



## Comparison of the efficacy of the combined treatment package with cognitive behavioral therapy on the sexual self-concept of men with a pedophilia disorder

Batool Heydari<sup>1</sup> , MohammadBagher Kajbaf<sup>2</sup> , Amir Ghamarani<sup>3</sup> 

1. Ph.D Candidate in General Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: [Bat.heydari.1401@gmail.com](mailto:Bat.heydari.1401@gmail.com)
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: [M.kajbaf2006@gmail.com](mailto:M.kajbaf2006@gmail.com)
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: [A.ghamarani@edu.ui.ir](mailto:A.ghamarani@edu.ui.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article history:**  
Received 31 December 2022  
Received in revised form 25 January 2022  
Accepted 08 March 2022  
Published Online 21 April 2023

**Keywords:**  
pedantic disorder,  
sexual self-concept,  
integrative therapy,  
mindfulness,  
schema therapy,  
cognitive behavioral  
therapy,  
therapy based on  
acceptance and  
commitment

### ABSTRACT

**Background:** Child abuse is a sexual deviation and a mental disorder that is widespread in Afghanistan. The used treatment methods only focus on one of the causes of this disorder, and the need for more integrated treatments is felt.

**Aims:** The purpose of the present study was to compare the efficacy of the combined treatment package of child-desiring disorder with cognitive-behavioral therapy on the sexual self-concept of Afghan men.

**Methods:** The current research design is included in the semi-experimental designs of pre-test-post-test-follow-up with a control group and two experimental groups. The statistical population included all Afghan men with child-desiring disorder, 30 of whom were randomly selected into the integrated treatment group (10 people), the cognitive-behavioral therapy group (10 people), and the control group (10 people). 10 people were placed. The measurement tool in this research was Snell's (1995) multifaceted sexual self-concept questionnaire. The participants in the combined therapy group developed by the researcher (therapy based on acceptance and commitment, therapy based on mindfulness, and schema therapy), received the content of the treatment package for pedantic disorder individually during 20 sessions. Also, the participants in the cognitive-behavioral group received training in this treatment during 8 sessions and individually.

**Results:** The results of the repeated measure analysis showed that both combined therapy and cognitive-behavioral therapy were effective in increasing the positive sexual self-concept scores of the subjects, but the combined therapy of pedantic disorder was more effective ( $0.05 > P$ ). In addition, only the combined treatment of pedantic disorder was effective in reducing the subjects' negative sexual self-concept scores ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The most important distinguishing feature of the integrated treatment of child-loving disorder compared to cognitive-behavioral therapy was that in the integrated treatment, at the same time as freeing thinking from the constraints of automatic negative habits and accepting these thoughts, the individual's strengths, abilities, and He focused on the real values of the person and examined and treated the root problems of communication and sexual skills. Therefore, the integrated treatment of pedophile disorder should be used to help change incompatible schemas and reduce the symptoms of criminals with pedophile disorder.

**Citation:** Heydari, B., Kajbaf, M.B., & Ghamarani, A. (2023). Comparison of the efficacy of the combined treatment package with cognitive behavioral therapy on the sexual self-concept of men with a pedophilia disorder. *Journal of Psychological Science*, 22(122), 343-359. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1912-fa.html>

*Journal of Psychological Science*, Vol. 22, No. 122, May, 2023  
© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.122.343](https://doi.org/10.52547/JPS.22.122.343)



✉ **Corresponding Author:** MohammadBagher Kajbaf, Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

E-mail: [M.kajbaf2006@gmail.com](mailto:M.kajbaf2006@gmail.com), Tel: (+98) 9131130628

