

تعیین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه

فرشته رضایی نسب^{۱*}، ایمان عباسی^۲، قاسم نظیری^۳ و مجید برزگر^۴

چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه عاشقانه و جنسی و افراد عادی است. روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود و جامعه آماری شامل تمامی مراجعین زنی بود که به مراکز درمانی و روان‌شناختی در شهرهای شیراز و کرمان از فروردین ماه ۸۸ تا بهمن ماه ۸۹ مراجعه کرده بودند و پس از انجام مصاحبه بالینی به عنوان موارد مبتلا به روابط اعتیادگونه تشخیص داده شده بودند. از میان این افراد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب گردید و از آنجا که اکثر بیماران از قشر دانشجو بودند، بمنظور مقایسه با آن‌ها، ۳۰ نفر نیز به عنوان افراد عادی از جامعه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه علوم و تحقیقات فارس به صورت تصادفی انتخاب گردید. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار یانگ- فرم کوتاه YSQ-SF و پرسشنامه روابط اعتیادگونه استفاده شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار و آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج پژوهش، تفاوت معناداری ($p < 0/05$) را بین گروه زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه و گروه زنان فاقد روابط اعتیادگونه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان داد. به بیان دیگر، زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه در مقایسه با زنان فاقد روابط اعتیادگونه به میزان بالاتری دارای باورهای هسته‌ای ناسالم و بنیان‌های شناختی ناسازگار می‌باشند که در پی آن بر راهکارهای ناکارآمدی که برای کنار آمدن با دیگران استفاده می‌کنند، تاثیر می‌گذارد و یکی از این راهکارها، دچار شدن به اعتیاد و وابستگی شدید و بیمارگون در روابط خود با دیگران می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: روابط اعتیادگونه، عشق اعتیادگونه، رابطه جنسی اعتیادگونه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حوزه بریدگی و طرد.

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس.
iman.abbasi2013@yahoo.com

۳- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس.
www.naziryy@yahoo.com

۴- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت گروه روان‌شناسی.
www.mbarzegar55@yahoo.com

*- نویسنده مسئول مقاله: fereshteh_rezaeinasab@yahoo.com

پیشگفتار

نخستین نیاز انسانی یا وجودی، نیاز به ارتباط، سائقی برای پیوستن به فرد یا افراد دیگر است. از دیدگاه فروم (From, 1981) یکی از راههای ارتباط عشق است. او بر این باور بود که عشق تنها راهی است که فرد می‌تواند از راه آن با دنیا متحد شود و با این حال به فردیت و یکپارچگی برسد. او عشق را به این صورت تعریف کرد: «وحدت با کسی یا چیزی خارج از خویشتن، در شرایط حفظ کردن جدایی و یکپارچگی خویشتن» (Seyed mohamadi, 2008).

عشق یک حالت روان‌شناختی است که در سه دهه اخیر مورد توجه روان‌شناسان واقع شده است و پژوهش‌های علمی در مورد تأثیر آن بر زندگی انسان صورت گرفته است (2006, Farahbakhsh & Shafiabadi).

استرنبرگ (Sternberg, 1988) در کتاب داستان‌های عشق با رویکرد شناختی و بررسی طرحواره‌های هر فرد در قالب یک داستان، به علت عاشق شدن می‌پردازد، اما آن را پژوهشی ناقص می‌داند که باید کاستی‌های آن جبران شود (Abdi & Golzari, 2010).

بسیاری از پژوهشگران دیگر نیز در جستجوی همین سؤالاتند که چرا بعضی‌ها عاشق می‌شوند؟ و این‌که چه عواملی در سبک‌های گوناگون عشق ورزیدن به ویژه عشق پاتولوژیک موثرند؟ بنابراین پژوهش به ریشه‌یابی عوامل موثر بر اعتیاد عاشقانه و جنسی می‌پردازد.

مبانی پژوهش

پیش از شرح عشق و رابطه جنسی اعتیادگونه، با رویکردی تاریخی به پژوهش‌های عشق و افرادی که در این زمینه پژوهش کرده‌اند می‌پردازیم.

به باور رابین (Rubin, 1970) عشق شامل عواملی مثل اظهار وابستگی به معشوق، اظهار انحصارطلبی و مسئولیت در برابر او، اظهار علاقه و میل به بودن با او می‌باشد. استرنبرگ (Strenberg, 1988) اظهار می‌دارد که عشق کامل باید دارای سه مولفه باشد؛ صمیمیت، تعهد و شهوت. جان لی (Lee, 1970) با اجرای پژوهش‌هایی در پی این بود که مردم چگونه عشق را با همه گونه‌هایی که دارد تجربه می‌کنند. او عشق را به دو طیف اولی و ثانوی تقسیم کرد. یکی از انواع عشق ثانوی عشق وابسته و سواسی بود که مورد توجه این پژوهش نیز می‌باشد و به این صورت تعریف شده است: ترکیبی از عشق پرشور و عشق نمایشی که مستلزم انحصار، سواس، اضطراب و رفتارهای پرشور می‌باشد. مسایل جنسی بیمه این عشق است. این افراد اغلب مضطرب یا نایمن هستند و می‌توانند به صورت افراطی حسود باشند. از ویژگی‌های عشق وابسته و سواسی، سختی کشیدن، حسادت، سواس و سیری‌ناپذیری است. آن‌ها اغلب عزت نفس پایینی دارند و اهمیت

زیادی به روابطشان می‌دهند و احساس می‌کنند که به معشوقشان نیاز دارند. آن‌ها معشوق خود را اغلب به شیوه‌ای اتفاقی پیدا می‌کنند اگرچه اصطلاح عشق اعتیادگونه یک مقوله به ظاهر مشخص و رایج در مطالعات انجام شده روی افراد بوده است و چندین درمان مهم، روی این نوع از اعتیاد تمرکز کرده‌اند، اما مطالعات تجربی کمی به این مسئله اختصاص داده شده است (Mucchetti, 1999).

عشق بیمارگون^۱ با رفتارهایی مانند مراقبت، نگرانی و توجه به فرد مورد علاقه به گونه دائمی و خارج از کنترل مشخص می‌شود که می‌تواند ناشی از محرومیت هیجانی در کودکی باشد. این مقوله باید به گونه‌ای گسترده‌تر مورد توجه قرار گیرد چرا که زندگی شمار قابل توجهی از مردم را تحت تأثیر قرار داده است (Eglasy, 2007).

بزرگسالان با سبک دلبستگی اضطرابی/ دوسوگرا عشق را به صورت یک وسواس توصیف می‌کنند و گرایش دارند تا روابط رمانتیکی را تجربه کنند که به وسیله‌ی فراز و فرودهای هیجانی، حسادت بیش از حد و تمایل قوی برای پیوند هیجانی، مشخص می‌گردد (Hazan & Shaver, 1987). برخی از نظریه‌پردازان روابط اعتیادگونه را به عنوان بخشی از یک پدیده‌ی بزرگ در نظر می‌گیرند که شامل عشق اعتیادگونه^۲ یا روابط جنسی اعتیادگونه می‌باشد (Arterborn, 1991).

به باور پیل (peele, 1988) از دیدگاه روان‌شناختی، عشق اعتیادگونه، نوعی جدال بی‌پروا و یک دلبستگی وسواس‌گونه می‌باشد (Mucchetti, 1999). شافر (Schaeffer, 1987) بر ۱۶ ویژگی افرادی که معتاد به روابط اعتیادگونه عشقی هستند اشاره کرده است از جمله ترس از رهاشدگی، احتیاج به دیگران به دلیل نیاز به احساس کامل بودن و کسب لذت جنسی از طریق خودآزاری یا دیگرآزاری (Mucchetti, 1999). هم‌چنین، ماکچتی (Mucchetti, 1999) به مشکلاتی نظیر تاریخچه دلبستگی اجتنابی، ترس از دست دادن معشوق و فقدان کنترل اشاره کرده است. ملودی، میلر و میلر (Mellody, Miller & Miller, 1989) هم اصطلاح عشق اعتیادگونه را به صورت الگوهای بدکارکردی در افراد مبتلا به آن مشخص کردند. این الگوها شامل میل زیاد به ایجاد صمیمت عمیق همراه با نگرانی در مورد دست یافتن به آن می‌باشد (Mucchetti, 1999).

