ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای ۳ زیرمقیاس کنترل، پیامدها و مقابله‌ای به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۶ به‌دست آمده و نتایج تحلیل عاملی

22. Rapid Advice Guidelines
23. Standard Guidelines
24. Full Guidelines
25. Compilations of Guidelines
26. Pilot

20. Hypersexual Behavior Inventory (HBI)
21. Anova Repeated Measures

جدول ۱. خلاصه برنامه جلسات

جلسات	خلاصه برنامه
اول	معارفه، توضیح روند اجرایی، معرفی منطق درمان و تدوین قوانین گروه. توضیح مقدماتی درباره آشنایی با اعتیاد جنسی و اطمینان بخشی از محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان.
دوم	مرور مختصر مطالب گذشته و رفع اشکال. توضیح ملاک‌های اصلی اعتیاد جنسی، شناخت اعتیاد جنسی، توضیح راهاندازهای اعتیاد جنسی و ذکر رایج‌ترین راهاندازهای درونی و بیرونی. توضیح چرخه اعتیاد جنسی، پرسش: هرگونه اقدامی که تاکنون برای ترک و کاهش اعتیاد جنسی انجام داده‌اید را ذکر کرده و بگویید چقدر موفق بوده‌اید. تکالیف: نوشتن فهرستی از اهدافی که در طی فرایند تعریف کنترل جنسی می‌خواهید انجام دهید و فرم پایش وجود / عدم وجود لغزش.
سوم	مرور مختصر مطالب گذشته و رفع اشکال، بررسی تکالیف. معرفی راهاندازهای اصلی هریک از مراجعان، توضیح فرمت SMART در رابطه با هدف‌گذاری، توضیح لزوم تکمیل جدول برنامه هفتگی ۷×۲۴. تکالیف: نوشتن ۵ هدف برای کنترل اعتیاد جنسی طبق فرمت SMART فرم پایش وجود / عدم وجود لغزش و تکمیل جدول برنامه هفتگی ۷×۲۴.
چهارم	مرور مختصر مطالب گذشته و رفع اشکال، بررسی تکالیف. توضیح ابزارهای اصلی کنترل جنسی (استفاده از بازدارنده، لیست سپاس‌گزاری، استفاده از کش لاستیکی، قانون ۳ ثانیه). تکالیف: فرم پایش وجود / عدم وجود لغزش، میزان استفاده از ابزارهای کنترل جنسی و تکمیل جدول برنامه هفتگی ۷×۲۴.
پنجم	مرور مختصر مطالب گذشته و رفع اشکال، بررسی تکالیف، آموزش و اجرای تمرین تن‌آرامی ۱۲ مرحله‌ای. تکالیف: فرم پایش وجود / عدم وجود لغزش، میزان استفاده از ابزارهای کنترل جنسی، میزان انجام تمرین تن‌آرامی ۱۲ مرحله‌ای و تکمیل جدول برنامه هفتگی ۷×۲۴.
ششم	مرور مختصر مطالب گذشته و رفع اشکال، بررسی تکالیف، ادامه توضیح ابزارهای اصلی کنترل جنسی (آموزش تکنیک گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه اعتیادی)، آموزش و اجرای تمرین تن‌آرامی ۸ مرحله‌ای. تکالیف: فرم پایش وجود / عدم وجود لغزش، میزان استفاده از ابزارهای کنترل جنسی، میزان انجام تمرین تن‌آرامی ۸ مرحله‌ای و تکمیل جدول برنامه هفتگی ۷×۲۴.
هفتم	مرور مختصر مطالب گذشته و رفع اشکال، بررسی تکالیف، ادامه توضیح ابزارهای اصلی کنترل جنسی (تهیه جعبه‌ابزار قابل حمل برای خودتان)، آموزش و اجرای تمرین تن‌آرامی ۴ مرحله‌ای. تکالیف: فرم پایش وجود / عدم وجود لغزش، میزان استفاده از ابزارهای کنترل جنسی، میزان انجام تمرین تن‌آرامی ۴ مرحله‌ای و تکمیل جدول برنامه هفتگی ۷×۲۴.
هشتم	مرور مختصر مطالب گذشته و رفع اشکال، بررسی تکالیف، ادامه توضیح ابزارهای اصلی کنترل جنسی (آموزش تکنیک یادآور شخصی برای کنترل، طرح خروج اضطراری). تکالیف: فرم پایش وجود / عدم وجود لغزش، میزان استفاده از ابزارهای کنترل جنسی، میزان انجام تمرین تن‌آرامی ۴ مرحله‌ای و تکمیل جدول برنامه هفتگی ۷×۲۴.
نهم	مرور مختصر مطالب گذشته و رفع اشکال، بررسی تکالیف، بررسی تاریخچه جنسی، تاریخچه مصرف مواد، تاریخچه روابط / روابط صمیمی، تاریخچه کاری، تاریخچه اعتیاد جنسی. تکالیف: فرم پایش وجود / عدم وجود لغزش، میزان استفاده از ابزارهای کنترل جنسی، میزان انجام تمرین تن‌آرامی ۴ مرحله‌ای و تکمیل جدول برنامه هفتگی ۷×۲۴.
دهم	مرور مختصر مطالب گذشته و رفع اشکال، بررسی تکالیف، تعریف زندگی جنسی سالم و ابعاد آن، مرور جلسات، گرفتن فیدبک، آمادگی برای پایان. تکالیف: فرم پایش وجود / عدم وجود لغزش، میزان استفاده از ابزارهای کنترل جنسی، میزان انجام تمرین تن‌آرامی ۴ مرحله‌ای و تکمیل جدول برنامه هفتگی ۷×۲۴.

