

The study of psychological symptoms in people with paraphilic disorders and normal people

Behrad Zadafshar*
Mohsen Maroufi**
Maryam Ghorbani***

Abstract

The purpose of this study was to investigate psychological symptoms in people with paraphilic disorders and normal people. Population of this study consists of all the patients with paraphilic disorders referred to psychiatric and psychological centers and have normal participants of Isfahan city. 7 participant with paraphilic disorders and 7 normal people were selected voluntarily. The participants completed paraphilia scales questionnaire and SCL-90-R. Data have analyzed using U-Man withny test. Results showed that there are significant differences in psychological symptoms (somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid thoughts and psychotism) between participants with paraphilic disorders and participants of normal. The presentation of teaching coping strategies to patients and treatment of comorbid mental disorders, in order to control and cure of paraphilic disorders are recommended.

Keywords: Paraphilic disorders, psychological symptoms

* Ph.D. Student of Psychology, Shahrekord, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

** Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*** **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran (ghorbani_psy@yahoo.com)

بررسی علایم روان‌شناختی در افراد با علایم اختلالات پارافیلیا و افراد عادی

بهراد زادافشار*

محسن معروفی**

مریم قربانی***

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، بررسی علایم روان‌شناختی در افراد با علایم اختلالات پارافیلیا و افراد عادی بود. هفت نفر از افراد داوطلب با علایم اختلالات پارافیلیا مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی استان اصفهان و هفت نفر از افراد سالم بدون اختلال پارافیلیا به‌صورت داوطلبانه برگزیده شدند. شرکت‌کننده‌ها مقیاس‌های پارافیلیا و چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس و نرم‌افزار آماری SPSS-21 تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌دار در تمامی علایم روان‌شناختی (شکایات جسمانی با سطح معنی‌داری، وسواسی-اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌گسسته‌گرایی) در میان افراد با علایم اختلالات پارافیلیا و افراد عادی وجود دارد. به هر حال، ارائه‌ی آموزش راهبردهای مقابله با اضطراب به مبتلایان و هم‌چنین درمان اختلالات روانی هم‌بود به منظور کنترل و درمان انحرافات جنسی پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات پارافیلیا؛ اختلالات روانی

* دانش‌جوی دکتری روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

** دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران

*** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

وقتی رفتار جنسی به شدت در جهت اهداف و فعالیت‌های جنسی غیرعادی یا بسیار خاص هدایت شود، نام پارافیلیا^۱ یا انحرافات جنسی به خود می‌گیرد. راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی-۵^۲، انحرافات جنسی را به صورت خیال پردازی‌های جنسی بسیار تحریک‌کننده، تمایلات شدید جنسی یا رفتارهایی تعریف می‌کند که به موارد زیر معطوف می‌شوند؛ ۱- اشیاء غیرانسانی مثل فetiš‌ها^۳، ۲- زجر دادن یا تحقیر کردن خود یا دیگران مثل اختلال مازوخیسم جنسی^۴ یا سادیسم جنسی^۵ و ۳- کودکان یا سایر افرادی که راضی به برقراری رابطه جنسی نیستند مثل اختلال پدوفیلیک^۶ یا میل جنسی به کودکان (گنجی، ۱۳۹۲). بر اساس DSM-5 هشت نوع از اختلالات پارافیلیک مشخص به شرح زیر می‌باشند؛ اختلال اگزیبیشنستیک^۷ (آلت‌نمایی جنسی)، اختلال فتیسیستیک (یادگار پرستی جنسی)، اختلال فورتوریستیک^۸ (مالش دوستی)، اختلال پدوفیلیک (کودک‌خواهی جنسی)، اختلال مازوخیسم (آزارطلبی جنسی)، اختلال سادیسم جنسی (آزارگری جنسی)، اختلال ترنسوستیک^۹ (مبدل‌پوشی جنسی) و اختلال ویریستیک^{۱۰} (نظربازی جنسی) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه نیلوفر، فخرایی، شاملو، رضاعی، هاشمی‌آذر و فرمند، ۱۳۹۵). این خیال پردازی‌های جنسی، امیال جنسی یا رفتارهای جنسی به مدت حداقل ۶ ماه حضور داشته‌اند و باعث رنج شدید یا نابسامانی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های زندگی فرد می‌شوند (گنجی، ۱۳۹۲).

ویژگی انحراف‌های جنسی وجود تکانه‌ها^{۱۱}، خیالات یا اعمال جنسی غیرمعمول، منحرفانه یا عجیب و غریب است. شیوع آن در مردان بیش از زنان است. علت آن‌ها شناخته شده نیست. ممکن است یک استعداد زیست‌شناختی (الکتروانسفالوگرام^{۱۲} غیرطبیعی، سطوح غیرطبیعی

1. paraphilia
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
3. fetish
4. sexual masochism
5. sexual sadism
6. pedophilic
7. exhibitionistic
8. frotteuristic
9. transvestic
10. voyeuoristic
11. impulse
12. electroencephalogram

هورمون‌ها^۱) یا به وسیله اعمال روان‌شناختی نظیر آزار در دوران کودکی تقویت شده باشند. (کاپلان و سادوک^۲، ۱۹۹۱).