عشق اعتیادگونه همان گونه که از نامش برمی‌آید دربرگیرنده یک رفتار اعتیادگونه است. این افراد دچار رفتار عاشقانه و دلبستگی شدید به طرف مقابل یا شریک عاطفی و جنسی خود هستند که از حالت عادی خارج شده و حتی در صورت مورد آزار قرار گرفتن از طرف فرد مقابل قادر به ترک این رابطه نخواهند بود چرا که مانند انواع دیگر رفتارهای اعتیادگونه برقراری رابطه‌ی عاشقانه

1 - pathological love

2 - love addiction

و جنسی برای آنان به صورت نوعی اعتیاد درآمده که ترکش مشکل خواهد بود و در صورت ترک چنین رابطه‌ای آن هم به اجبار بلافاصله به دنبال جایگزین خواهند گشت و لذا زندگی این افراد به یک چرخه معیوب از روابط تبدیل می‌شود که در آن این افراد مرتباً وارد روابط نادرست می‌شوند که پیامدهای آن چیزی به جز احساس افسردگی و ورود مجدد به یک رابطه بیمارگون دیگر نیست، اما مفهوم رابطه جنسی اعتیادگونه^۱ بعد دیگری از روابط اعتیادگونه می‌باشد که در این پژوهش به آن پرداخته شده است. لوبین و ترویدن (Troiden & Levine, 1988) اظهار داشتند که این مفهوم در سال ۱۹۷۰ معرفی شد. یکی از اعضای گروه الکلی‌های گمنام، رفتار جنسی خارج از کنترلش را تحت عنوان رابطه جنسی اعتیادگونه شناسایی و معرفی کرد (Coleman & Kennedy, 2002). مفهوم اعتیاد جنسی در طول دو دهه گذشته و برای توصیف کسانی شکل گرفت که به صورت وسواسی در پی تجارب جنسی هستند و اگر نتوانند تکانه‌های جنسی‌شان را ارضا کنند رفتارشان مختل می‌شود. این مفهوم از الگوی اعتیاد به داروهای نظیر هروئین یا اعتیاد به الگوهای رفتاری نظیر قمار برگرفته شده است. اعتیاد در اینجا به معنی وابستگی روانشناختی، وابستگی جسمی و وجود سندرم ترک در صورت عدم دسترسی به ماده (نظیر دارو) یا ناکامی رفتار (نظیر قمار) است. در DSM-IV-TR^۲ اصطلاح اعتیاد جنسی به کار نرفته است و این اصطلاح به طور عمومی شناخته یا پذیرفته نشده است. با این حال، گاهی افرادی مشاهده می‌شوند که همه زندگی، فعالیت‌ها و رفتارهایشان معطوف به جستجوی رابطه جنسی است، زمان زیادی را صرف چنین رفتاری می‌کند و اغلب سعی می‌کنند که این رفتار را متوقف کنند، ولی قادر به این کار نیستند. این پدیده از نظر بالین گران کاملاً شناخته شده است. این افراد کوشش فزاینده و مکرری به عمل می‌آورند که رابطه جنسی داشته باشند و اگر در این تلاش‌های خود موفق نشوند، دچار ناراحتی می‌شوند. اعتیاد جنسی مفهوم اکتشافی مفیدی است که بالینگر را برای جستجوی یک علت زمینه‌ای این رفتار آشکار هشیار می‌سازد. تمایل به اختصاص یک طبقه تشخیصی رسمی جدید به این اختلالات وجود دارد (Kaplan & Sadock, 2007). برخی از علایم اعتیاد جنسی عبارتند از: ۱- رفتار خارج از کنترل ۲- پیامدهای قانونی، طبی و بین فردی نامطلوب و شدید رفتار جنسی ۳- کوشش‌های مکرر برای متوقف کردن رفتار جنسی ۴- وسواس فکری و تخیلات جنسی به عنوان مکانیسم مدارای اولیه ۵- تداخل رفتار جنسی با فعالیت‌های اجتماعی، شغلی یا تفریحی. در نهایت، فعالیت جنسی با زندگی زناشویی، اجتماعی و حرفه‌ای شخص تداخل پیدا می‌کند و سبب تخریب عملکرد فرد در این زمینه‌ها می‌شود (Kaplan & Sadock, 2007). به باور مانلی (Manley, 1995) رابطه جنسی

^۱ - Sexual Addiction

^۲ - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV 4th ed

اعتیادگونه یک بیماری مزمن و پیش رونده است که مشخصه آن الگوهایی از رفتار جنسی جبری می‌باشد و با وجود پیامدهای مخرب آن، در پاسخ به درد و رنج درونی و خشم اتفاق می‌افتد (Coleman & Kennedy, 2002).

براث و کیندر (Brath, Kinder, 1996) اظهار داشتند که این نشانگان باید به عنوان تکانشگری جنسی^۱ تشخیص داده شود، یعنی در راسته اختلالات کنترل تکانه در DSM-IV قرار گیرد. شرایطی که برای ملاک‌های تشخیصی اختلال کنترل تکانه در نظر گرفته می‌شود نمی‌تواند برای طبقه‌بندی این نشانگان در اختلالات اعتیادگونه مانعی ایجاد کند (Kaplan & Sadock, 2005). پژوهش‌های در زمینه اعتیاد جنسی بسیار محدود است و آمارهای صریح ناچیزی در این زمینه وجود دارد. فری و لاسر اعلام کردند که ۶ تا ۱۰ درصد از بالغین در جامعه آمریکا اعتیاد جنسی دارند که حدس زده میشود ۴۰ تا ۵۰ درصد این افراد زنان هستند (Ferree & Lasser, 2010). برخی از پژوهش‌ها عنوان کرده اند که ۱۷ تا ۳۷ میلیون آمریکایی دچار اعتیاد جنسی هستند (Hagedorn, 2009). به دلیل در دسترس بودن اینترنت در قرن جدید برای بسیاری از افراد، درصد ابتلا به اعتیاد جنسی رو به افزایش است (Laaser, 2004).

هر چند تعریف جامعی که مورد قبول همه متخصصان باشد تاکنون ارایه نشده ولی بسیاری از متخصصان در زمینه اعتیاد جنسی بر تعریف سازمان بهداشت جهانی از اعتیاد جنسی توافق دارند. بر همین اساس در مدلی که بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی ارایه شده، اعتیاد جنسی در بهترین شکل خود به عنوان یک اختلال در صمیمیت تعریف می شود که به شکل دوره های اجباری از اشتغالات ذهنی و تشریفات رفتارهای جنسی، بی اشتهایی، کنترل بیش از حد و افراطی بر رفتارهای جنسی، یاس و ناامیدی خود را نشان می دهد (Adams & Robinson, 2001).

مشکلات ناشی از اعتیاد جنسی متعدددند. پژوهشگران عنوان می کنند که اعتیاد جنسی یک اختلال ویرانگر است و ازدواج و روابط خانوادگی را نابود می کند. این اختلال افراد را در معرض ایدز و سایر بیماری های مسری جنسی قرار می دهد، موجب مشکلات اجتماعی و شغلی می شود و در اهمال در مسئولیت های مربوط به رفتارهای جنسی تأثیر بسزایی دارد (Schneider, 1991). کارنز (Carnes, 1991) دریافت که ۱۰ تا ۶۴ درصد از معتادان جنسی که مورد بررسی قرار گرفته اند رفتارهای جنسی بی احتیاط، بی احتیاطی های جنسی (نظیر معاشقه های متعدد، تعویض شرکای جنسی، شرکت در روابط جنسی ناشناس، یا رابطه جنسی دسته جمعی، استخدام مردان و زنان فاحشه، یا پول پرداختن برای رابطه جنسی را تجربه کرده اند. بیش تر پژوهشگران ریشه اصلی این

^۱ - Sexual Impulsivity

اختلال را مشکلات دوران کودکی و تجاوز ناخوشایند این دوران و نوع رابطه والد-کودک می‌دانند. هسته مرکزی این اختلال ناتوانی در پیوند و دلبستگی در روابط صمیمانه است (Adams&Robinson,2001). پیوند والدینی به نوع و چگونگی تعامل کودک با والدین اطلاق می‌شود که همپوشی بالایی با دلبستگی دارد (Russ,Heim&Westen,2003).

ارل و کرو (Earle&Crow,1998) تجارب کودکی منفی نظیر سوءاستفاده، مورد غفلت قرار گرفتن و ترک را به عنوان عوامل احتمالی مرتبط با اعتیاد جنسی تشخیص دادند. آن‌ها بر این باورند که به خاطر این تجارب، معتادین جنسی در تحول و گسترش مهارت ارتباط مناسب با دیگران دچار شکست می‌شوند.

با توجه به نظریه کلمن (Coleman,2002)، زمینه‌ی اصلی، نوعی بدکارکردی در روابط صمیمی در خانواده مبدأ فرد می‌باشد، مانند مورد سوءاستفاده یا غفلت واقع شدن، در پاسخ به این تروها، احساس شرم در کودک شکل می‌گیرد. او دلیل مورد سوءاستفاده یا غفلت واقع شدن را در خودش می‌بیند و دچار احساسات ناشایستگی و بی‌کفایتی می‌شود. در نتیجه روابط صمیمی، غیرواقعی و دچار بدکارکردی می‌شوند. کلمن این اتفاقات و احساسات را منشأ آمادگی و استعداد برای رفتارهای جبری می‌داند: «همه این رویدادها باعث رنجش روانی مراجع می‌شود و او برای کاهش این رنج به دنبال یک آرامش‌دهنده می‌گردد. برای برخی افراد این آرامش بخش، رفتارهای جنسی است».