## Extended Abstract

### Introduction

Sexual self-concept is a cognitive point of view about the sexual aspects of a person, which refers to a person's thoughts, feelings, and performance about himself, and is the core of sexual desires and a predictor of sexual consequences (Khan-Mohammadi, 2022). Changing sexual self-concepts can lead to the improvement of feelings of helplessness, humiliation, and self-deprecation in sexual matters and improve the desired sexual performance in them (Zarei et al., 2020). Sexual harassment of children is seen in people who suffer from sexual deviations (Cohen et al., 2020). Pedophilia is a mental disorder in which a person is sexually attracted to children, and this type of attraction is unusual (Pham et al., 2022). It is usually very difficult to diagnose and treat people with child abuse disorder in Afghanistan because they do not admit their illness and even do not consider their behavior to be wrong. Because the causes of the pedantic disorder are not yet fully understood, the treatment methods that have been used so far have focused on helping the patient to stop acting on their thoughts or only on one of the hypothesized causes of this. They focus on the disorder and do not seek to solve the origin and main causes of this disorder, and these treatments cannot cause a long-term change in a person's sexual function. Cognitive interventions such as schema therapy help people with this disorder identify their false beliefs by using strategies and strengthen their self-control by changing unfavorable beliefs and feelings (Remer et al., 2018). Behavioral interventions such as acceptance and commitment-based therapy, in addition to aiming to turn off inappropriate behavior and replace it with appropriate behavior, also want to strengthen socially friendly ways of establishing relationships with other adults (Pears & Sutton, 2021). Furthermore, one of the new treatments that can affect people's brains is the treatment based on mindfulness. Mindfulness exercises lead to matching and harmonizing mental and reproductive responses to sexual stimuli. As a result, it is necessary to combine various types of treatments to bring about change in people with

pedantic disorder (Stephenson, 2017). Another treatment that is used today in a wide range of psychiatric disorders and problems and is supported by research is cognitive behavioral therapy (Tovanai et al., 2017). The basic premise of cognitive behavioral therapy is that thoughts and feelings are interdependent and ways of thinking affect behavior (Rajabpour and Nejat, 2018). Therefore, considering the importance of treating pedophilia disorder in Afghanistan considering the use of several treatment methods and combining different pieces of training, The current research aims to answer whether there is a significant difference between the effectiveness of the educational package of pedophile disorder and cognitive behavioral therapy on sexual self-concept in Afghan men.

### Method

The present research method is semi-experimental. In this research, first, the pre-test was conducted for the control group and the two experimental groups, and after the implementation of the independent variables for the two experimental groups, the post-test was performed for the two experimental groups and the control group, and after 3 the month of the follow-up phase was done. The statistical population of this research includes all Afghan men with pedophilia disorder in 2021-2022. The sampling method of the present study was non-random and purposeful, and 30 Afghan men with pedophilia disorder were selected as a sample in legal centers under the supervision of the Ministry of Interior in the cities of Kabul, Kandahar, Kunduz, and Herat, and were randomly assigned to the experimental group. Compilation compiled by the researcher (10 people), cognitive behavioral therapy group (10 people), and control group (10 people) were included. The criteria for entering the present study were: suffering from pedophile disorder based on the pedophilia questionnaire and DSM-5 criteria, the willingness of the participants to cooperate for therapeutic intervention, not receiving any other psychological treatment in addition to participating in the study for experimental groups and having education sufficient to answer the questions of research tools. The exit criteria were non-attendance in two consecutive treatment sessions and non-cooperation in the

sessions, such as not doing the homework or unwillingness to continue the sessions for any reason. The research tool was Multi-Dimensional sexual self-concept Questionnaire – MSSQ. The integrated treatment package for pedophile disorder including treatment techniques based on acceptance and commitment, schema therapy, and mindfulness was compiled and implemented in 20 sessions individually. Cognitive behavioral therapy was held individually in 8 sessions of 90 minutes.

**Results**

The average pre-test positive sexual self-concept score for the experimental group with combined treatment is 111.1, for the post-test 142.2, and for the follow-up 148.1, in the cognitive-behavioral experimental group, the average pre-test positive sexual self-concept score is 106.7, for the post-test

was 2/124 and for follow-up, it was 9/129. In the control group, the average pre-test score of positive sexual self-concept was 106.9, for the post-test it was 105.9, and for the follow-up, it was 105.3. The average pre-test score of negative sexual self-concept for the experimental group with combined treatment was 90.2, for the post-test 64.9, and for the follow-up, for the cognitive-behavioral experimental group, the average pre-test negative sexual self-concept score was 92.3 for the post-test. 1/81 and for follow-up, it was 80. In the control group, the average pre-test score of negative sexual self-concept was 90.3, for the post-test it was 91 and for the follow-up, it was 89.9. Then, in order to compare the efficacy of the combined therapy package of pedophile disorder with cognitive behavioral therapy on sexual self-concept, repeated measures analysis of variance was used, the results of which are presented in Table 1.