طبق نظریه روان‌کاوی^۳، نابهنجاری‌های جنسی نتیجه‌ی تثبیت^۴ در یکی از مراحل روانی-جنسی^۵ و یا تلاش برای دفع اضطراب اختگی^۶ می‌باشد (سادوک، کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ترجمه‌ی ارجمند، رضاعی و فغانی جدیدی، ۱۳۹۴). سبب‌شناسی انحرافات جنسی در مدل روان‌کاوی بر حل نشدن بحران ادیپال^۷ با همانندسازی^۸ با والد پرخاشگر جنس مقابل تکیه دارد. مثلاً مردی که لباس زنانه می‌پوشد با مادر خود همانندسازی می‌کند. اگر فردی در زمان کودکی مورد سوءاستفاده‌ی جنسی^۹ قرار گیرد احتمال دوام این رفتار در بزرگسالی یا به‌طور برعکس؛ یعنی، مورد سوءاستفاده قرار دادن یا قربانی کردن دیگران وجود دارد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۱).

طبق نظریه‌ی یادگیری نیز ارتباط عمل با انگیزتگی جنسی در دوران کودکی، سبب یادگیری شرطی^{۱۰} می‌شود. اعمال منحرف جنسی غالباً و سواسی^{۱۱} هستند، بیمار به‌طور مکرر رفتارهای منحرفانه را انجام داده و قادر به کنترل این تکانه‌ها نیست. در شرایط فشار روانی، اضطراب^{۱۲} و افسردگی^{۱۳}، احتمال انجام این رفتارهای منحرفانه افزایش می‌یابد. ممکن است بیمار راه‌حل‌های متعددی برای توقف این رفتارها اتخاذ کند، ولی عموماً قادر به جلوگیری از آن‌ها به مدت طولانی نبوده و کنش‌نمایی بعدی با احساسات قوی گناه همراه خواهد بود. روش‌های درمانی که تنها با موفقیت متوسطی همراهند، عبارتند از؛ روان‌درمانی بینش‌مدار^{۱۴}، رفتار درمانی^{۱۵} و درمان دارویی^{۱۶} به تنهایی یا همراه با سایر درمان‌ها (سادوک و همکاران، ۲۰۱۰، ترجمه‌ی ارجمند و همکاران،

1. hormone
2. Kaplan & Sadock
3. psychoanalysis
4. stabilize
5. psychosexual
6. castration anxiety
7. oedipal crisis
8. identification
9. sexual abuse
10. conditional learning
11. obsessive
12. anxiety
13. depression
14. insight oriented psychotherapy
15. behavioral therapy
16. pharmacotherapy

۱۳۹۴). کینگستون و بورجت^۱ (۲۰۱۴) در زیر نتایج ارزیابی پارافیلیاها به شرح زیر بیان کردند:

۱- پارافیلیاها اختلالاتی عودکننده و پایدار بوده و نوعی میل شدید جنسی به مسائل و فعالیت‌های غیرمعمول می‌باشند، ۲- پارافیلیاها همبودی‌های مهمی با دیگر اختلالات روانی دارند. انواع مختلف اختلالات پارافیلیا با یکدیگر همبودی دارند. به‌علاوه، اختلالات پارافیلیا مخصوصاً با اختلالات خلقی دارای همبودی هستند، ۳- ارزیابی و تشخیص پارافیلیاها مستلزم دریافت اطلاعات از منابع مختلف و بررسی‌های چندگانه می‌باشد، چرا که اگر تنها به اطلاعات داده‌شده توسط بیمار بسنده شود، باعث سوگیری و محدودیت در بررسی‌ها خواهد شد و ۴- مدیریت مؤثر در درمان پارافیلیاها نیازمند بررسی و کنترل مستمر می‌باشد، زیرا هیچ‌گونه شواهدی مبنی بر درمان قطعی و دائمی وجود ندارد.

در مورد ریشه‌ها و علل انحرافات جنسی نظریه‌های متعددی وجود دارد. بر اساس شواهد، تجربه‌های پیشین در زندگی فرد، نقش مهمی در شروع انحرافات جنسی دارند. بد رفتاری در کودکی نیز، ظاهراً به ایجاد انحرافات جنسی کمک می‌کند، ولی چگونگی آن هنوز معلوم نیست. روابط مختل و مشکل بین والدین و فرزندان نیز می‌توانند در ایجاد بعضی اختلالات روانی^۲ نقش مهمی داشته باشند (گنجی، ۱۳۹۲). نابهنجاری‌های جنسی اغلب همیشگی هستند و ممکن است منشا آن‌ها در نیرو گذاری روانی (شارژ کردن یک موضوع خنثی با انرژی روانی مثبت یا منفی) باشد (روزنهان و سلیگمن^۳، ۲۰۰۹، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۸۹). به نظر جان‌مانی^۴، علت نابهنجاری‌های جنسی نقشه‌های عشقی تحریف شده هستند (هالچین و ویتبورن^۵، ۱۹۴۸، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۹۲).