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

همان‌طور که در **جدول شماره ۳** مشاهده می‌شود، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل اعضای گروه‌های مورد مطالعه نیز تقریباً مشابه یکدیگر است. از شرکت کنندگان در پژوهش، ۷ نفر دارای سطح تحصیلات دیپلم (۲۲/۳۳ درصد)، ۱۸ نفر لیسانس (۶۰ درصد) و ۵ نفر دارای تحصیلات فوق لیسانس (۱۶/۶۶ درصد) بودند. ۲۵ نفر از شرکت کنندگان در پژوهش، مجرد (۸۳/۳۳ درصد) و ۵ نفر از شرکت کنندگان، متأهل (۱۶/۶۶ درصد) بودند.

برای سنجش معناداری تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ متغیر تحصیلات آزمون کای‌اسکوئر انجام شد که نتایج حاکی از عدم تفاوت معنادار بین گروه‌ها بود ($Sig.=0/984$). برای سنجش معناداری تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ متغیر وضعیت تأهل آزمون کای‌اسکوئر انجام شد که نتایج حاکی از عدم تفاوت معنادار بین گروه‌ها بود ($Sig.=0/249$).

راهنمای بالینی درمان اختلال اعتیاد جنسی، راهنمای کاربردی یا شیوه‌نامه اجرایی و مشتمل بر همه اقدامات درمان روان‌شناختی و اجتماعی جهت درمان افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی است [۴۴]. این راهنما در قالب ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی انجام شد. خلاصه برنامه جلسات در **جدول شماره ۱** شرح داده شده است.

یافته‌ها

دامنه سنی بین ۱۸ تا ۳۵ سال و میانگین ۲۶/۴ بود. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بررسی شد. همان‌طور که اطلاعات موجود در **جدول شماره ۲** نشان می‌دهد ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار داشتند.

جدول ۲. تعداد، درصد و نتایج آزمون کای اسکوئر متغیرهای تحصیلات و وضعیت تأهل بین ۲ گروه

χ^2 (Sig.)	تعداد (درصد)		گروه	متغیر
	کنترل	آزمایش		
۰/۰۳۲ (Sig.=۰/۹۸۴)	۴(۲۶/۶۶)	۳(۲۰)	دیپلم	تحصیلات
	۸(۵۳/۳۳)	۱۰(۶۶/۶۶)	لیسانس	
	۳(۲۰)	۲(۱۳/۳۳)	فوق لیسانس	
۱/۳۳۰ (Sig.=۰/۲۴۹)	۱۳(۸۶/۶۶)	۱۲(۸۰)	مجرد	وضعیت تأهل
	۲(۱۳/۳۳)	۳(۲۰)	متاهل	
	۱۵(۱۰۰)	۱۵(۱۰۰)		مجموع

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

همان‌طور که جدول شماره ۵ نشان می‌دهد فرض کرویت برقرار است ($P > 0.05$)؛ بنابراین در جدول شماره ۶ از اطلاعات مربوط به برقراری مفروضه کرویت استفاده شده است. نتایج تحلیل اثرات درون و بین‌گروهی در جدول شماره ۶ خلاصه شده است.

نتایج حاصل از جدول شماره ۶ نشان می‌دهد تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات رفتار فزون‌کنشی جنسی معنادار است ($F=12/122$, $Sig=0/002$). با این شرایط می‌توان بیان کرد صرف‌نظر از گروه‌های مورد مطالعه، بین میانگین نمرات رفتار فزون‌کنشی جنسی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه درمان معنادار است ($F=1/487$, $Sig=0/235$). به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمرات رفتار فزون‌کنشی جنسی در زمان‌های مختلف با توجه به گروه آزمایش و کنترل متفاوت است.

جدول شماره ۳ شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به نمرات پرسش‌نامه رفتار فزون‌کنشی جنسی در ۲ گروه در ۳ مقطع زمانی (بلافاصله قبل از آزمایش، بلافاصله بعد از آزمایش، ۳ ماه پس از آزمایش) را نشان می‌دهد.