**Table 1. Variance analysis with repeated measurements (Walk’s’ lambda statistic) comparing the effect of independent variables on sexual self-concept**

		value	F	df	sig	Effect size
Sexual self-concept	time	0.029	198.15	(4,24)	0.001	0.97
	interaction	0.024	26.63	(8, 48)	0.001	0.81

Table 1 shows the result of the multivariate analysis of variance that the within-subject effect (time) in the variable of sexual self-concept is significant, which means that during the time from the pre-test to the follow-up, at least one of the independent variables has a meaningful change. Furthermore, the results show that the interaction effect of time × group on the variable of sexual self-concept is significant. The experimental and control groups have significant differences in terms of positive sexual self-concept and negative sexual self-concept in the pre-test, post-test, and follow-up. The difference between the average scores of pre-test and post-test of positive sexual self-concept is 15.86, the difference between the average scores of pre-test and follow-up is 19.53, and the difference between the average scores of post-test and follow-up is 3.66. Furthermore, the difference between the average scores of pre-test and post-test of negative sexual self-concept is 11.93, the difference between the average scores of pre-test and

follow-up is 13.4, and the difference between the average scores of post-test and follow-up is 1.4. Regarding the significance, the difference between the average pre-test scores and the post-test and follow-up scores, and the post-test scores and the follow-up scores in positive sexual self-concept and negative sexual self-concept are significant. Therefore, it can be said that the positive sexual self-concept of the subjects has shown a significant increase in the post-test and follow-up stages compared to the pre-test and also in the follow-up stage compared to the post-test and the subjects' negative sexual self-concept scores showed a significant decrease in the post-test and follow-up stages compared to the pre-test and also in the follow-up stage compared to the post-test.

**Conclusion**

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of the combined

treatment of the pedantic disorder (combining treatments based on acceptance and commitment, schema therapy, and mindfulness) with cognitive behavioral therapy on positive sexual self-concept and negative sexual self-concept of Afghan men and the results showed that each Two combined treatments and cognitive behavioral therapy were effective in increasing the positive sexual self-concept scores of the subjects, but the combined treatment of pedantic disorder was more effective. In addition, only the combined treatment of pedantic disorder has been effective in reducing the subjects' negative sexual self-concept scores. In explaining the findings of the research on the effectiveness of cognitive behavioral therapy on sexual self-concepts, it can be said that during the course of cognitive behavioral therapy, people learn how to identify destructive or disturbing thought patterns that have negative effects on their behavior and to change.

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of general psychology in the Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan. The current research was conducted with the IR.UI.REC.1400.109 code of ethics from Isfahan University Ethics Committee. In order to comply with ethical considerations, all participants were given a brief explanation about the purpose of the study, how to cooperate, the benefits and advantages of participating in the study, and the purpose of completing the questionnaire, and a written consent form was completed by the participants to participate in the study. Furthermore, the participants in the research were assured of privacy protection.

**Funding:** This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the senior author, the second were the supervisors, and the third was the advisors.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** Considering that the topic of the current research is one of the newest topics in the field of pedantry disorder and research in the field of sexual disorders is very difficult in many countries, especially Iran and Afghanistan, from Isfahan University and respected professors to cooperate with the researcher to conduct the present research and All the participants in the current research and the officials of legal centers of Afghanistan are thanked and appreciated for their cooperation with the researcher.



## مقایسه اثربخشی بسته درمان تلفیقی با درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره جنسی مردان دارای اختلال روانی کودک خواهی

بتول حیدری<sup>۱</sup>، محمدباقر کجباغ<sup>۲</sup>، امیر قمرانی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. استاد تمام، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

**زمینه:** کودک خواهی که انحراف جنسی و یک اختلال روانی است که شیوع آن در افغانستان گسترده است. روش های درمانی که تاکنون استفاده شده، فقط بر یکی از علل این اختلال متمرکز هستند و نیاز به درمان های یکپارچه تری برای این اختلال محسوس است.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بسته درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی با درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره جنسی مردان افغانستان بود.