پورتر، وودورث، ایرل، دروگه و بوئر^۶ (۲۰۰۳) بیان می‌کنند که در مقوله‌ی سبب‌شناسی بیولوژیکی^۷، یافته‌های عضوی مشخصی در افراد پارافیلیک مشاهده نشده است. بعضی از شواهد نشان می‌دهند که بیش‌فعالی جنسی^۸، اضطراب و افسردگی با انحرافات جنسی در ارتباط هستند

1. Kingston & Bourget
2. mental disorder
3. Rosenhan & Seligman
4. John Money
5. Halgin & Whitbourne
6. Porter, Woodworth, Earle, Drugge, & Boer
7. biological
8. hypersexuality

(گنجی، ۱۳۹۲). لانگ استروم و هانسن^۱ (۲۰۰۶) به واسطه‌ی نتایج تحقیقات خود در زمینه انحرافات جنسی، بیش‌فعالی جنسی را با اختلالات پارافیلیک مرتبط می‌دانند. مک‌ال‌روی، سوتولو و تیلور^۲ (۱۹۹۹) پس از بررسی نمونه‌ای از متجاوزین جنسی، بیان می‌دارند که اختلالات خلقی، اضطرابی و خورد و خوراک، در متجاوزین جنسی دچار اختلالات پارافیلیک، بیشتر از متجاوزین جنسی بدون اختلالات پارافیلیک مشاهده می‌شود. کافکا^۳ (۲۰۱۲) شیوع در طول عمر اختلالات خلقی در مرتکبان رفتارهای جنسی پارافیلیک را بسته به سن بیماران، نحوه نمونه‌گیری، توزیع انواع پارافیلیا و شیوه تشخیص‌گزاری بین ۲۸ درصد تا ۷۰ درصد گزارش می‌دهد.

میزان شیوع رفتارهای پارافیلیک در جمعیت عمومی ۶۵ درصد می‌باشد (سادوک، کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ترجمه‌ی ارجمند و همکاران، ۱۳۹۴). مارش^۴ و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود بر روی بیماران روان‌پزشکی بستری مرد، شیوع در طول عمر اختلالات پارافیلیا در این بیماران را ۱۳ درصد گزارش می‌دهند. تحقیق در سوئد نشان داده است که ۲/۸ درصد مردان و ۰/۴ درصد زنان، در مرحله‌ای از زندگی خود، یک‌بار اختلال مبدل‌پوشی جنسی را تجربه خواهند کرد. هم‌چنین تخمین زده می‌شود که ۵ تا ۱۰ درصد مردم، در زندگی خود، حداقل یک‌بار به فعالیت آزارخواهی یا آزارگری جنسی مبادرت خواهند ورزید (گنجی، ۱۳۹۲).

در استرالیا، تخمین زده می‌شود که ۲/۲ درصد مردان و ۱/۳ درصد زنان، در ۱۲ ماه گذشته در فعالیت‌های مربوط به آزارخواهی جنسی درگیر بوده‌اند، هم‌چنین شایان ذکر است که حدود ۱۰ تا ۱۴ درصد مردان بزرگسال که در محیط‌های بالینی سرپایی به علت اختلالات پارافیلیک و بیش‌فعالی جنسی بررسی می‌شوند، علایم اختلال مالش دوستی را برآورده می‌کنند (گنجی، ۱۳۹۲). بیر، نویتزا و مانت^۵ (۲۰۰۹) گزارش می‌دهند که ۴ درصد از مردان رابطه‌ی جنسی با کودکان را تجربه کرده، ۹ درصد تمایلات جنسی نسبت به کودکان داشته و ۶ درصد از آن‌ها نیز در حال خیال‌پردازی‌های جنسی درباره‌ی کودکان، خودارضایی کرده‌اند.

1. Langstrom & Hanson
2. McElroy, Soutullo, & Taylor
3. Kafka
4. Marsh
5. Beier, Neutze, & Mundt

ریچستر، دویزر و رایسل^۱ (۲۰۰۸) بیان کردند که ۲ درصد از مردان و ۱/۴ درصد از زنان شرکت‌کننده در مطالعه، در طول ۱۲ ماه گذشته فعالیت‌های جنسی سادیستیک و مازوخیستیک داشته‌اند. احتمال دارد که علایم روان‌شناختی در افراد مبتلا به علایم اختلالات پارافیلیا با افراد عادی متفاوت بوده و هم‌چنین افراد مبتلا به علایم اختلالات پارافیلیا هم‌زمان به اختلالات روانی دیگری نیز مبتلا باشند. تحقیقات متعدد بیانگر این واقعیت هستند که انحرافات جنسی اغلب با دیگر اختلالات روانی همراه هستند (سادوک، کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰، ترجمه ارجمند، رضاعی و فغانی جدیدی، ۱۳۹۴). آنی‌پاما، گنگ‌ادهر، شتی و دیپ^۲ (۲۰۱۶) به واسطه‌ی مطالعات خود بیان می‌کنند که افراد مبتلا به اختلال مبدل‌پوشی جنسی، احتمالاً از اختلالات روانی دیگری نیز رنج می‌برند، هم‌چنین در هنگام ارزیابی افراد مبتلا به اختلال مبدل‌پوشی جنسی، بررسی دیگر پارافیلیاها و اختلالات روانی ضروری است و درمان زمانی مؤثر واقع خواهد گردید که اختلال مبدل‌پوشی جنسی در ارتباط با دیگر اختلالات روانی همبود در نظر گرفته شود. هاسن^۳ (۲۰۰۹) بیان می‌کند که اختلالات خلقی، شایع‌ترین اختلالات توأم با اختلالات پارافیلیا هستند. کمال‌زاده، علوی و صالحی (۱۳۹۴) در مطالعه خود بر روی یک بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی نوع I که هم‌زمان دچار انواع مختلف رفتارهای پارافیلیک بوده است، اعلام می‌دارند که توجه به هم‌ابتلائی روان‌پزشکی در هریک از اختلالات خلقی و پارافیلیک، با هدف ارزیابی و درمان کامل بیمار و اجتناب از تداخلات درمانی اهمیت به‌سزایی دارد. گرت^۴ (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای بر روی بیماران سرپایی مبتلا به اختلال عورت‌نمایی گزارش می‌دهد که ۹۲ درصد از این افراد دچار دیگر اختلالات روانی، خصوصاً افسردگی عمده، رفتارهای جنسی اجباری و اختلال مصرف مواد نیز می‌باشند. هیل، هابرم، برنر و بریکن^۵ (۲۰۰۶) اوج رفتارهای جنسی پارافیلیک را غالباً بین ۱۵ تا ۲۵ سالگی دانسته و بیان می‌دارند که افراد دچار پارافیلیا معمولاً به‌طور هم‌زمان یا در مقاطع مختلف زندگی به ۳ تا ۵ نوع انحراف جنسی مبتلا هستند. حجازی، دالکی، بدیعیان موسوی و زارع‌نژاد (۱۳۸۸) مطالعه‌ای موردی بر روی فردی که چهار نوع اختلال پارافیلیک شامل اختلال