همان‌طور که داده‌های جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، میان میانگین ۲ گروه در زمان‌های مختلف اجرا در مقیاس رفتار فزون‌کنشی جنسی تفاوت وجود دارد.

بر اساس اطلاعات حاصل از جدول شماره ۴ نتایج آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز مربوط به تعامل متغیر رفتار فزون‌کنشی جنسی با عضویت گروهی معنادار ($P < 0.01$)، به عبارت دیگر، این اطلاعات نشان می‌دهد که میان سه مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین ۲ گروه در متغیر وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. پیش از بررسی دقیق‌تر این تفاوت‌ها نیاز به بررسی فرض کرویت است که بدین منظور از آزمون موجلی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی متغیر رفتار فزون‌کنشی جنسی

مرحله	گروه	میانگین \pm انحراف معیار	درصد
پیش‌آزمون	کنترل	۶۴/۷۳ \pm ۷/۷۳۴	۵۰
	آزمایش	۶۶/۲۷ \pm ۸/۱۲۸	۵۰
	مجموع	۶۵/۶۲ \pm ۷/۸۴۴	۱۰۰
پس‌آزمون	کنترل	۶۲/۱۸ \pm ۶/۶۴۶	۵۰
	آزمایش	۵۰/۱۳ \pm ۸/۱۲۳	۵۰
	مجموع	۵۵/۲۳ \pm ۹/۵۶۴	۱۰۰
پیگیری	کنترل	۶۰/۰۰ \pm ۶/۷۰۸	۵۰
	آزمایش	۵۶/۶۰ \pm ۱۲/۷۱۶	۵۰
	مجموع	۵۸/۰۴ \pm ۱۰/۵۵۸	۱۰۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر راهنمای بالینی درمان اختلال اعتیاد جنسی در درمان اختلال اعتیاد جنسی

منبع تغییرات	آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی	Sig.	اندازه اثر η^2p	توان آزمون
رفتار فزون‌کنشی جنسی	لامبدای ویلکز	۰/۳۶۲	۱۰/۷۶۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸	۱/۰۰۰
رفتار فزون‌کنشی جنسی × گروه درمان	لامبدای ویلکز	۰/۵۱۶	۱۰/۷۶۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۴	۰/۹۷۹

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۵. نتایج آزمون موجلی برای بررسی فرض کرویت متغیر رفتار فزون‌کنشی جنسی

اثر درون‌گروهی	W موجلی	کای اسکوتر تقریبی	Df	Sig	اپسپلین
					گرین هاوس گایزر
رفتار فزون‌کنشی جنسی	۰/۸۸۳	۲/۸۶۹	۲	۰/۲۳۸	هین فلت
					۱/۰۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

با هدف‌گذاری مطابق فرمت استاندارد و ارائه فرم جدول برنامه هفتگی، درمان‌جویان از چرخه اعتیاد جنسی آگاه شده و توانستند به درک واقع‌بینانه‌تری از روند درمان اختلال اعتیاد جنسی برسند. نقش راه‌اندازهای درونی و بیرونی در ایجاد وسوسه‌های جنسی، لغزش و نهایتاً عود برای بیماران کاملاً تشریح شد و به‌منظور جلوگیری از وقوع وسوسه از فرم لغزش / عدم وجود لغزش و ابزارهای اصلی کنترل جنسی استفاده شد. همچنین آن‌ها یاد گرفتند که هر رفتار جنسی خود را با توجه به چرخه اعتیاد جنسی با یک رفتار سالم جایگزین کنند و به این شکل از انجام عمل جنسی جلوگیری کنند.

تمرین تن‌آرامی به‌منظور بالا بردن آستانه تحمل بیماران در مقابله با موقعیت‌هایی که راه‌انداز چرخه اعتیاد جنسی هستند، آموزش داده شد. به‌منظور درک همه‌جانبه اختلال، تاریخچه اشتغال و تاریخچه اختلالات روان‌پزشکی هم‌بود و مصرف مواد نیز بررسی شد و برای هر یک از اختلالات هم‌بود، ارجاع انجام شد. درواقع، طی جلسات درمانی، بیماران مشکل اعتیاد جنسی را به‌عنوان یک بیماری قابل‌مهار دریافتند که در صورت اصلاح سبک زندگی، درک و فهم زندگی جنسی سالم و ابعاد آن قادر به مهار کردن آن هستند.

همان‌طور که تصویر شماره ۱ نشان می‌دهد نتایج آزمون تحلیل واریانس با داده‌های تکراری حاکی از آن است. گروه آزمایش در پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل در نمرات پرسش‌نامه رفتار فزون‌کنشی جنسی کاهش معناداری داشته و نمرات و علائم اختلال اعتیاد جنسی کاهش داشته است.