استفنز (Stephens,2001) یک مدل شناختی رشدی طرحواره محور را برای رابطه اعتیادگونه جنسی ارائه می‌دهد و در آن عناصر زمینه‌ساز مهم در این مسئله (مانند ژنتیک^۱/سرشت، مزاج و خلق و خو، رشد گرایش‌های غریزی انسان و فرهنگ) را مورد بررسی قرار می‌دهد. در مدل استفنز، فرهنگ، گرایش‌های غریزی، خلق و خو (مثل کمرویی) و تجارب ابتدایی مانند تروما، مشکلات، دلبستگی و ... منجر به شکل‌گیری طرحواره‌ها/ باورهای اصلی/ فرض‌ها/ انتظارات می‌شوند. این طرحواره‌ها نیز به نوبه خود منجر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مانند رفتارهای اعتیادگونه جنسی و عاشقانه می‌شوند که این رفتارها در اثر روباوری با محرک اعتیاد جنسی تشدید خواهد شد.

افراد مبتلا به اعتیاد جنسی هر چه که می‌گذرد نیاز بیش‌تری به برقراری روابط جنسی پیدا می‌کنند تا حدی که با وجود پیامدهای مخرب آن مانند سایر اعتیادها ترکش برای آن‌ها دشوار خواهد بود، اما اینکه این افراد دارای چه طرز تفکری هستند؟ و بنیان‌های ذهنی آنان را چه مواردی

^۱ - Genous

تشکیل می‌دهد ما را به سمت مفهوم طحوااره می‌کشد تا رفتار این افراد را در چارچوب طحوااره درک کنیم.

در حوزه رشدشناختی طحوااره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. طحوااره به عنوان یک نقشه انتزاعی شناختی، راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است. طحوااره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند. یانگ، ۱۸ طحوااره را بر طبق پنج نیاز هیجانی ارضاء نشده تقسیم‌بندی می‌کند که این تقسیم‌بندی‌ها حوزه‌های طحوااره^۱ نامیده می‌شوند و یکی از این حوزه‌ها، حوزه بریدگی و طرد نام دارد (Young & et al, 2009). در ادامه اشاره ای به نظریه جامعه شناختی پیرامون بحث حاضر می‌شود.

نظریه فمینیستی

در تصویری آرمانی خلاصه می‌شود که ازدواج را نوعی مشارکت جنسی رضایت بخش می‌داند. رادیکال فمینیست‌ها مدعی‌اند که هرگونه پیشروی جنسی مرد برخلاف میل زن را می‌توان شکلی از تجاوز به حساب آورد که جامعه ما آن‌را نادیده می‌گیرد و در واقع تجاوز را نهادینه می‌کند. به همین قیاس بهره‌کشی جنسی از زنان و دختران در خانه، محصول همان تصویری است که مردان را صاحب امیال جنسی مهارناپذیر و زنان را قربانی آن معرفی می‌کند زیرا بهره‌کشان غالباً مردان و قربانیان اغلب زنان‌اند. از اینرو بسیاری از فمینیست‌ها بر این باورند که شکل‌هایی که برای روابط جنسی ساخته و پرداخته می‌شود در خدمت تعیین هویت زنان است و ریشه آن نیز در ایدئولوژی خانواده و تجربیات زندگی خانوادگی است (Abot&Walas,2001). هرچند تمام گرایش‌های فمینیستی به نابرابری در رابطه جنسی به عنوان یکی از ابعاد نابرابری جنسیتی توجه کرده‌اند، اما از دیدگاه‌های متفاوتی به تبیین این نابرابری پرداخته‌اند و برخی از گرایش‌های فمینیسم، از جمله فمینیسم رادیکال، تأکید بیش‌تری بر این جنبه از نابرابری‌ها داشته‌اند (Mahdavi&Nasimi,2008).

از آن‌جا که موضوع عشق و رابطه جنسی اعتیادگونه، به لحاظ اخلاقی صحیح نمی‌باشد و افراد در این زمینه دست به پنهان‌کاری می‌زنند، پژوهش درباره این موضوع و دسترسی به این افراد بسیار دشوار است. به همین دلیل پژوهش‌ها در این زمینه اندک می‌باشد. بنابراین، نتایج برخی از

¹ - Schema domains

پژوهش‌هایی که در پی می‌آیند ممکن است به گونه‌ی مستقیم با موضوع پژوهش ارتباط نداشته باشند، ولی در راستای سوابق بشمار می‌روند.

اندوز و حمیدپور (Anduz & Hamidpoor, 2005) در پژوهشی با عنوان رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار، سبک دلبستگی و ناسازگاری زناشویی به این نتیجه دست یافتند که هر چه طرحواره‌ها ناسازگارتر باشند، رضایت زناشویی کاهش می‌یابد.

پژوهشی که شیردل (Shirdel, 2006) با عنوان عوامل گرایش زنان و مردان متاهل به رابطه نامشروع جنسی روی یک نمونه ۲۰۰ نفری (۱۰۰ نفر زن و ۱۰۰ نفر مرد) در شهرستان بجنورد انجام گرفت، یافته‌های بدست آمده حاکی از آن بود که عوامل نارضایتی جنسی در روابط زناشویی، نارضایتی عاطفی در روابط زناشویی، حس انتقام جویی نسبت به بی‌وفایی همسر و تنوع طلبی در گرایش زنان و مردان متاهل به روابط نامشروع جنسی موثرند. نتایج این پژوهش نشان داد که مردان بیش از زنان به رابطه نامشروع گرایش دارند و مهم‌ترین عامل در گرایش آن‌ها به رابطه نامشروع انگیزه‌های هیجانات جنسی، نارضایتی از روابط عاطفی و عدم توانایی در حل تعارضات زناشویی است.

در پژوهشی که عباسی (Abasi, 2008) با عنوان بررسی همه‌گیرشناسی و علت‌شناسی مشکلات جنسی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان بر روی یک نمونه ۶۰۰ نفری (۲۰۰ مرد و ۴۰۰ زن) انجام داد و یافته‌های بدست آمده از سه گروهی (گروه ۱: بر اساس به‌تازگی رابطه جنسی داشتند، گروه ۲: بر اساس رابطه جنسی که در گذشته داشتند و گروه ۳: بر اساس تصویری که از رابطه جنسی داشتند) نشان داد که نگرانی در مورد بیماری‌های مقاربتی، گروهی که به‌تازگی رابطه جنسی داشته‌اند در مقایسه با افرادی که چنین رابطه‌ای نداشتند نسبت به بیماری‌های مقاربتی نگرانی بیشتری داشتند. کارامدی جنسی و نگرش نسبت به آینده آن بین دو جنس تفاوت معناداری وجود دارد، به این ترتیب که زنان نگرانی بیشتری در مورد کارامدی جنسی و نگرش منفی تری نسبت به آینده آن داشتند. در احساس کنترل بر فعالیت‌های جنسی دیگران بین دو جنس تفاوت معناداری وجود داشت، به این ترتیب که مردان نگرانی بیشتری در مورد احساس کنترل بر فعالیت‌های جنسی دیگران داشتند. در عملکرد جنسی (اضطراب و فعال بودن)، بین دو جنس تفاوت معنی‌داری وجود دارد به این ترتیب که مردان نگرانی بیشتری در مورد عملکرد جنسی (اضطراب و فعال بودن) داشتند. در نگرش دیگران در مورد رفتار جنسی بین دو جنس تفاوت معناداری وجود داشت به این ترتیب که زنان نگرانی بیشتری در مورد نگرش دیگران در مورد رفتار جنسی داشتند.

همچنین، نتایج بدست آمده از پژوهشی که رفیعی، حاتمی و فروغی (Rafiei, Hatami & Forugh, 2011) با عنوان رابطه‌ی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک دلبستگی در زنان دارای خیانت زناشویی انجام دادند، نشان داد که بین سبک دلبستگی اجتنابی و طرحواره‌های چهار حوزه (بریدگی- طرد، خود گردانی و عملکرد مختل، محدودیت مختل، گوش به زنگی بیش از حد و باز داری) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین بین سبک دلبستگی دوسوگرا و طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش به زنگی و بازداری رابطه مثبت و معنادار یافت شد.

در پژوهشی که به وسیله زاهدیان، محمدی و سامانی (Zahedian, Mohamadi&Samani,2011) با موضوع نقش سبک‌های دلبستگی، پیوند والدینی و خودپنداره در اعتیاد جنسی بر روی نمونه‌ای ۷۰ نفره متشکل از دو گروه معتادین جنسی (شامل ۳۵ نفر:۱۷ مرد و ۱۸ زن) و افراد سالم (شامل ۳۵ نفر:۱۷ مرد و ۱۸ زن) در شهر شیراز انجام شد، شد. یافته‌های بدست آمده نشان داد که معتادان جنسی و افراد سالم از نظر سبک دلبستگی دوسوگرا، محافظت بیش از حد پدر، مادر و خودپنداره تفاوت معناداری داشتند و چنین نتیجه گرفتند که در درمان اعتیاد جنسی می‌بایست اختلالات دلبستگی را در مداخلات مدنظر قرار داد.