**روش:** طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری سه ماهه با گروه گواه و دو گروه آزمایش است. جامعه آماری شامل کلیه مردان افغان ساکن افغانستان مبتلا به اختلال کودک خواهی بود که تعداد ۳۰ نفر از آن ها به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه درمان تلفیقی (۱۰ نفر)، گروه درمان شناختی رفتاری (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۰ نفر) قرار گرفتند. ابزار اندازه گیری در این پژوهش پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی اسنل (۱۹۹۵) بود. شرکت کنندگان در گروه درمان تلفیقی تدوین شده توسط پژوهشگر (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی)، محتوای بسته درمانی اختلال کودک خواهی را در طی ۲۰ جلسه به صورت فردی دریافت کردند. همچنین شرکت کنندگان در گروه شناختی رفتاری، آموزش های این درمان را در طی ۸ جلسه و به صورت فردی دریافت نمودند.

**یافته ها:** نتایج تحلیل اندازه های مکرر نشان داد که هر دو درمان تلفیقی و درمان شناختی رفتاری در افزایش نمرات خودپنداره جنسی مثبت آزمودنی ها مؤثر بودند ولی درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی اثربخشی بالاتری داشته است ( $P < 0/05$ ). در ضمن فقط درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی در کاهش نمرات خودپنداره جنسی منفی آزمودنی ها مؤثر بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** مهم ترین وجه تمایز درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی نسبت به درمان شناختی رفتاری این بود که در درمان تلفیقی، همزمان با راه سازی تفکر از قید عادات منفی خود کار و پذیرش این افکار، بر نقاط قوت، توانمندی های فرد و ارزش های واقعی فرد تمرکز نموده و مشکلات ریشه ای مهارت های ارتباطی و جنسی را مورد بررسی و درمان قرار داد و از تأثیر بهتری در درمان این اختلال برخوردار بود. بنابراین از درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی برای کمک به تغییر طرحواره های ناسازگار و کاهش نشانه های مجرمین مبتلا به اختلال کودک خواهی استفاده گردد.

### نوع مقاله:

پژوهشی

### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰

بازنگری: ۱۴۰۱/۱۱/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۷

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۲/۰۱

### کلیدواژه ها:

اختلال کودک خواهی،

خودپنداره جنسی،

درمان تلفیقی، ذهن آگاهی،

طرحواره درمانی،

درمان شناختی رفتاری،

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

**استناد:** حیدری، بتول؛ کجباغ، محمدباقر؛ و قمرانی، امیر (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی بسته درمان تلفیقی با درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره جنسی مردان دارای اختلال روانی

کودک خواهی، مجله علوم روانشناختی، دوره بیست و دوم، شماره ۱۲۲، ۳۴۳-۳۵۹.

**مجله علوم روانشناختی**، دوره بیست و دوم، شماره ۱۲۲، بهار (اردیبهشت) ۱۴۰۲.



نویسندگان ©

✉ نویسنده مسئول: محمدباقر کجباغ، استاد تمام، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