نتایج پس‌آزمون بیانگر اثربخشی درمان بود، اما نتایج پیگیری نشان داد پایداری درمان با گذشت زمان کم می‌شود. برای بررسی تفاوت نمرات بین ۲ گروه در مرحله پیگیری، از آزمون تی مستقل استفاده شد و نتایج بیانگر معناداری تفاوت بین نمرات ۲ گروه در مرحله پیگیری بود ($F=6$, $Sig.=0/014$).

بحث

پژوهش حاضر بعد از تدوین راهنمای بالینی اختلال اعتیاد جنسی در درمان اختلال اعتیاد جنسی که حاصل پایان‌نامه بود با هدف بررسی اثربخشی آن انجام شده است. نتایج تحلیل آماری نشان داد گروه آزمایش پس از درمان، بهبود بیشتری نسبت به گروه کنترل در پرسش‌نامه رفتار فزون‌کنشی جنسی نشان داده‌است. در جلسات درمانی راهنمای بالینی اختلال اعتیاد جنسی، بیماران در ابتدا ماهیت بیماری خود را شناختند و اعتیاد جنسی را به‌عنوان یک اعتیاد رفتاری پذیرفتند.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای درون‌گروهی و بین‌گروهی زمان با نوع درمان برای متغیر رفتار فزون‌کنشی جنسی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر η^2p	توان آزمون
زمان	۷۴۶/۳۲۷	۱	۷۴۶/۳۲۷	۱۲/۱۲۲	۰/۰۰۲	۰/۳۳۶	۰/۹۱
زمان * گروه درمان	۹۱/۵۵۸	۱	۹۱/۵۵۸	۱/۴۸۷	۰/۲۳۵	۰/۰۵۸	۰/۲۱
خطا	۱۴۷۷/۶۱۵	۲۴	۶۱/۵۶۷	-	-	-	-

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

فیروزی خجسته‌فر و همکاران [۳۶] در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و رفتار فزون‌کنشی بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی پرداختند. برای این پژوهش که در سال ۱۳۹۸ و در شهر تهران انجام شد، ۳۰ بیمار به روش گلوله‌برفی انتخاب شدند. نتایج نشان داد درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و رفتار فزون‌کنشی بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی تأثیر داشتند و بین این ۲ روش تفاوت معناداری وجود نداشت.

ویلسون [۴۹] در پژوهش خود، ۲ روش درمانی هنردرمانی و درمان شناختی‌رفتاری را برای افراد مبتلا به اعتیاد جنسی مقایسه کرد. جلسات هر ۲ گروه شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. نتایج نشان داد میزان کاهش برخی نشانه‌ها (شرم) در گروه هنردرمانی به اندازه گروه درمان شناختی‌رفتاری نبود. کاهش رفتارهای جنسی معتادگونه در هر ۲ گروه معنادار و برابر بود.

کراسبی و توهیگ [۴۶] در یک کارآزمایی بالینی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۲۷} را برای افرادی که دچار استفاده مشکل‌ساز از پورنوگرافی برخط بودند، بررسی کردند. این پژوهش شامل ۱ گروه ۲۷ نفری از مردان بود که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انفرادی قرار گرفتند. تعداد جلسات ۱۲ و زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. نتایج نشان داد کاهش استفاده از پورنوگرافی در گروه درمان ۹۳ درصد و در گروه کنترل ۲۱ درصد بود. در پیگیری ۳ ماهه، توقف کامل استفاده از پورنوگرافی در ۳۵ درصد آزمودنی‌ها و کاهش حداقل ۷۰ درصدی در ۷۴ درصد آزمودنی‌ها مشاهده شد.

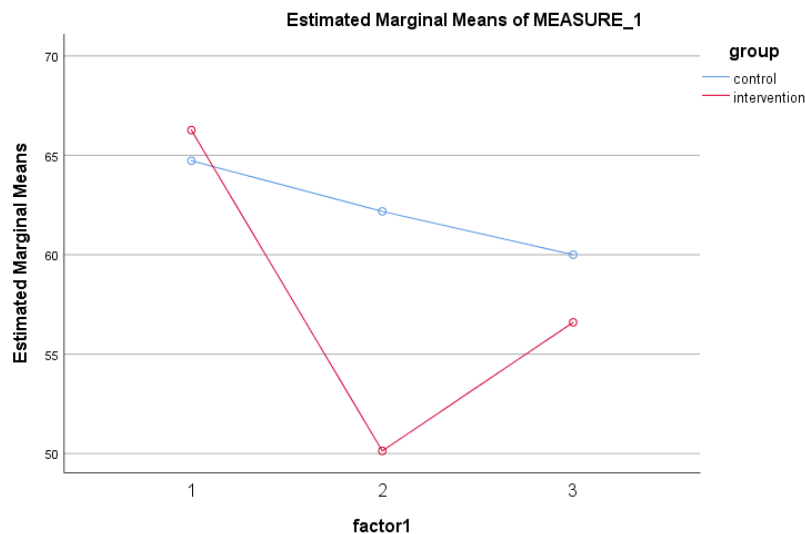
27. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

همان‌طور که یافته‌ها نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۲ گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری مشاهده شد که نشان از اثربخشی آزمایش در کاهش نشانه‌های اختلال اعتیاد جنسی دارد.