1. Richters, DeVisser, & Rissel
2. Anupama, Gangadhar, Shety, & Dip
3. Haasen
4. Grant
5. Hill, Habermann, Berner, & Briken

عورت‌نمایی، چشم‌چرانی، مالش دوستی و سادیسم جنسی را در طول زمان تجربه کرده بود انجام داده و بیان می‌دارند که اکثر متجاوزین جنسی چندین نوع انحراف را در طول زمان تجربه می‌کنند. زمانی که انحرافات جنسی ادامه پیدا می‌کنند، رفتارها بر روی قربانیان به تدریج مخرب‌تر و خطرناک‌تر خواهند شد. پژوهش‌گران فوق، فرد مورد مطالعه را گواهی بر این مطلب می‌دانند.

نظر به این که به دلیل مسائل فرهنگی و قانونی مطالعات بسیار کمی در زمینه انحرافات جنسی در ایران انجام شده و هم‌چنین اغلب افراد مبتلا به صورت پنهان می‌باشند، بدیهی است که شناخت بسیار کمی از انحرافات جنسی و عوامل زمینه‌ساز، آشکارساز و تداوم بخش آن‌ها در دسترس است. باید در نظر داشت که این موضوع باعث عدم ایجاد بستری مناسب جهت کنترل و درمان انحرافات جنسی و پیامدهای ناشی از آن‌ها می‌گردد. بدیهی است که بروز رفتارهای جنسی منحرف در افراد جامعه و عدم کنترل و درمان این اختلال سبب‌ساز مشکلات قانونی و روانی برای افراد مبتلا و هم‌چنین قربانیان رفتار آن‌ها شده و خطری جدی برای بنیان خانواده‌ها محسوب می‌گردد. به روال، پژوهش حاضر به دنبال این بود که آیا در علایم روان‌شناختی بین افراد با علایم اختلالات پارافیلیا و افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک مطالعه علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به علایم اختلالات پارافیلیا مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی استان اصفهان بود. هفت نفر از افراد مبتلا به اختلال پارافیلیا از طریق تشخیص روانپزشک و روان‌شناس بالینی و هفت نفر از افراد عادی به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. ملاک تشخیص در این پژوهش تشخیص اختلال پارافیلیا توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی و داوطلب بودن آزمودنی می‌باشد. در این پژوهش تمامی شرکت‌کننده‌ها از هدف و نحوه‌ی انجام پژوهش آگاه شدند و نیز به آن‌ها اطلاع داده شد که می‌توانند هر زمان که بخواهند از شرکت در پژوهش انصراف دهند.

ابزار اندازه‌گیری

چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی^۱ (SCL-90-R): این آزمون توسط دروگاتیس، ریکلز و راک^۲ در سال ۱۹۷۶ معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی، ورد تجدیدنظر قرار گرفت و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. این آزمون یکی از پر استفاده‌ترین ابزارهای تشخیصی است. آزمون شامل نود سؤال برای ارزشیابی علایم روان‌شناختی است و با استفاده از این آزمون می‌توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد. هر یک از سؤال‌های آزمون دارای یک طیف پنج درجه‌ای میزان ناراحتی، که از نمره صفر (هیچ) تا چهار (به شدت) است، می‌باشد. این آزمون نه‌بعد از نشانه‌های بیماری و ۳ شاخص کلی (شکایات جسمانی، وسواسی-اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان‌گسسته‌گرایی، شاخص شدت کلی، شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت و جمع مثبت نشانه‌ها) را مورد سنجش قرار می‌دهد.