در پژوهشی که رضوی، سلطانی‌نژاد و رفیعی (Razavi, Soltaninezhad &Rafiei,2011) با عنوان مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان معتاد و غیر معتاد بالای ۲۰ سال شهر کرمان روی یک نمونه ۲۰۵ نفری (۹۶ مرد معتاد و ۱۰۹ غیر معتاد) انجام گرفت، یافته‌های بدست آمده تفاوت معنی داری میان طرحواره‌های دو گروه معتاد و غیر معتاد نشان داد. بر اساس یافته‌های این پژوهش مهم‌ترین طرحواره‌های افراد معتاد، محرومیت هیجانی، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویش‌ننداری/خودانضباطی ناکافی و رهاشدگی می‌باشند.

استفنز (Stephens,2001) پژوهشی با موضوع «باورهای اساسی در مردان مبتلا به رابطه اعتیادگونه جنسی» بر روی ۳۰ مرد مبتلا به روابط اعتیادگونه جنسی که از دانشجویان و کارکنان کالج ولز در نیوپورت^۱ بودند انجام داد. رویکرد شناخت درمانی طرحواره محور جفری یانگ و مفهوم ارایه شده او از طرحواره‌های ناسازگار اولیه بخش اصلی این پژوهش می‌باشد. استفنز این فرضیه را پیشنهاد کرد که مردان مبتلا به اعتیاد جنسی سطوح معنی‌دار بالاتری از باورهای هسته‌ای ناسالم در حوزه بریدگی/طرد (طرحواره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، بدرفتاری،

¹ - Newport

نقص/شرم، انزوای اجتماعی) نسبت به مردان مبتلا به اعتیاد جنسی چنانچه یانگ توضیح داده است دارند.

رابین (Rubin, 1991) اظهار داشت که روابط اعتیادگونه ریشه در باورهای هسته‌ای این افراد و امکان ارتباط آنها با تجربه مورد سوءاستفاده قرار گرفتن در کودکی و PTSD^۱ شدن دارد (Stephens, 2001).

نتایج پژوهش کوهن (Cohen, 2005) که با موضوع «رابطه‌ی دلبستگی با خیانت در روابط رمانتیک» بر روی دانشجویان انستیتوی مطالعات پیشرفته روانشناختی دانشگاه آدلفی^۲ انجام داد، نشان داد که افراد دارای دلبستگی ایمن نسبت به افراد دارای دلبستگی‌های نایمن خیانت کم‌تری می‌کنند. با توجه به این‌که افراد دچار روابط اعتیادگونه با وجود تاهل یا تعهد در یک رابطه دست به خیانت می‌زنند، به سوابقی اشاره شد که به موضوع خیانت مربوط می‌شوند.

سینگلیس، چو و هاتفیلد (Singelis, Choo, Hatfield, 1995) پژوهشی با موضوع سبک‌های گوناگون عشق‌ورزی در دانشجویان دانشگاه هاوایی انجام دادند. آن‌ها ۱۱۷ مرد و ۱۱۸ زن دانشجوی را از قومیت‌ها و گروه‌های گوناگون از نظر اجتماعی و اقتصاد برای کاوش طرحواره‌های عشق که در زنان و مردان مشابه بودند، مورد بررسی قرار دادند. این طرحواره‌ها در مورد گرایش به عشق پرشور و حرارت دایمی بودند. نتایج بدست آمده نشان داد کسانی که طرحواره وفاداری داشتند از نمرات بالاتری در مقیاس عشق پرشور برخوردار بودند و آن‌ها که طرحواره بی‌وفایی و بی‌ثباتی در عشق داشتند، رابطه مثبتی با اضطراب و رابطه‌ی منفی با لذت بردن از عشق نشان دادند (Mucchetti, 1999).

فینی و نولر (Feeny, Noller, 1990) پژوهشی روی ۳۷۴ نفر از دانشجویان دانشگاه کوینزلند استرالیا انجام دادند که در آن به عشق اعتیادگونه، باورها نسبت به روابط، عزت نفس، تاریخچه دلبستگی و سبک‌های عشق‌ورزی پرداخته بود. نتایج بدست آمده نشان داد که افراد با دلبستگی ایمن ادراک مثبتی از روابط خانواده اولیه خود گزارش دادند و افراد با دلبستگی اجتنابی، جدا شدن از مادر در کودکی و بی‌اعتمادی به دیگران را گزارش کردند. در این افراد احتمال بیش‌تری برای دچار شدن به عشق اعتیادگونه وجود داشت (Mucchetti, 1999).

در سال ۱۹۹۲، مرکز پژوهش افکار عمومی ملی مستقر در دانشگاه شیکاگو، مطالعه‌ای در سطح ملی ایالات متحده آمریکا انجام داد که در آن از ۳۴۳۲ مرد و زن در سنین ۱۸ تا ۵۹ سال سوال

^۱ - Post Traumatic Stress Disorder

^۲ - Adelphy

شد: «آیا تا به حال با کسی غیر از همسر فعلی خود آمیزش جنسی داشته‌اید؟» تعداد مردانی که به این سؤال پاسخ مثبت داده بودند بین ۷/۱ درصد (گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال) تا ۳۷ درصد (گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال) و تعداد زنانی که پاسخ مثبت داده بودند بین ۱۱/۷ درصد (گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال) و ۱۹/۹ درصد (گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال) بود. تنها ۱۲ درصد از زنان گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ ساله به داشتن روابط جنسی نامشروع پاسخ مثبت داده بودند. از مجموع نتایج بدست آمده، میانگین گرفته شد تا افراد جوان تر با سابقه ازدواج کوتاه تر با افراد پیرتری که سابقه ازدواج طولانی تر داشتند، در هم ادغام شدند. پژوهشگران نتیجه ای بدست نیاوردند. آن ها صرفاً بر روی نمودار نشان دادند که حدود ۲۵ درصد از مردان متأهل و ۱۵ درصد از زنان متأهل حداقل یک مورد رابطه نامشروع را در طول زندگی زناشویی خود گزارش کرده بودند (Louman, 1994).

گلاس و رایت (Glass & Wright, 1985) در پژوهش خود با موضوع «تفاوت‌های جنسی در افراد درگیر روابط نامشروع و نارضایتی زناشویی» دریافتند که ۵۶ درصد از مردان و ۲۴ درصد از زنان مورد مطالعه، در عین داشتن رابطه جنسی خارج از محدوده زناشویی، اعلام داشتند ازدواج موفق و خوبی دارند در حالی که در مورد مفهوم ازدواج موفق مغلطه‌ای صورت گرفته است.

از آن جا که روابط اعتیادگونه از جمله اختلالات رفتاری در روابط عاطفی و جنسی می‌باشد، می‌تواند پیکره جامعه را تحت تأثیر قرار داده و سلامت ساختار اجتماعی را به مخاطره اندازد. افزون بر تأثیرات منفی که بر بهداشت روان خود فرد بر جا می‌گذارد تأثیرات وخیم تری بر جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند بر جا خواهد گذاشت و منجر به عدم امنیت در حوزه روابط اجتماعی نیز می‌گردد، این پژوهش به دنبال بررسی عواملی بوده است که منجر به این مسئله خواهند شد. از جمله این عوامل، طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه در حوزه بریدگی و طرد شامل (رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/شرم و انزوای اجتماعی/بیگانگی) می‌باشد.

فرضیه‌های پژوهش

۱- زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه در مقایسه با زنان سالم، دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشند.

۲- بین زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه و زنان سالم از نظر ابتلا به روابط اعتیادگونه عاشقانه تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

۳- بین زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه و زنان سالم از نظر ابتلا به روابط اعتیادگونه جنسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

روش پژوهش

این پژوهش کاربردی بوده و از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای گذشته‌نگر می‌باشد و با هدف بررسی و مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد از مجموعه طرحواره‌های ناسازگار یانگ، در دو گروه زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه و زنان فاقد روابط اعتیادگونه انجام گردیده است. زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه با نمونه‌ای از زنان عادی جامعه که گرفتار چنین رابطه‌ای نیستند به این منظور مورد مقایسه قرار گرفته‌اند تا مشخص گردد که چه تفاوت معنی‌داری بین زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه و زنان فاقد روابط اعتیادگونه از نظر باورهای شناختی و طرحواره‌های ناسازگار آن‌ها به ویژه در حوزه‌ی بریدگی و طرد وجود دارد. لذا به منظور بررسی فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر مقایسه‌ی این دو گروه از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد و فرضیه و پیش‌فرض پژوهش هر کدام به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل مراجعین زنی بود که برای درمان به کلینیک‌های درمانی روانشناختی در شهرهای شیراز و کرمان مراجعه کرده بودند و پس از مصاحبه بالینی به عنوان موارد مبتلا به روابط اعتیادگونه تشخیص داده شده بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از این افراد بود که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شدند و از آنجا که اکثر بیماران از قشر دانشجویان بودند، به منظور مقایسه با آن‌ها، ۳۰ نفر نیز به عنوان افراد عادی از جامعه‌ی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه علوم و تحقیقات فارس به صورت تصادفی انتخاب گردید.