این نتایج با یافته‌های سایر تحقیقات فیروزی خجسته‌فر و همکاران [۳۶]، مینارسیک [۴۵]، هالبرگ [۱۹]، کروسبی و توهیگ [۴۶]، مارک لاسر [۴۱]، کارنز [۴، ۳۵]، ویس [۴۷] که در زمینه اثربخشی یک برنامه درمانی بر اختلال اعتیاد جنسی انجام شده‌اند، هم‌خوانی دارد [۴۸، ۴۳، ۶].

راهنمای درمانی مبتنی بر درمان شناختی‌رفتاری هالبرگ [۱۹]، از نظر اثربخشی، تناسب و کارایی مورد مطالعه قرار گرفته‌است. این راهنما روی ۳ گروه افراد مبتلا اجرا شده است. برای گروه اول، درمان شناختی‌رفتاری گروهی، برای گروه دوم یا افراد لیست انتظار، به‌صورت کارآزمایی بالینی تصادفی ۷ جلسه درمان شناختی‌رفتاری گروهی و در گروه سوم، اثربخشی درون‌گروهی و تناسب برنامه درمان شناختی‌رفتاری اینترنتی ۱۲ هفته‌ای در افراد مبتلا به اختلال فزون‌کنشی جنسی با یا بدون انحراف جنسی ارزیابی شده است.

هر ۳ پژوهش شامل پیگیری ۳ و ۶ ماهه بودند. نتایج در گروه اول نشان داد درمان شناختی‌رفتاری گروهی برای اختلال فزون‌کنشی جنسی مناسب بود و در پایان درمان کاهش قابل توجهی در علائم اختلال فزون‌کنشی جنسی مشاهده و این اثرات در پیگیری ۳ و ۶ ماهه پایدار بود. نتایج در گروه دوم با کاهش متوسط علائم فزون‌کنشی جنسی پس از درمان و در پیگیری همراه با بهبود روان‌شناختی همراه بود. نتایج در گروه سوم نیز اثرات معناداری نشان داد. هرچند این اثرات برای افرادی که علاوه بر اختلال فزون‌کنشی جنسی به انحراف جنسی نیز مبتلا بودند، کمتر بود. بهزیستی روان‌شناختی این گروه نیز افزایش یافته بود.



تصویر ۱. تغییرات بین ۲ گروه آزمایش و کنترل در ۳ مرحله ارزیابی

مقابله‌ای، اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی، تحصیلی و روابط بین‌فردی نیز کاهش یافت.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد راهنمای بالینی درمان اختلال اعتیاد جنسی در درمان این اختلال مؤثر است و می‌تواند کاهش قابل توجه و سریع در علائم اعتیاد جنسی به‌وجود آورد؛ بنابراین می‌توان از این راهنمای درمانی کم‌هزینه و کوتاه‌مدت برای درمان اختلال اعتیاد جنسی استفاده کرد. با استفاده از این راهنمای درمانی، درمان‌جویان با ماهیت بیماری خود آشنا می‌شوند و اعتیاد جنسی را به‌عنوان یک اختلال می‌پذیرند، می‌توانند راه‌اندازهای درونی و بیرونی را بشناسند و با وسوسه و لغزش مقابله کنند. همچنین قادر خواهند شد هر رفتار جنسی را با رفتار سالم جایگزین کنند. هنگام درمان با تشخیص اختلالات هم‌بود ارجاع مناسب برای پیگیری درمان انجام می‌شود.

حجم پایین نمونه و انتخاب تک‌جنسیتی آزمودنی‌ها، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر است که تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را با مشکلاتی مواجه می‌کند. نمونه‌گیری هدفمند و مدت‌زمان کوتاه پیگیری نیز نقاط ضعف این مطالعه است.

برای افزایش اعتبار بیرونی یافته‌ها و بررسی بیشتر اثربخشی راهنمای بالینی درمان اختلال اعتیاد جنسی پیشنهاد می‌شود این درمان در چارچوب طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل‌شده، در مراکز درمانی مختلف و در زنان مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی، با حجم نمونه بیشتر و مقایسه با سایر روش‌های درمانی بررسی شود. همچنین برای بررسی تداوم اثربخشی، انجام پیگیری‌های بعدی، از جمله ۶ ماهه و ۱ ساله توصیه می‌شود.