دروگاتیس و همکاران (۱۹۷۶) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. بیشترین ضریب هم‌بستگی برای افسردگی ۰/۹۵ و کم‌ترین آن برای روان‌گسسته‌گرایی ۰/۷۷ به دست آمده است. محققان بیشترین هم‌بستگی برای بُعد افسردگی ۰/۷۳ و کم‌ترین آن را برای بُعد ترس‌های مرضی ۰/۳۶ گزارش کرده‌اند (دروگاتیس و کلیری^۳، ۱۹۷۷). مدبرنیا، شجاعی تهرانی و فلاحی (۱۳۸۹) نشان دادند که بین نه‌بعد این آزمون و خُرده‌مقیاس‌های آزمون^۴ MMPI همبستگی معنی‌داری وجود دارد که بالاترین ضرایب آن بین اضطراب و افسردگی چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی با نورآستنی آزمون MMPI، ۰/۵۹ و وسواس و روان‌گسسته‌گرایی چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی با اسکیزوفرنی آزمون MMPI، ۰/۵۹ و بالاترین ضرایب پایایی در افسردگی با روش بازآزمایی ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است. ضرایب پایایی آلفای کرونباخ نه‌بعد از نشانه‌های بیماری در بیماران روانی سرپایی در دامنه‌ی ۰/۷۹ برای اندیشه‌پردازی پارانوئیدی، تا ۰/۹۰ برای افسردگی و ضرایب پایایی بازآزمایی در فاصله‌ی یک هفته با دامنه‌ی ۰/۷۸ (خصوصت) تا ۰/۹۰ (اضطراب و ترس مرضی) گزارش شده

1. Symptom Check List-90-Revised

2. Derogatis, Rickles, & Rock

3. Cleary

4. Minnesota Multiphasic Personality Inventory

است (دروگاتیس، ۲۰۰۰). باقری یزدی، بولهری و شاه‌محمدی (۱۳۷۳) ضریب پایایی این آزمون به روش بازآزمایی ۰/۹۷ و ضرایب پایایی آلفای کرونباخ خُرده‌مقیاس‌ها به استثنای پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانوئیدی، بالاتر از ۰/۸۰ و انیسی، اکبری، مجدیان، آتشکار و قربانی (۱۳۹۰) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ خُرده‌مقیاس‌های آزمون از ۰/۷۵ (ترس‌های مرضی و پرخاشگری) تا ۰/۹۰ (افسردگی) و دامنه‌ی ضرایب پایایی بازآزمایی خُرده‌مقیاس را از ۰/۵۳ (ترس مرضی) تا ۰/۹۳ (افکار پارانوئیدی) گزارش کرده‌اند.

مقیاس‌های پارافیلیا: این مقیاس توسط کورت فرویند^۲ در سال ۱۹۶۸ برای سنجش ترجیحات شهوانی و هویت جنسی در مردان ساخته شده است. سپس در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۴ و ۱۹۸۰ مورد بازبینی قرار گرفت و مقیاس‌های پارافیلیای بیشتری به آن اضافه شد. درنهایت یک مجموعه کامل توسط بلنچارد^۳ (۲۰۰۹) ارائه گردید. این آزمون نُه بُعد آزارخواهی جنسی، آزارگری جنسی، یادگار پرستی جنسی، مبدل‌پوشی جنسی، خودزن‌خواهی جنسی، کودک‌خواهی جنسی، نوجوان‌خواهی جنسی، تماشاگری جنسی و عورت‌نمایی جنسی را مورد سنجش قرار داده و دارای ۱۰۴ ماده است. ضرایب پایایی آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مازوخیسم جنسی، سادیسم جنسی، یادگار پرستی جنسی، مبدل‌پوشی جنسی، خودزن‌خواهی جنسی، کودک‌خواهی جنسی، نوجوان‌خواهی جنسی، تماشاگری جنسی و عورت‌نمایی جنسی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۹۵، ۰/۹۵، ۰/۹۲، ۰/۷۴، ۰/۸۳ و ۰/۹۸ گزارش شده است (بلنچارد، ۲۰۰۹).

روند اجرای پژوهش

با در نظر گرفتن ملاک‌های تشخیص و ملاک‌های ورود، با مراجعه به کلینیک‌های روانپزشکی و روان‌شناسی اصفهان و صحبت با متخصصین، افرادی با ملاک‌های اختلالات پارافیلیا شناسایی شده و پس از تشخیص روانپزشک یا روانشناس بالینی و به شرط داوطلب بودن آزمودنی، گروه بیمار (پنج مرد و دو زن) توسط پرسشنامه مقیاس‌های پارافیلیا و چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی مورد آزمون قرار گرفتند. گروه سالم (پنج مرد و دو زن) نیز توسط فهرست نشانه‌های اختلالات روانی آزموده شدند.

1. Paraphilia Scales
2. Kurt Freund
3. Blanchard

تجزیه و تحلیل داده‌ها

با توجه به عدم رعایت پیش فرض‌های آمار پارامتریک تحلیل و رایانس از آزمون غیرپارامتریک یو من ویتنی استفاده گردید.

یافته‌ها

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان دو گروه پژوهش

گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
افراد با علایم اختلالات پارافیلیا	۲۹/۲۸	۵/۸۵	۲۳	۴۰
افراد عادی	۲۸/۸۳	۲/۵۰	۲۳	۳۰

میانگین سن افراد با علایم اختلالات پارافیلیا ۲۹/۲۸ (۵ نفر مرد و ۲ نفر زن) و میانگین سن شرکت کنندگان عادی ۲۸/۸۳ (۵ نفر مرد و ۲ نفر زن) می‌باشد. با توجه به عدم رعایت پیش فرض‌های تحلیل و رایانس از آزمون غیرپارامتریک یو من ویتنی استفاده شد.