ابزارهای پژوهش

نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-SF)¹

این پرسشنامه دارای ۷۵ ماده است و بر اساس یافته‌های اشمیت (Smit, 1995) پانزده طرحواره ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. این طرحواره‌ها عبارتند از: محرومیت هیجانی، رها شدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، خودتحوّل نیافته و گرفتار، اطاعت، فداکاری، بازداری عاطفی، معیارهای نامربوط، استحقاق/بزرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی، شکست (Hamidpoor & Andooz, 2009). این پرسشنامه به وسیله یانگ و براون (Young & Brown, 1994) طراحی شد؛ فرم اولیه، دارای ۲۰۵ آیتم بود (Hamidpoor & Andooz, 2009). به گفته ولبرن و همکاران (Wolbern & cooperators, 2002) بمنظور ساختن آزمونی کوتاه‌تر، فرم کوتاه این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ طراحی شد. هر یک از ۷۵

¹ -young schema Questionnaire- short form

عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از «اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند» تا «دقیقاً مرا توصیف می‌کند»، نمره‌گذاری می‌شود. نمره فرد در طرحواره با جمع نمره‌های پنج سؤال مربوط به آن طرحواره بدسن می‌آید که دامنه آن در هر طرحواره از ۵ تا ۲۵ است. نمره بالاتر نشان دهنده حضور پررنگ طرحواره ناکارآمد است (Hamidpoor & Andooz, 2009).

در مطالعه ولبرن، کوریستین، داگ، پونت فرکت و جوردن (Coristine, Dagg, Jordan, 2002) همسانی درونی کافی تا بسیار خوبی برخوردار بودند. آلفای کرونباخ تمامی رفرنس طرحواره‌ها از (۰/۷۶ تا ۰/۹۳) محاسبه شد. همچنین، پایایی فرم کوتاه پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۶۴ محاسبه گردید (Fatehizade & abbasian, 2003). فاتحی‌زاده و عباسیان (Fatehi & Abbasian, 2003) روایی همزمان پرسشنامه و طرحواره را از راه بررسی رابطه آزمون طرحواره‌ها با آزمون باورهای آزمون باورهای غیر منطقی (IBT)، بررسی کردند که همبستگی حاصله ۰/۳۶ و معنی‌دار بود. همچنین روایی صوری پرسشنامه به وسیله ۱۲ نفر از اساتید دانشگاه اصفهان تایید شد (Fatehizade & abbasian, 2003).

پرسشنامه روابط اعتیادگونه عاشقانه و جنسی

این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال است که بمنظور سنجش و مقایسه روابط اعتیادگونه عاشقانه و جنسی طراحی شده است. ۲۰ سؤال نخست این پرسشنامه، مربوط به روابط اعتیادگونه عاشقانه و ۲۰ سؤال دوم این پرسشنامه، مربوط به روابط اعتیادگونه جنسی می‌باشد. پاسخ هر یک از سؤالات این پرسشنامه به صورت دو گزینه بلی و خیر می‌باشد. نمره فرد در این پرسشنامه از جمع تعداد پاسخ‌های بلی بدست می‌آید. بدیهی است که هر چه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده این است که فرد به میزان بالاتری دچار روابط اعتیادگونه می‌باشد. کمینه نمره صفر و بیشینه آن ۴۰ می‌باشد. نمره صفر نشان‌دهنده این است که فرد دچار هیچ گونه روابط اعتیادگونه‌ای نمی‌باشد و نمره ۴۰ به این معناست که فرد به شدت دچار روابط اعتیادگونه می‌باشد.

پرسشنامه یاد شده برگرفته از پرسشنامه‌های خارجی موجود برای سنجش روابط اعتیادگونه می‌باشد که مهم‌ترین آنها مربوط به پاتریک کارنز (Carnes, 1989) می‌باشد که فرم تجدید نظر شده آزمون جداسازی اعتیاد جنسی را طراحی کرده است و شامل ۴۵ سؤال است (Carnes, 2006). از تلفیق ترجمه پرسشنامه‌های خارجی و همچنین، نظر اساتید گوناگون، پرسشنامه حاضر را طراحی

کردیم. برای بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی^۱ استفاده شد. به این منظور، یک گروه شامل ۳۰ نفر از دانشجویان دختر به صورت تصادفی انتخاب گردید و پرسشنامه روابط اعتیادگونه پس از توضیحات لازم در اختیار آن‌ها قرار گرفت و مطابق معمول از ذکر نام آن‌ها صرف نظر شد. در بالای هر پرسشنامه قسمت‌هایی مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در مورد سن، جنس، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل به همراه یک کد اختصاری (از حروف الفبای انگلیسی) درج گردید و از آزمودنی‌ها خواسته شد کد مربوطه را یادداشت کرده و به خاطر بسپارند تا در بازآزمون، پرسشنامه‌ای که کد خاص هر فرد در آن درج شده در اختیار آزمودنی قرار گیرد. با فاصله دو هفته پس از آزمون نخست، پرسشنامه دوباره جهت بازآزمایی مطابق روال قبلی در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و پس از تکمیل و نمره‌گذاری، جهت بررسی روایی و پایایی مورد محاسبات آماری قرار گرفت. ضریب پایایی از طریق بازآزمایی، برای کل آزمون ۰/۹۲ بدست آمد. همچنین، ضریب پایایی به روش همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱۷ محاسبه شد. نتیجه تحلیل عوامل به ما نشان داد که پرسشنامه یاد شده دو عامل عاشقانه و جنسی را مورد بررسی قرار می‌دهد. نتیجه تحلیل عوامل به ما نشان داد که پرسشنامه شامل دو عامل عاشقانه و جنسی می‌باشد. همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ۱۴ سوال روی عامل نخست، ۱۲ سوال روی هر دو عامل و ۱۳ سوال نیز بر روی تنها عامل دوم بار دارند. در جدول زیر حرف L (Love) مربوط به عامل عاشقانه و حرف se (sex) مربوط به عامل جنسی می‌باشد.

^۱ - Test-Retest

جدول ۱- نتایج تحلیل عوامل

مولفه ها(عوامل)

عامل دوم(جنسی)	عامل نخست(عاشقانه)	
-----	۰/۸۱۹	L۲
-----	۰/۸۰۸	se۱۴
-----	۰/۷۹۸	L۱۹
-----	۰/۷۶۸	L۲۰
-----	۰/۷۵۲	L۱۷
۰/۳۰۰	۰/۷۵۰	se۱۷
-----	۰/۷۲۱	se۱۵
۰/۴۱۲	۰/۷۱۹	se۷
-----	۰/۷۱۵	se۱۳
۰/۴۵۵	۰/۷۱۰	L۱
۰/۵۲۹	۰/۶۸۶	L۵
-----	۰/۶۷۳	L۱۵
-----	۰/۶۶۷	L۱۲
-----	۰/۶۵۳	L۹
۰/۴۱۳	۰/۶۲۰	se۴
۰/۳۲۵	۰/۵۸۴	L۸
-----	۰/۵۴۶	se۱۰
-----	۰/۵۲۰	L۳
-----	۰/۵۱۶	L۴
۰/۴۶۶	۰/۵۰۴	se۱۶
۰/۴۲۱	۰/۴۳۱	L۷
-----	۰/۳۲۲	se۹
		L۶
۰/۸۵۵	-----	L۱۳
۰/۸۳۶	-----	se۲۰
۰/۸۲۷	۰/۴۰۷	se۶
۰/۸۰۳	-----	Se8
۰/۷۷۶	۰/۴۹۹	se۱۲
۰/۷۵۰	-----	se۳

ادامه جدول ۱		
۰/۷۳۸	-----	se۱۸
۰/۷۱۹	-----	se۱۹
۰/۶۸۸	-----	L۱۶
۰/۵۸۷	۰/۴۲۰	L۱۱
۰/۵۲۷	-----	L۱۰
۰/۵۲۰	-----	se۱۱
۰/۴۱۳	-----	se۱
۰/۳۵۷	۰/۳۵۳	se۵
۰/۳۳۸	-----	L۱۴
۰/۳۳۲	-----	se۲
۰/۳۲۱	-----	L۱۸

یافته‌های پژوهش

فرضیه ۱: زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه در مقایسه با زنان سالم، دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشند.

جهت آزمایش این فرضیه از آزمون t مستقل استفاده شد که جدول ۲ نتایج بدست آمده را نشان می‌دهد.