از طرف دیگر، با توجه به هم‌بودی بالای اختلال اعتیاد جنسی با انواع اعتیادهای رفتاری، از جمله قماربازی، خرید اجباری و مصرف مواد، از جمله الکل، کوکائین، آمفتامین و سایر اختلالات روانی، از جمله اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثرات درمانی این راهنمای بالینی روی افراد مبتلا به اختلال اعتیاد جنسی که این اختلالات هم‌بود را نیز دارند، بررسی شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر با کد اخلاق ۱۳۹۹/۹۴۵ در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران تأیید و در پایگاه ثبت کارآزمایی بالینی ایران^{۳۰} با کد IRCT20200905048628N1 ثبت شده است.

هدف پژوهش هالبرگ و همکاران [۵۰]، ارزیابی متناسب بودن راهنمای درمان شناختی‌رفتاری مختص اختلال فزون‌کنشی جنسی بود. به این منظور از معیارهای کاهش علائم اختلال، حضور مداوم در جلسات درمان و رضایت مراجع از درمان استفاده شد. ۱۰ مرد مبتلا به اختلال فزون‌کنشی جنسی در برنامه گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری شرکت کردند. نمرات مقیاس‌ها، قبل از درمان، در طول درمان، پایان درمان و پیگیری ۳ و ۶ ماهه اندازه‌گیری شد. نتایج بیانگر کاهش معنادار علائم اختلال فزون‌کنشی جنسی از مرحله قبل تا بعد از درمان، کاهش تعداد رفتارهای جنسی مشکل‌ساز در طول دوره درمان و میزان حضور ۹۳ درصدی و میزان بالای رضایت مراجع از درمان بود.

پژوهش کلاتنز و همکاران [۵۱] به ارزیابی اثربخشی برنامه درمانی اقامتی مختصر پرداخت که برای درمان اعتیاد جنسی از یک روش درمانی تجربی که همراه با تکنیک‌های شناختی‌رفتاری بود، استفاده کرد. درمان شامل ۳۲ ساعت گروه‌درمانی تجربی فشرده با استفاده از تئاتر درمانی^{۲۸} و همچنین ۱۲ ساعت آموزش روانی^{۲۹} درباره اعتیاد جنسی طی یک دوره ۸ روزه بود. نتایج نشان داد پریشانی روانی شرکت‌کنندگان پس از درمان نسبت به قبل از درمان کاهش یافت. علاوه بر این، مردان کاهش معناداری در علائم اختلال را در ۶ ماه پیگیری نسبت به مرحله پس از درمان نشان دادند؛ هرچند کاهش علائم در زنان معنادار نبود.

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد پایداری درمان با گذشت زمان کم می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت راهنمای بالینی درمان اختلال اعتیاد جنسی با مبنا قرار دادن ادراک افراد از تجاربشان، تغییر در رفتار و اصلاح سبک زندگی و پایش منظم وضعیت بیماران باعث اثربخشی درمان شد. از طرف دیگر، با توجه به برنامه‌های درمانی جامع انجام‌شده در حوزه اختلال اعتیاد جنسی توسط پیشگامان این حوزه [کارنز ۴ و ۲۳، ویس ۳۷ و مارک لاسر ۲۸]، درمان جامع اختلال اعتیاد جنسی یک برنامه طولانی‌مدت است که حداقل ۱/۵ سال زمان می‌برد. با توجه به محدودیت زمانی برای انجام این پژوهش، در تبیین اصلی‌ترین عامل کاهش اثربخشی راهنمای بالینی درمان اختلال اعتیاد جنسی می‌توان به کوتاه‌مدت بودن بازه زمانی آن اشاره کرد (فرایند درمان طی ۱۰ جلسه هفتگی و ۱ پیگیری ۳ ماهه انجام شد).

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشانگر اثربخشی راهنمای بالینی اختلال اعتیاد جنسی بر ابعاد اختلال اعتیاد جنسی بود. براین اساس، بیماران در بُعد کنترل، پس از درمان کنترل بیشتری بر افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با اعتیاد جنسی داشتند. در بُعد پیامد، میزان استفاده از رابطه و رفتار جنسی به‌عنوان ابزاری برای رهایی از احساسات ناخوشایند در آن‌ها کمتر شد و در بُعد

28. Psychodrama

29. Psychoeducation

30. Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT)

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری آرش جواهری در گروه مطالعات اعتیاد دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران بود که با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌پردازی، تحقیق و بررسی، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته، نظارت و مدیریت: محمدباقر صابری زفرقندی، آرش جواهری؛ روش‌شناسی: محسن شتی، محسن روشن‌پژوه؛ تأیید نهایی مقاله: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از زحمات محمدکاظم نجفی، سکس‌تراپیست و مدیریت مجموعه دکتر کازی (توسعه‌دهنده تجهیزات پزشکی در حوزه اختلالات جنسی) و مدرسه کازی (رسانه آموزشی علمی در حوزه مسائل جنسی) و علی‌اکبر ابراهیمی، سرپرست معاونت پیشگیری بهزیستی استان اصفهان به‌خاطر همکاری در اجرای پژوهش، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به‌خاطر حمایت مالی و تمام درمان‌جویان محترمی که با مشارکت و همکاری خود به افزایش دانش در زمینه تشخیص و درمان اختلال اعتیاد جنسی کمک کردند، سپاس‌گزاری می‌شود.