جدول ۲

شاخص‌های توصیفی علایم روان‌شناختی در دو گروه پژوهش

علایم روان‌شناختی	افراد دارای علایم اختلالات پارافیلیا		افراد عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شکایات جسمانی	۱۷/۸۵	۹/۴۰	۵/۲۸	۲/۹۸
وسواسی اجباری	۲۱/۰۰	۵/۰۹	۱۰/۱۴	۷/۷۱
حساسیت در روابط متقابل	۱۵/۸۵	۳/۵۷	۶/۱۴	۴/۲۹
افسردگی	۲۶/۲۸	۶/۷۰	۸/۱۴	۶/۲۲
اضطراب	۱۵/۷۱	۴/۸۸	۶/۷۱	۵/۷۳
پرخاشگری	۱۰/۷۱	۳/۸۱	۳/۷۱	۳/۸۱
ترس مرضی	۷/۱۴	۳/۰۲	۱/۸۵	۱/۲۱
افکار پارانوئیدی	۱۱/۰۰	۳/۳۶	۵/۰۰	۲/۳۸
روان گسسته‌گرایی	۱۰/۸۵	۴/۲۲	۳/۷۱	۳/۵۴

جدول ۳

نتایج آزمون غیر پارامتریک یومن ویتنی علایم روان‌شناختی در دو گروه پژوهش

روان‌گسسته‌گرایی	افکار پارانوئیدی	ترس مرضی	پرخاشگری	اضطراب	افسردگی	حساسیت در روابط متقابل	وسواسی-اجباری	شکایات جسمانی	علایم روان‌شناختی
۲/۶۲	۲/۶۳	۲/۹۷	۲/۴۴	۲/۳۱	۳/۰۱	۲/۸۸	۰/۰۲	۲/۳۰	Z
۰/۰۰۷	۰/۰۰۷	۰/۰۰۱	۰/۰۱۰	۰/۰۲۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۳۰	۰/۰۲۰	p <

در علایم روان‌شناختی شکایات جسمانی، وسواسی-اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌گسسته‌گرایی بین دو گروه افراد با اختلال پارافیلیا و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی نشانه‌های روان‌شناختی در شرکت‌کننده‌های با اختلال پارافیلیا بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این بود که آیا بین علایم روان‌شناختی شکایات جسمانی، وسواسی-اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌گسسته‌گرایی در افراد با علایم اختلالات پارافیلیا و افراد عادی تفاوت وجود دارد؟ نتایج نشان داد که این علایم در افراد با اختلال پارافیلیا بالاتر است.

شاخص شکایات جسمانی شامل ناراحتی‌های ناشی از ادراک عملکرد ناسالم بدن است. این اشکال در کارکرد سیستم عصبی خودکار و اجزای تشکیل‌دهنده آن ظاهر شده و در نتیجه به صورت شکایت‌هایی از عملکرد سیستم قلبی-عروقی، معدی-روده‌ای و تنفسی ابراز می‌شوند. سردردهای تکرارشونده، دردهای عضلانی و معادل‌هایی از اضطراب نیز از شکایات‌های جسمانی هستند. علایم شاخص وسواسی-جبری انطباق زیادی با تابلو بالینی

اختلال و سواس دارند. تمرکز این ملاک بر افکار، تکانه‌ها و اعمالی است که خود فرد آن‌ها را به ناچار به گونه ای غیرقابل مقاومت تجربه نموده و ماهیتی ناخواسته دارند، علاوه بر این بیانگر رفتارها و تجاربی که نشان‌دهنده نوعی باریک بینی عمومی در افراد است نیز می‌باشند. شاخص حساسیت در روابط متقابل به احساس عدم کیفیت و حقارت فرد، به خصوص در مقایسه با دیگران تکیه می‌کند. دست کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران از تظاهرات خاص این بعد هستند. شاخص افسردگی طیف وسیعی از نشانه‌های بالینی افسردگی شامل خلق و خوی افسرده، لذت نبردن از زندگی، نداشتن انگیزه و از دست دادن انرژی، احساس درماندگی، افکار خودکشی و برخی دیگر از جنبه‌های شناختی و جسمی افسردگی را شامل می‌شود. شاخص اضطراب علایمی مانند عصبی بودن، احساس فشار و لرزش در اندام‌های بدن، ترس‌های ناگهانی، احساس وحشت و نگرانی نسبت به آینده که آشکارکننده اضطراب شدید هستند را منعکس می‌کند. شاخص پرخاشگری نشان‌دهنده افکار، احساسات و یا اعمالی است که نشان‌دهنده وضعیت خلقی منفی ناشی از خشم می‌باشد. شاخص ترس مرضی علایمی مانند ترس شدید نسبت به یک فرد، مکان، شیئی به خصوص و یا موقعیتی که ویژگی آن غیرمنطقی بودن و عدم تناسب با محرک آن ترس بوده و منجر به رفتار اجتنابی از محرک می‌شود را آشکار می‌سازد. شاخص افکار پارانوئیدی شامل اختلال در تفکر به صورت فرافکنی، سوطن، خودبزرگ‌بینی، خود محوری و ترس از دست دادن خود مختاری، هذیان و پرخاشگری بوده و شاخص روان‌گسسته‌گرایی یک حالت گوشه‌گیرانه و انزوا و نحوه زندگی اسکیزوئیدی تا علایم اصلی اسکیزوفرنی مانند هذیان و توهم، کنترل افکار و انتشار افکار را شامل می‌شود (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۳).