جدول ۲- مقایسه میانگین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه و زنان فاقد روابط اعتیادگونه

شاخص‌های آماری مشترک در دو گروه AR و فاقد AR		شاخص‌های آماری در گروه فاقد AR		شاخص‌های آماری در گروه AR ^۱		عنوان طرحواره		
Sig (t)	t	Sig(f)	F لوینس	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۰۱	۰	۱/۶	۰/۳۶	۷/۲	۱۵/۳	محرومیت هیجانی
	۱۱/۰۶		۵۴/۷۹					
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۱	۰	۴/۹	۱/۶	۶/۵	۱۶/۶	رهاشدگی / بی ثباتی
	۱۰/۰۹		۶/۸۷					
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۰۱	۰	۱/۸	۰/۶۶	۸/۵	۱۰/۱۳	بی اعتمادی/بدرفتاری
	۵/۹۱		۹۲/۱۱					
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۰۱	۰	۱/۹	۰/۴۶	۶/۶	۱۱/۶۶	انزوای اجتماعی/بیگانگی
	۸/۸۶		۴۶/۸۶					
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۰۱	۰	۰/۸۵	۰/۳۶	۷/۶	۱۲/۳	نقص/شرم
	۸/۴۸		۸۱/۸۵					
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۰۱	۰	۰/۶۹	۰/۲۶	۶/۱	۶/۳	شکست
	۵/۳۷		۳۶/۱۳					
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۰۱	۰	۲/۳۷	۰/۴۳	۴/۸۹	۵/۸۳	وابستگی/بی کفایتی
	۵/۴۳		۲۵/۴۹					
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۰۱	۰	۰/۷۷	۰/۲۳	۴/۳۷	۳/۴۶	آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
	۳/۹۸		۲۹/۹۳					
۰/۰۰۰۶	۰	۰/۰۰۱	۰	۴/۶۱	۱/۹۳	۷/۸۴	۶/۶۳	خودتحوّل نیافته/گرفتار
	۲/۸۲		۱۳/۵۶					
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۷	۷/۸۱	۴/۲۵	۲/۵	۷/۲۶	۹/۶	اطاعت
	۴/۶۱							
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۰۱	۰	۲/۶۹	۱/۳۶	۶/۸۳	۱۱/۱۶	ایثار
	۷/۳۰		۲۳/۳۰					
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۰۱	۰	۲/۴۱	۱/۱۳	۶/۴۵	۸/۱۶	بازداری هیجانی
	۵/۵۸		۳۲/۱۹					
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۰۱	۰	۳/۵۵	۱/۴۶	۶/۴۳	۱۳/۰۰	معیارهای سرسختانه/ عیبجویی افراطی
	۸/۵۹		۱۷/۸۹					
۰/۰۰۰۱	۰	۰/۰۰۵	۰	۳/۳۸	۳/۱۳	۴/۷۳	۱۳/۸۶	استحقاق / بزرگ منشی
	۱۰/۰۹		۸/۵۷					

* p < ۰/۰۵

^۱ - Addiction Relationship

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در همه پانزده طرحواره ناسازگار اولیه مقدار t معنی‌دار است. لذا، نتیجه می‌گیریم که بین گروه مبتلا به AR و گروه فاقد AR تفاوت معنی‌داری از لحاظ تجربه طرحواره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد.

فرضیه ۲: بین زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه و زنان سالم از نظر ابتلا به روابط اعتیادگونه عاشقانه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. جهت آزمایش این فرضیه از آزمون t مستقل استفاده شد که جدول ۳ نتایج به دست آمده را نشان می‌دهد.

جدول ۳- مقایسه میانگین روابط اعتیادگونه عاشقانه در دو گروه زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه

وزنان فاقد روابط اعتیادگونه

گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار F لوینس	سطح معنی داری F	مقدار t	سطح معنی داری t
افراد AR	۳۰	۱۱/۳۰	۳/۹۹	۰/۹۳	*	۸/۳۹	۰/۰۰۰۱
افراد فاقد AR	۳۰	۲/۴۳	۴/۱۹				

*($p < ۰/۰۵$)

همان‌گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین روابط اعتیادگونه عاشقانه در گروه AR، ۱۱/۳۰ و در گروه فاقد روابط اعتیادگونه، ۲/۴۳ می‌باشد و با توجه به اینکه مقدار t مشاهده شده ۸/۳۹ می‌باشد و در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد، نتیجه می‌گیریم که گروه مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی نسبت به گروه گواه به طور معنی‌داری، بیشتر درگیر روابط اعتیادگونه عاشقانه می‌باشد.

فرضیه ۳: بین زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه و زنان سالم از نظر ابتلا به روابط اعتیادگونه جنسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جهت آزمایش این فرضیه از آزمون t مستقل استفاده شد که جدول شماره ۴ نتایج بدست آمده را نشان می‌دهد.

جدول ۴- مقایسه میانگین روابط اعتیادگونه جنسی در دو گروه زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه و

وزنان فاقد روابط اعتیادگونه

گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار F لوینس	سطح معنی داری F	مقدار t	سطح معنی داری t
افراد AR	۳۰	۱۰/۶۶	۳/۴۳	۱/۲۱	*	۱۱/۷۲	۰/۰۰۰۱
افراد فاقد AR	۳۰	۱/۵۳	۲/۵۲				

*($p < ۰/۰۵$)

همان گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین روابط اعتیادگونه جنسی در گروه بیمار ۱۰/۶۶ و در گروه فاقد روابط اعتیادگونه ۱/۵۳ می‌باشد و با توجه به این که مقدار t مشاهده شده ۱۱/۷۲ می‌باشد و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد، نتیجه می‌گیریم که گروه مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی نسبت به گروه گواه به گونه‌ای معنی‌دار بیش‌تر دچار روابط اعتیادگونه جنسی می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش این بود که مشخص کند، بین زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه و زنان فاقد چنین روابطی چه تفاوت‌هایی از لحاظ طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حوزه بریدگی و طرد) به عنوان یک عامل زمینه‌ساز روابط اعتیادگونه وجود دارد. بدین منظور در این پژوهش به بررسی این فرضیه‌ها پرداخته شد:

فرضیه ۱: زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه در مقایسه با زنان سالم، دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشند. این فرضیه در سطح $p < ۰/۰۵$ تأیید شد. بدین ترتیب بر اساس نتایج پژوهش حاضر زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه، دارای طرحواره‌های ناسازگار محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول‌نیافته/گرفتار، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، استحقاق/بزرگ‌منشی، خویش‌نمندی/خودانضباطی ناکافی می‌باشند.

می‌توان چنین گفت: افرادی که دارای طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد می‌باشند، نیازشان به امنیت، ثبات، همدلی، محبت، در میان گذاشتن احساسات، پذیرش و احترام به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی ارضاء نمی‌شود. این طرحواره‌ها به گونه معمول در خانواده‌هایی بوجود می‌آید که بی‌عاطفه، سرد، مضایقه‌گر، منزوی، تندخو، غیرقابل پیش‌بینی یا بدرفتار هستند. افراد مبتلا به روابط اعتیادگونه به دلیل ارضاء نشدن نیازشان به همدلی، محبت، امنیت، پذیرش و ... دچار کمبودهای عاطفی گه گاه شدیدی شده، شروع به برقراری روابط عاشقانه و جنسی بیمارگون می‌کنند. افرادی که طرحواره رهاشدگی/بی‌ثباتی دارند، احساس می‌کنند که افراد مهم زندگی‌شان نمی‌توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را به آنها بدهند، زیرا این افراد از لحاظ هیجانی، بی‌ثبات و اعتمادناپذیرند و بر این باورند که هر لحظه ممکن است افراد مهم زندگیشان بمیرند، یا این که آن‌ها را رها کنند و به فرد دیگری علاقه‌مند شوند (Young, 2009). و این دقیقاً همان چیزی است که افراد مبتلا به روابط اعتیادگونه دارند. این افراد زمانی که وارد یک ارتباط عاطفی یا جنسی می‌شوند

شدیداً به فرد مقابلشان وابسته می‌شوند. افرادی که طرحواره بی‌اعتمادی/بدرفتاری دارند، احساس می‌کنند که دیگران به آن‌ها ضربه می‌زنند و حق آن‌ها را می‌خورند. افرادی که طرحواره محرومیت هیجانی دارند، تمایلات و نیازهایشان به حمایت عاطفی به اندازه کافی از جانب دیگران ارضاء نمی‌شود. آن‌ها دچار فقدان توجه و عطوفت، درک نشدن و نداشتن منبع حمایتی می‌باشند. به همین دلیل افراد مبتلا به روابط اعتیادگونه برای جبران این کمبود محبت و توجه و هم‌چنین برای بدست آوردن حمایت، وارد هر گونه رابطه عاطفی یا جنسی می‌شوند و برای این‌که این رابطه را از دست ندهند، تن به هر کاری می‌دهند. این افراد خود را بی ارزش و حقیر می‌دانند چرا که بی آن‌که برای خود ارزشی قائل باشند تن به هر گونه رابطه‌ای خواهند داد.

افرادی که طرحواره نقص/شرم دارند، خود را حقیر و بی ارزش و ناقص می‌دانند و حساسیت شدید نسبت به انتقاد، طرد شدن و سرزنش دارند. افرادی که طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی دارند، احساس کناره‌گیری و بیگانگی از دنیا دارند.

بخشی از این یافته‌ها با یافته‌های بدست آمده از پژوهش استفنز (Stephens, 2001) همخوان است و شامل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه بریدگی و طرد (محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم و انزوای اجتماعی) می‌باشد. در پژوهش حاضر علاوه بر طرحواره‌هایی که در پژوهش استفنز (Stephens, 2001) در مردان مبتلا به اعتیاد جنسی، معنی‌دار شدند؛ طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خودتحويل نیافته/گرفتار، شکست)، حوزه محدودیت‌های مختل^۱ (استحقاق/بزرگ‌منشی، خویش‌تن‌داری/خودانضباطی ناکافی)، حوزه دیگر جهت‌مندی^۲ (اطاعت، ایثار، پذیرش‌جویی/جلب‌توجه) و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری^۳ (منفی‌گرایی/بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، تنبیه) نیز معنی‌دار شدند.