References

- [1] Dasgupta A. Alcohol, drugs, genes and the clinical laboratory. Cambridge: Academic Press; 2017. [Link]
- [2] Rosenberg KP, Curtiss Feder L. Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment. Cambridge: Academic Press; 2014. [DOI:10.1016/C2012-0-02731-7]
- [3] Stavro K, Rizkallah E, Dinh-Williams L, Chiasson J-P, Potvin S. Hypersexuality among a substance use disorder population. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2013; 20(3):210-6. [DOI:10.1080/10720162.2013.787379]
- [4] Carnes P. Out of the shadows: Understanding sexual addiction. Center City: Hazelden Publishing; 2001. [Link]
- [5] Kaplan MS, Krueger RB. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*. 2010; 47(2-3):181-98. [DOI:10.1080/00224491003592863] [PMID]
- [6] Seyyed Hashemi SG, Shalchi B, Yaghoubi H. [Comparison of hypersexual disorder and its dimensions in patients with drug use disorder and normal people (Persian)]. *Journal of Internal Medicine Today*. 2018; 24(1):61-6. [Link]
- [7] Kafka MP. Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*. 2010; 39(2):377-400. [DOI:10.1007/s10508-009-9574-7] [PMID]
- [8] Garcia FD, Thibaut F. Sexual addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2010; 36(5):254-60. [DOI:10.3109/00952990.2010.503823] [PMID]
- [9] Barth RJ, Kinder BN. The mislabeling of sexual impulsivity. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1987; 13(1):15-23. [DOI:10.1080/00926238708403875] [PMID]
- [10] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2013. [Link]
- [11] Levine SB. Problematic sexual excesses. *Neuropsychiatry*. 2012; 2(1):69. [DOI:10.2217/npv.11.70]
- [12] Robert W. The workbook, 24 proven exercises to guide sex addiction recovery [S. Aghakhani, Persian trans]. Tehran: Arjmand; 2019. [Link]
- [13] 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. [DOI:10.1007/s10508-006-8993-y] [PMID]
- [14] Frances RJ, Miller SJ, Mack AH. Clinical textbook of addictive disorders. New York: Guilford Press; 2011. [Link]
- [15] Raymond NC, Coleman E, Miner MH. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*. 2003; 44(5):370-80. [DOI:10.1016/S0010-440X(03)00110-X]
- [16] Reid RC, Meyer MD. Substance use disorders in hypersexual adults. *Current Addiction Reports*. 2016; 3:400-5. [DOI:10.1007/s40429-016-0124-9]
- [17] Coombs RH. Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment. Hoboken: John Wiley & Sons; 2004. [Link]
- [18] Miles LA, Cooper RL, Nugent WR, Ellis RA. Sexual addiction: A literature review of treatment interventions. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2016; 26(1):89-99. [DOI:10.1080/10911359.2015.1062672]
- [19] Hallberg J. Hypersexual disorder: Clinical presentation and treatment [PhD thesis]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2019. [Link]
- [20] Antonio N, Diehl A, Niel M, Pillon S, Ratto L, Pinheiro MC, et al. Sexual addiction in drug addicts: The impact of drug of choice and poly-addiction. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2017; 63(5):414-21. [DOI:10.1590/1806-9282.63.05.414] [PMID]
- [21] Derbyshire KL, Grant JE. Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *Journal of Behavioral Addictions*. 2015; 4(2):37-43. [DOI:10.1556/2006.4.2015.003] [PMID] [PMCID]
- [22] Leiblum SR. Principles and practice of sex therapy. New York: Guilford Publications; 2006. [Link]
- [23] Earle RH, Earle MR, Osborn K. Sex addiction: Case studies and management. New York: Brunner/Mazel Publishers; 1995. [Link]
- [24] McConaghy N, Armstrong M, Blaszczynski A. Expectancy, covert sensitization and imaginal desensitization in compulsive sexuality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1985; 72(2):176-87. [DOI:10.1111/j.1600-0447.1985.tb02592.x] [PMID]
- [25] Mack AH, Brady KT, Frances RJ, Miller SJ. Clinical textbook of addictive disorders. New York: Guilford Publications; 2016.
- [26] Yates PM. Treatment of adult sexual offenders: A therapeutic cognitive-behavioural model of intervention. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2004; 12(3-4):195-232. [DOI:10.1300/J070v12n03_08] [PMID]
- [27] Birchard T. CBT for compulsive sexual behaviour: A guide for professionals. London: Routledge; 2015. [Link]
- [28] Cooper A, Putnam DE, Planchon LA, Boies SC. Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*. 1999; 6(2):79-104. [DOI:10.1080/10720169908400182]
- [29] Lantheaume S. [ACT in the treatment of sexual addiction: About a clinical case (French)]. *L'encephale*. 2017; 44(4):387-91. [DOI:10.1016/j.encep.2017.06.001] [PMID]
- [30] Shorey RC, Elmquist J, Gawrysiak MJ, Anderson S, Stuart GL. The relationship between mindfulness and compulsive sexual behavior in a sample of men in treatment for substance use disorders. *Mindfulness*. 2016; 7(4):866-73. [DOI:10.1007/s12671-016-0525-9] [PMID] [PMCID]
- [31] Friedman HR. A Gestalt approach to sexual compulsivity. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*. 1999; 6(1):63-75. [DOI:10.1080/10720169908400179]
- [32] Katehakis A. Affective neuroscience and the treatment of sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2009; 16(1):1-31. [DOI:10.1080/10720160802708966]
- [33] Carnes PJ. Sexual addiction and compulsion: Recognition, treatment, and recovery. *CNS Spectrums*. 2000; 5(10):63-72. [DOI:10.1017/S1092852900007689] [PMID]
- [34] Carnes P, Rosenberg K. Sexual compulsivity and addiction. New York: American Psychiatric Association; 2014. [Link]