افراد مبتلا به اختلالات پارافیلیک، علایمی از دیگر اختلالات روانی را نشان می‌دهند که این موضوع بیانگر وجود همبودی میان نابهنجاری‌های جنسی و سایر اختلالات روانی است. بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ابتلا به اختلالات روانی می‌توانند بستری مناسب جهت پیدایش انحرافات جنسی را آماده نموده و در طرف مقابل، ابتلا به اختلالات پارافیلیک نیز احتمالاً باعث بروز دیگر اختلالات روانی یا تشدید اختلالات روانی که از قبل وجود

داشته‌اند، گردند.

توجه به این مسأله که افراد دارای علایم اختلالات پارافیلیک در علایم روان‌شناختی با افراد عادی متفاوت هستند، می‌تواند نشان‌دهنده این احتمال باشد که انحرافات جنسی راهکارهایی برای مقابله با فشارهای روانی و نوعی مکانیسم‌های دفاعی ناسالم هستند. بدین ترتیب که فرد برای رهایی از مشکلات روانی خود از قبیل علایم جسمانی، علایم وسواسی-جبری، مشکلات در روابط میان فردی، علایم افسردگی، علایم اضطرابی و دیگر علایم روان‌شناختی، از راهبردهای هیجان‌مداری مانند استفاده از هرزه‌نگاری، خودارضایی، بیش‌فعالی جنسی و سایر رفتارهای جنسی استفاده می‌کند. این راهبردهای هیجان‌مدار در گذر زمان ماهیتی وسواس گونه و منحرف به خود گرفته و درنهایت به نابهنجاری‌های جنسی تبدیل می‌گردند.

با توجه به نکات یادشده در قسمت‌های قبل، مشخص می‌گردد که بیشترین تلاش باید در جهت پیشگیری از ابتلا به انحرافات جنسی صورت گیرد. پیشگیری می‌تواند به وسیله شناخت دقیق عوامل زمینه‌ساز، آموزش راهبردهای مقابله با این عوامل، آموزش تربیت فردی، اجتماعی و جنسی کودکان و نوجوانان و ایجاد حمایت‌های لازم از بنیاد خانواده و افراد جامعه انجام شود. از آنجایی که عزت نفس و رفتار و عملکرد جنسی تأثیری متقابل بر یکدیگر دارند، بسیار مهم است که رشد روانی فرد به نحوی صورت گیرد که از عزت نفس مطلوبی برخوردار باشد. به‌علاوه، لازم است که فرد در مقابله با مشکلات و مسائل آسیب‌زای زندگی حمایت‌های لازم را دریافت نموده تا عزت نفس و خودکارآمدی وی دچار آسیب نگردد.

محدودیت این پژوهش دسترسی کم به نمونه‌ها و عدم نمونه‌گیری تصادفی است که امکان تعمیم نتایج را غیر ممکن می‌سازد. پیشنهاد می‌گردد که مطالعات شیوع‌شناسی درباره‌ی انحرافات جنسی و مطالعاتی در زمینه تجربیات رشدی، تمایلات و سابقه رفتارهای جنسی افراد مبتلا به انحرافات جنسی صورت گیرد. در زمینه درمان انحرافات جنسی، با توجه به نقش احتمالی تجربیات دوران رشد در بروز این اختلالات، استفاده از درمان‌های روان‌تحلیلی می‌تواند موثر باشد. همچنین، با در نظر گرفتن ماهیت وسواس گونه نابهنجاری‌های جنسی، احتمالاً تمامی روش‌هایی که برای درمان اختلالات اضطرابی و اختلال وسواس-جبری

استفاده می‌شوند، می‌توانند در درمان نابهنجاری‌های جنسی نیز مفید واقع گردند. لازم است مبتلایان به انحرافات جنسی راهبردهای کارآمد مقابله با اضطراب را آموزش ببینند تا بتوانند از راهبردهای هیجان‌مدار نادرست از جمله استفاده از هرزه‌نگاری، خودارضایی، بیش‌فعالی جنسی و سایر رفتارهای جنسی اجبار گونه اجتناب نمایند. مهم است که مبتلایان به انحرافات جنسی، رابطه جنسی سالم را آموزش دیده، بتوانند آن را تجربه کرده و از آن لذت ببرند. به‌علاوه، ضرورت دارد که منحرفین جنسی روابط میان فردی سالم و راهبردهای حفظ این روابط را آموزش دیده و در عمل به کار گیرند. با توجه به نقش عزت نفس و خودکارآمدی در بروز انحرافات جنسی، احیا و افزایش عزت نفس و خودکارآمدی فرد نیز اهمیت به‌سزایی دارد. درنهایت، نظر به همبودی اختلالات پارافیلیک با سایر اختلالات روانی، درمان اختلالات همبود نیز پیشنهاد می‌گردد.