می‌توان چنین گفت: در رابطه با حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، این افراد نمی‌توانند مسئولیت‌های روزمره خود را بدون کمک قابل ملاحظه دیگران انجام بدهند و دچار درماندگی می‌شوند. افراد مبتلا روابط اعتیادگونه به دلیل این‌که در حل مسائل روزمره نیز مشکل دارند، این مسئله می‌تواند یکی از نیازهایی باشد که آن‌ها را به دیگران وابسته کند، یعنی این‌که حتی برای حل مسائل روزمره‌شان نیز، نیاز به یک تکیه‌گاه ایمن دارد.

1 - Impaired Limits

2 - Other- Directedness

3 - Overvigilance/Inhibition

افراد مبتلا به روابط اعتیادگونه دچار ترس افراطی از این که فاجعه نزدیک است و هر لحظه احتمال وقوع آن وجود دارد، می‌باشند. در توجیه این پدیده می‌توان گفت که در میان افراد مبتلا به روابط اعتیادگونه که در این پژوهش شرکت کردند، افرادی با سابقه سوءاستفاده جنسی در کودکی وجود داشتند. به همین دلیل این افراد دچار یک چنین اضطرابی در بزرگسالی شده‌اند و این باعث معنی‌دار شدن طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری شده است.

افراد مبتلا به روابط اعتیادگونه در این پژوهش، انتظاراتی که از خود و محیط دارند با توانایی‌های محسوس آن‌ها برای جدایی، بقاء و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت‌آمیز کارها تداخل دارد. در رابطه با معنی‌داری طرحواره‌ها حوزه محدودیت‌های مختل باید گفت که افراد مبتلا به روابط اعتیادگونه در محدودیت‌های درونی، احساس مسئولیت در قبال دیگران یا جهت‌گیری نسبت به اهداف بلندمدت زندگی نقص دارند. این طرحواره‌ها منجر به بروز مشکلاتی در رابطه با رعایت حقوق دیگران، همکاری با دیگران، تعهد یا هدف‌گزینی و رسیدن به اهداف واقع‌بینانه می‌شود. این مسئله به ویژه در مردان مبتلا به روابط اعتیادگونه جنسی دیده می‌شود چرا که آن‌ها برای برطرف کردن نیاز جنسی‌شان که به صورت اعتیاد در آمده است، حاضر به هر گونه تعرض به حقوق طرف مقابل می‌باشند. در رابطه با حوزه دیگر جهت‌مندی باید گفت که افراد مبتلا به روابط اعتیادگونه، تمرکز افراطی بر تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران دارند به گونه‌ای که نیازهای خودشان را نادیده می‌گیرند. آنها این کار را بمنظور دریافت عشق و پذیرش، تداوم ارتباط با دیگران یا اجتناب از انتقام و تلافی انجام می‌دهند. در رابطه با حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری باید اشاره کرد که افراد مبتلا به روابط اعتیادگونه، تأکید افراطی بر واپس زنی احساسات، تکانه‌ها و انتخاب‌های خودانگیزه فرد یا برآورده ساختن قواعد و انتظارات انعطاف‌ناپذیر و درونی شده درباره عملکرد و رفتار اخلاقی دارند که اغلب منجر به از بین رفتن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط نزدیک و سلامتی می‌شود. یک چنین طرز تفکری مسلماً منجر به ایجاد فشار روانی زیادی بر فرد می‌شود. اینکه فردی تمرکز زیاد بر جنبه‌های منفی زندگی داشته باشد، بازداری افراطی بر اعمال و احساساتش داشته باشد، به خاطر دست‌یابی به معیارهای بلندپروازانه‌اش، تلاش فراوانی به خرج دهد و همین‌طور به خاطر اشتباهها، خودش و دیگران را شدیداً تنبیه کند منجر به ایجاد فشار روانی زیادی بر فرد می‌شود و فرد شاید در نهایت، برای کاهش این فشار روانی رو به رفتارهای اعتیادگونه مانند روابط اعتیادگونه عاطفی و جنسی بیاورد، چرا که انجام روابط اعتیادگونه از جانب فرد، می‌تواند تلاشی غیرمستقیم برای از هم پاشیدن هنجارهای خشک و انعطاف‌ناپذیر ذهنی فرد باشد.

بک (Beck, 1976) و بک و همکاران (Beck & cooperators, 1978) در فرمول‌بندی‌های اولیه خود درباره آسیب‌شناسی این نکته را مطرح کردند که هر اختلال با طرحواره‌ها و الگوهای عادت‌گونه فکری همراه است که تا حدودی کلی هستند. همین طرحواره‌ها و الگوهای فکری، شاخصه آسیب‌پذیری فرد بشمار می‌روند (Hamidpoor & Andooz, 2009). به باور یانگ و همکاران (Young & cooperators, 2003) طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و خودشکننده‌ای هستند که در جریان رشد آغاز می‌گردند و در سرتاسر زندگی تکرار می‌شوند. هم‌چنین، آسیب‌شناسی روانی هر فرد می‌تواند، بازتاب طرحواره‌های ناسالم وی باشد. اساساً طرحواره‌های ناسازگار موجب سوگیری در تفسیر رویدادها می‌شوند. این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی به صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، فرض‌های نادرست، اهداف و چشم‌داشت‌های غیر واقع‌بینانه در افراد نسبت به معشوق یا فرد مورد علاقه‌ی خود پدید می‌آیند و این سوء برداشت‌ها بر ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی (رابطه آن‌ها در آینده) تاثیر می‌گذارد زیرا طرحواره‌ها در مسیر زندگی تداوم دارند و بر چگونگی رابطه‌ی فرد با خود و دیگران (به ویژه شریک زندگی و فرد مورد علاقه) تاثیر دارند، از آنجا که طرحواره‌های ناسازگار، ناکارآمد هستند، ناخشنودی در روابط را در پی دارند (Yoosefi, 2010). لذا، نتایج پژوهش حاضر با گفته‌های بک و یانگ همخوان می‌باشد. هم‌چنین، یافته‌های بدست آمده با نتایج پژوهش رابین (Rubin, 1991) که اظهار داشت این مسئله ریشه در باورهای هسته‌ای این افراد و امکان ارتباط آنها با تجربه مورد سوءاستفاده قرار گرفتن در کودکی و ¹PTSD شدن دارد (Stephens, 2001) نیز همخوان است.

فرضیه ۲: بین زنان مبتلا به روابط اعتیاد گونه و زنان سالم از نظر ابتلا به روابط اعتیادگونه عاشقانه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این فرضیه نیز در سطح $P < 0/05$ تایید شد. که نتیجه بدست آمده از آزمون این فرضیه با نتایج پژوهش انجام شده به وسیله پیل (Peele, 1988) مبنی بر این‌که عشق اعتیادگونه، نوعی جدال بی پروا و یک دلبستگی وسواس‌گونه است و هم‌چنین، با پژوهش انجام شده به وسیله شافر (Schaeffer, 1987) که بر ۱۶ ویژگی افرادی که معتاد به روابط اعتیادگونه عشقی هستند، اشاره کرده است از جمله ترس از رهاشدگی، احتیاج به دیگران به دلیل نیاز به احساس کامل بودن و کسب لذت جنسی از راه خودآزاری یا دیگرآزاری (Mucchetti, 1999) و هم‌چنین، با پژوهش انجام شده به وسیله ماکچتی (Mucchetti, 1999) که به مشکلاتی نظیر تاریخچه دلبستگی اجتنابی، ترس از دست دادن معشوق و فقدان کنترل اشاره کرده است و با پژوهش انجام شده به وسیله ملودی، میلر و میلر (Mellody, Miller & Miller, 1989) که اصطلاح

¹ - Post Traumatic Stress Disorder

عشق اعتیادگونه را به صورت الگوهای بدکارکردی در افراد مبتلا به آن مشخص کردند همخوان می‌باشد. جهت تبیین این یافته می‌توان گفت که این افراد در مقایسه با افراد سالم به میزان بیش‌تری به برقراری روابط عاشقانه بیمارگون می‌پردازند و مرتباً به دنبال یک رابطه رومانسیک با جنس مخالف به عنوان شریک خود می‌گردند. رابطه‌ای که به گفته شافر (Schaeffer, 1987) به منظور برطرف کردن نیاز آن‌ها به کامل شدن و ترس از رها شدگی صورت می‌گیرد.