- [35] Carnes P. Recovery start kit therapist manual: A 100-day plan for addiction recovery. Carefree: Gentle Path Press Carefree; 2006. [\[Link\]](#)
- [36] Firoozikhojastehfar R, Asgari K, Kalantari M, Raisi F. [Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on depression symptoms and hypersexual behaviours in patients with sex addiction (Persian)]. *Journal of Psychologica Science*. 2021; 20(99):341-52. [\[Link\]](#)
- [37] World Health Organization (WHO). WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014. [\[Link\]](#)
- [38] World Health Organization (WHO). Appraisal of guidelines for research and evaluation II (AGREE). Geneva: World Health Organization; 2017. [\[Link\]](#)
- [39] Grant S, Mayo-Wilson E, Montgomery P, Macdonald G, Michie S, Hopewell S, et al. CONSORT-SPI 2018 explanation and elaboration: Guidance for reporting social and psychological intervention trials. *Trials*. 2018; 19(1):406. [\[DOI:10.1186/s13063-018-2735-z\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [40] Collins G, Collins NC, Adleman A. Breaking the cycle: Free yourself from sex addiction, porn obsession, and shame. Oakland: New Harbinger Publications; 2011. [\[Link\]](#)
- [41] Laaser M. Healing the wounds of sexual addiction. Cascade: Zondervan; 2009. [\[Link\]](#)
- [42] Reid RC, Garos S, Carpenter BN. Reliability, validity, and psychometric development of the hypersexual behavior inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2011; 18(1):30-51. [\[DOI:10.1080/10720162.2011.555709\]](#)
- [43] Shalchi B, Seyed Hashemi SG. [Internal consistency and confirmatory factor analysis of hypersexual behavior inventory among students (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2017; 15(3):239-51. [\[Link\]](#)
- [44] Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ*. 1999; 318(7183):593-6. [\[DOI:10.1136/bmj.318.7183.593\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [45] Minarcik J. Proposed treatment of problematic pornography use: A cognitive-behavioral approach [PhD thesis]. Fayetteville: University of Arkansas; 2016. [\[Link\]](#)
- [46] Crosby JM, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: A randomized trial. *Behavior Therapy*. 2016; 47(3):355-66. [\[DOI:10.1016/j.beth.2016.02.001\]](#) [\[PMID\]](#)
- [47] Weiss R. Treating sex addiction. In: Coombs RH, editor. Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment. Hoboken: John Wiley & Sons Inc; 2004. [\[Link\]](#)
- [48] Modaresi F, Mohamadi M, Naziri G. [Effect of eye movement desensitization and reprocessing on the treatment of sex addicts women (Persian)]. *Psychological Methods and Models*. 2013; 3(11):1-16. [\[Link\]](#)
- [49] Wilson M. A comparative study of art therapy and cognitive behavioral therapy in the treatment of sexually addictive behaviors and an investigation into the relationship between shame and sexually addicted behaviors in adults. *Dissertation Abstracts International: Science & Engineering*. 2010; 71:2706. [\[Link\]](#)
- [50] Hallberg J, Kaldo V, Arver S, Dhejne C, Öberg KG. A cognitive-behavioral therapy group intervention for hypersexual disorder: A feasibility study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2017; 14(7):950-8. [\[DOI:10.1016/j.jsxm.2017.05.004\]](#) [\[PMID\]](#)
- [51] Klontz BT, Garos S, Klontz PT. The effectiveness of brief multimodal experiential therapy in the treatment of sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2005; 12(4):275-94. [\[DOI:10.1080/10720160500362488\]](#)

This Page Intentionally Left Blank