منابع

فارسی

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5. ترجمه‌ی علی نیلوفری، علی فخرایی، فرهاد شاملو، فرزین رضاعی، ژانت هاشمی‌آذر، آتوسا فرمند (۱۳۹۵). تهران: انتشارات ارجمند.
- انیسی، جعفر؛ اکبری، فاطمه؛ مجدیان، محمد؛ آشکار، مجید و قربانی، زهره. (۱۳۹۰). هنجاریابی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی در کارکنان نیروهای مسلح. فصلنامه‌ی روان‌شناسی نظامی، ۲(۵)، ۲۹-۳۷.
- باقری یزدی، سیدعباس؛ بولهری، جعفر و شاه‌محمدی، داوود. (۱۳۷۳). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. فصلنامه‌ی اندیشه و رفتار، ۱(۱)، ۳۲-۴۱.
- حجازی، آریا؛ دالکی، شهره؛ موسوی، نازیلا و زارع‌نژاد، محمد. (۱۳۸۸). گزارش یک مورد دیگر آزاری جنسی به همراه برخی پارافیلیا. مجله‌ی علمی پزشکی قانونی، ۵(۴)، ۲۶۶-۲۶۹.

دلاور، علی (۱۳۹۴). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.

رضایپور، محمد. (۱۳۷۶). *هنجاریابی آزمون SCL-90-R بر روی دانش‌جویان دانشگاه آزاد و شهید چمران اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

روزنهان، دیوید و سلیگمن، مارتین. (۲۰۰۹). *آسیب‌شناسی روانی* (جلد ۲). ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۹. تهران: نشر ارسباران.

سادوک، ویرجینیا؛ کاپلان، هرولد و سادوک، بنجامین جیمز. (۲۰۱۰). *دستنامه جیبی روان‌پزشکی بالینی کاپلان و سادوک*. ترجمه‌ی محسن ارجمند؛ فرزین رضاعی؛ نادیا فغانی جدیدی (۱۳۹۴). تهران: نشر ارجمند.

فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۹۳). *آزمون‌های روان‌شناختی*. تهران: نشر بعثت.

کمال‌زاده، لیلا؛ علوی، کاوه و صالحی، منصور. (۱۳۹۴). گزارش یک مورد ابتلای هم‌زمان به اختلال دوقطبی و پارافیلیاهای متعدد. *مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۱(۱)، ۷۴-۶۹.

گنجی، مهدی. (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM5* (جلد: ۱ و ۲). تهران: نشر ساوالان.

مدبرنیا، جعفر؛ شجاعی تهرانی، حسین و فلاحی، مهناز. (۱۳۸۹). *هنجاریابی آزمون SCL-90-R در دانش‌آموزان دبیرستانی استان گیلان*، *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۹(۷۵)، ۶۵-۵۸.

هالچین، ریچارد؛ ویتبورن، سوزان کراس. (۱۹۴۸). *آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی بر اساس DSM-IV-IR*. ترجمه‌ی یحیی سید محمدی (۱۳۹۲). تهران: انتشارات روان.

لاتین

Anupama, M., & H., Gangadhar, K. B., Shety, V., & Dip, P. (2016). Transvestism as a symptom: A case series. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(1), 78-80.

- Beier, K. M., Neutze, J., & Mundt, I. A. (2009). Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse & Neglect*, 33(5), 45-49.
- Blanchard, R., (2009). *Paraphilia scales from Kurt freund's erotic preferences examination scheme*. Retrieved from http://individual.utoronto.ca/ray_blanchard/index_files/EPES.html
- Derogatis, L R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989.
- Derogatis, L. R. (2000). *Symptom Checklist-90-Revised in handbook of psychiatric measures*. America: American Psychiatric Association.
- Derogatis, L. R., Rickles, K., & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128(4), 280-289.
- Grant, J. E. (2005). Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in males with exhibitionism. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11), 1367-1371.
- Haasen, C. (2009). Comorbidity of paraphilia and depression in Mexico. *Social Psychiatry*, 2(1), 39-40.
- Hill, A., Habermann, N., Berner, W., & Briken, P. (2006). Sexual sadism and sadistic personality disorder in sexual homicide. *Journal of Personal Disorder*, 20(6), 671-684.
- Kafka, M. (2012). Axis I psychiatric disorders, paraphilicsexual offending and implications for pharmacological treatment. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 49(4), 255-261.
- Kaplan, H. I., & Sadock B. J. (1991). *Synopsis of psychiatry* (6 ed.). New York: Wilkins.
- Kingston, D., & Bourget, D., (2014). Assessment of the paraphilias. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(5), 1-9.
- Langstrom, N., & Hanson, R. K. (2006). High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 37-52.
- Marsh, P. J., Odlaug, B. L., Thomarios, N., Davis, A. A., Buchanan, S. N., Meyer, C. S., & Grant, J. E. (2012). Paraphilia in adult psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2), 129-139.
- McElroy, S. L., Soutullo, C. A., & Taylor, P. (1999). Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(8), 414-420.
- Porter, S., Woodworth, M., Earle, J., Drugge, J., & Boer, D. (2003). Characteristics of sexual homicide committed by psychopathic and nonpsychopathic offenders. *Law and Human Behavior*, 27(5), 459-570.

Richters, J., DeVisser, R. O., & Rissel, C. E. (2008). Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "somasochism" or dominance and submission (BDSM): Data from a national survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(1), 660-668.



© 2017 by the authors. Licensee SCU, Ahvaz, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)