فرضیه ۳: بین زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه و زنان سالم از نظر ابتلا به روابط اعتیادگونه جنسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این فرضیه در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار بوده و تایید شد. نتیجه به دست آمده از آزمون این فرضیه با نتایج تحقیق انجام شده توسط زاهدیان، محمدی و سامانی (Zahedian, Mohamadi & Samani, 2011) مبنی بر اینکه افراد معتاد جنسی از نظر خود پنداره با افراد سالم تفاوت دارند و با پژوهش کارنز (Carnes, 1991) که دریافت که ۱۰ تا ۶۴ درصد از معتادین جنسی که مورد بررسی قرار گرفته‌اند رفتارهای جنسی بی‌احتیاط، بی‌احتیاطی‌های جنسی (مانند معاشقه‌های متعدد، تعویض شرکای جنسی، شرکت در روابط جنسی ناشناس یا رابطه جنسی دسته‌جمعی را تجربه کرده‌اند، همخوان می‌باشد می‌توان گفت که افراد مبتلا به اعتیاد جنسی نسبت به افراد سالم بنا به تعریف آن مکرراً و به هر قیمتی حتی با وجود پیامدهای منفی که دارد به دنبال برقراری رابطه جنسی می‌باشند.

این افراد کوشش فزاینده و مکرری به عمل می‌آورند که رابطه جنسی داشته باشند و اگر در این تلاش‌های خود موفق نشوند، دچار ناراحتی می‌شوند (Kaplan & Sadock, 2007).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به سوءگیری فرهنگی از طرف برخی از آزمودنی‌ها در مورد مسئله روابط اعتیادگونه اشاره کرد. به دلیل اینکه برای بسیاری از افراد مسئله روابط و بویژه روابط جنسی، به گونه‌ای نیست که به سادگی در مورد آن اطلاعاتی ارائه بدهند. محدودیت‌های دیگر کمبود پیشینه پژوهشی و ابزار مناسب برای سنجش روابط اعتیادگونه می‌باشد. با وجود تمام اهمیت و شیوعی که مسئله روابط اعتیادگونه به ویژه در کشور خودمان و در سایر کشورها دارد متأسفانه در رابطه با این موضوع بسیار کم کار شده است. دستیابی به ابزاری که متناسب با فرهنگ ما، مسئله روابط اعتیادگونه را مورد ارزیابی قرار دهد بسیار دشوار بود. با توجه به محدودیت‌هایی که در انتخاب نمونه برای این پژوهش وجود داشت و اینکه نمونه‌گیری به روش در دسترس و هدفمند انجام شد، نیاز به پژوهش‌های بیشتری در آینده می‌باشد که با نمونه‌ی وسیع‌تری به این موضوع بپردازند. بنابراین، در مورد تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش باید محتاط عمل کرد.

References

- 1-Abbasi, H.& Fatehizade, M.(2003). Standardization in short form cognitive schemas on Isfahan university students, Bachelor's thesis, Isfahan university.(persian)
- 2- Abbasi, I.(2008). The epidemiological and etiological study of sexual problems in the students of the Islamic azad university of Arsenjan, Bachelor's thesis, Arsenjan university.(persian)
- 3-Abdi, H. & Golzari, M.(2010). A study on the relation between love style and characteristics, Ravanshenasi va Din quarterly, 3rd year, 3rd volume. P 53-74.(persian)
- 4- Abot, P., Walas, K.(2001). Women sociology, translated by Najm Araghi, Manizhe., Tehran: Ney publication.(persian)
- 5- Adams KM, Robinson DW. Shame reduction, affect regulation, and sexual boundary development: Essential building blocks of sexual addiction treatment. *Sex Addict Compuls.* 2001; (8): 23-44.
- 6-Andooz, Z. & Hamidpoor, H.(2005). PA Study on the relation between conflict schemas and attachment style and marital adjustment, Paper proposed in the second conference of family pathology in Iran , Shahid Beheshti university, May,p: 14-19.(persian)
- 7-Arterburn, S.(1991). Addicted to love: Recovering from Unhealthy Dependencies in Romance, Relationship, and sex. Guildford,surry:Eagle.
- 8- Carnes P.(1991). Don't call it love: Recovery from sexual addiction. Minneapolis, MN: CompCare.
- 9- Carnes,P.(2006). Women and Sex Addiction. *Counselor Magazine*, June 2006, 34-40.
- 10- Cohen,A.B(2005). The relation of attachment to infidelity in romantic relationship: an exploration of attachment style, relationship satisfaction, relationship quality and gender differences in sexual behaviors. Institute of advanced psychological studies, adelphy university.
- 11- Coleman-kennedy, C.(2002). Assessment and Diagnosis of Sexual Addiction. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association.* 143-151.
- 12- Earle R, Crow G.(1998) Lonely all the time: Recognizing, understanding, and overcoming sex addiction of addicts and codependents. New York: Pocket Books.
- 13- Eglacy, S, C.,(2007). Pathological love: is it a new psychiatric disorder?. *Rev Bras Psiquiatr*;29(1): 55-62.

- 14- Farahbakhsh, K. & Shafiabadi, A.(2006). A study on lovemaking aspects in accordance with three dimensional theory of love in four groups of engagement, wedding, marriage and parenting, Danesh va Pazhuhesh dar ravanshenasi quarterly. Vol 30,p 1-20.(persian)
- 15- Ferree MC, Lasser M.(2010). No Stones: Women redeemed from sexual addiction. Westport: Green Press.
- 16- Fist, J. & Fist, J, G. (2008). Personality theories, translated by Yahya Seyedmohammadi , 5thEd. Tehran, Ravan publications.(persian)
- 17- Glass, shriley P. & Wright, Thomas L. (1985), Sex differences in Type of Extramental Involvement and Marital Dissatisfaction. Sex Roles 12(9/10).
- 18- Hagedorn WB.(2009). Sexual addiction counseling competencies: Empirically-Based tools for preparing clinicians to recognize, assess, and treat sexual addiction. Sex Addict Compuls. (16): 190-209.
- 19- Hazan, C.,&Shaver,P(1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social psychology,52,511-524.
- 20- Kaplan, H. & Sadock, A. & Sadock, V.(2005)P.Sexual addiction in Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Vol 1. Baltimore: Lippincott Williams & Wikins;P. 340-353.
- 21- Kaplan,H.& Sadock, B.& Sadock, V.(2007). Synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry, translated by Farzin Rezaei, 2ndVolume, tenth edition, Tehran, Arjmand publications.(persian)
- 22- Laaser MR.(2004).Healing the wounds of sexual addiction. Michigan: Zondervan.
- 23- Lee,J.A(1970). Colours of love: An exploration of the ways of loving. P.250-263.
- 24- Leyhi,R.(2009). Cognitive therapy techniques, translators: Hasan Hamidpoor & Zahra Andooz, Tehran, Arjmand publication.(persian)
- 25- Loumann, Edward.; Gognon, John H.; Micheal, Robert T. & Micheals, Stuart. (1994), The SocialOrganization of Sexuality, Chicago, University of Chicago Press.
- 26- Mahdavi,M., Nasimi,M.(2008). A sociological Study of women's satisfaction from the marital relationships. Journal of social sciences,Vol.2,No.3,p:5-27.(persian)
- 27- Mucchetti, Emil. A.(1999). The prevalence of love addiction among undergraduates at Texas. Master Thesis. A&M Kingsville.1-15.

- 28- Rafiei, S. & Hatami, A. & Forooghi, A. (2011). A study on the relation between elementary maladaptive schemas and attachment style in women with infidelity. *Zan va Jame'e magazine*, 2nd year, Vol 1, p 21-36. (persian)
- 29- Razavi, V., Soltaninezhad, A., Rafiee, A. (2011). Comparing of early Maladaptive Schemas between healthy and Addicted men over 20 years in Kerman, *Journal of Zahedan medical sciences researches*, p:12- 16. (persian).
- 30- Rubin, Z. (1970). Measurement of romantic love, *Journal of personality & Social psychology*, 16, p.265-273.
- 31- Russ E, Heim A, Westen D. (2003) Parental Bonding and personality pathology assessed by clinician report. *J Psychiatr disord.* (17): 522-536.
- 32- Schneider PJ. (1991). Sexual problems in married couples recovering from sexual addiction and coaddiction. *Am J Prev Psychiatr Neurol.* 2(3): 33-38.
- 33- Shirdel, M., (2006). The factors of the married women and men tendency to intimacy, *Journal of social welfare*, Vol.6, No.22, p:133-148. (persian)
- 34- Stephens, Eoin. (2001). Core Beliefs in Sexually Addicted Men: An Investigation Using the Young Schema Questionnaire. Master Thesis, University of Wales. P 2-11 & 192.
- 35- Sternberg, R. et al (1988). The psychology of love. P.253.
- 36- Yoosefi, N. (2010). A study on the effectiveness of two family therapy approaches based on treatment schemas and emotional system on elementary maladaptive schemas, separation of self, attachment styles and tendency towards separation in Saqez separation volunteers, PH.D. Thesis in family consulting, Isfahan university. (persian)
- 37- Young, J. E., Kolsko, J, Wissher, M. E (2003). Schema therapy: Practitionerers guide, New Yourk. P:73-75.
- 38- Young, J. & Klosko, g. & Vishar, M. (2009). Treatment schemas: Applied guide to clinical specialists, translated by: Hasan Hamidpoor & Zahra Andooz, Tehran, Arjmand publication. (persian)
- 39- Zahedian, F. , Mohammadi, M., Samani, S. (2011). The Role of Attachment Styles, Parental Bonding and Self Concept in Sexual Addiction, *Journal of Clinical Psychology*, Vol.3, No.3(11), Autumn. p:65-73. (persian)