رایانامه: M.kajbaf2006@gmail.com | تلفن: ۰۹۱۳۱۱۳۰۶۲۸



## مقدمه

خودپنداره جنسی، دیدگاه شناختی در مورد جنبه‌های جنسی خود فرد است که به تفکرات، احساسات و عملکرد یک فرد در مورد خودش به عنوان یک موجود جنسی اشاره دارد و هسته اصلی تمایلات جنسی و پیشگویی کننده پیامدهای جنسی است (خان‌محمدی، ۱۴۰۱). تغییر خودپنداره‌های جنسی می‌تواند به بهبود احساس‌های درماندگی، حقارت و خودکم‌بینی در امور جنسی منجر شود و عملکرد جنسی مطلوب را در آن‌ها ارتقاء دهد (زارعی و همکاران، ۲۰۲۰). خودپنداره جنسی مثبت رفتار جنسی افراد را در آینده پیش‌بینی می‌کند (حمیدی و همکاران، ۱۳۹۸). خودپنداره جنسی منفی نیز در افراد به عملکرد جنسی نامطلوب، مشکلات جنسی، احساس اضطراب جنسی، ترس جنسی و افسردگی جنسی بیشتری می‌انجامد، به طوری که فرد برای سازگاری با مشکلات جنسی کمتر تلاش می‌کند و فعالیت جنسی ناهنجاری را تجربه می‌کند (پوتکی و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به مطالعات انجام شده در گذشته یکی از عوامل انحرافات جنسی از جمله اختلال کودک‌خواهی ناهنجاری در داشتن خودپنداره جنسی است. برخورداری از یک زندگی سالم و بدون خشونت و بدرفتاری حق هر کودکی است، با این وجود، هر ساله میلیون‌ها کودک در سراسر جهان مورد آزار و بدرفتاری قرار می‌گیرند. آزارهای جنسی<sup>۱</sup> نسبت به کودکان در افرادی دیده می‌شود که مبتلا به انحرافات جنسی<sup>۲</sup> هستند (کوهن و همکاران، ۲۰۲۰؛ ترنر-مور و واترمن، ۲۰۲۲). یکی از این اختلالات پدوفیلیا<sup>۳</sup> یا کودک‌خواهی است که یک اختلال روانی است و در آن فرد از لحاظ جنسی جذب کودکان می‌شود و این نوع جذب شدن غیرطبیعی و غیرعادی است (فام و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۴</sup>، افراد مبتلا به اختلال کودک‌خواهی به مدت حداقل ۶ ماه، خیال‌پردازی‌های برانگیزنده جنسی، یا رفتارهای مکرر و شدیدی دارند که فعالیت جنسی با کودکان زیر سن بلوغ را شامل می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال کودک‌خواهی عواقب زیادی را برای افراد مبتلا و کودکان قربانی به دنبال دارد. معمولاً افراد مبتلا به اختلال کودک‌خواهی از حرمت خود پائینی برخوردار بوده و اختلالات

دیگر همچون افسردگی و یا اعتیاد رنج می‌برند (استلزن و همکاران، ۲۰۲۰؛ فازبو، ۲۰۱۸). مسأله عمده‌ای که کودک‌خواهی را از دیگر ناهنجاری‌های جنسی متمایز ساخته و نیازمند توجه مخصوص کرده، این است که در کودک‌خواهی، اختلال به شخص محدود نبوده بلکه سبب صدمه مستقیم جسمی و روانی جبران‌ناپذیر بر افراد دیگر، بالاخص کودکان، می‌گردد (عبدالله-فیلهو، ۲۰۲۰؛ خلید و یوسف، ۲۰۱۸). افغانستان یکی از کشورهایی است که در بافت اجتماعی آن، اختلال کودک‌خواهی بیشتر دیده می‌شود. از عواملی که باعث ایجاد این اختلال در مردان افغانستان شده است، تجانس عاطفی ناشی از نیازهای ارضا نشده دوران کودکی، سوءاستفاده جنسی در کودکی، احساس گناه، تحقیر، شرم و ناتوانی است (کیتزلا، ۲۰۱۹؛ دیگر، ۲۰۱۸؛ پشنگ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ به طور کلی علل بیان شده به‌عنوان منشاء کودک‌خواهی در افغانستان فقط به صورت فرضیه باقی مانده است و پژوهش در این زمینه بسیار محدود است. بنابراین همه این عوامل باعث ایجاد احساس کهنتری و گناه، ایجاد باورهای منفی و غیرواقع‌بینانه نسبت به خود و از همه مهم‌تر باعث کاهش خودپنداره جنسی<sup>۵</sup> آن‌ها می‌گردد. تشخیص و درمان افراد دارای اختلال کودک‌خواهی در افغانستان معمولاً بسیار سخت است زیرا آن‌ها به بیماری خود اقرار نمی‌کنند و حتی رفتار خود را نادرست نمی‌دانند. پس از تشخیص فرد بیمار، مراحل درمانی باید آغاز گردد و به دلیل اینکه علل اختلال کودک‌خواهی هنوز به طور کامل شناخته شده نیست، روش‌های درمانی که تاکنون استفاده شده، روی کمک به بیمار برای بازداری از عمل کردن به افکار خود تمرکز دارند و یا فقط بر یکی از علل فرضی این اختلال تمرکز می‌کنند و به دنبال حل منشاء و علل اصلی این اختلال نیستند و این درمان‌ها نمی‌توانند باعث تغییری طولانی مدت در عملکرد جنسی فرد شوند (لاندرگرن و همکاران، ۲۰۲۲؛ رسین، ۲۰۱۵). مداخله‌های شناختی مانند طرحواره‌درمانی<sup>۶</sup> به فرد مبتلا به این اختلال کمک می‌کنند با استفاده از راهبردهایی باورهای نادرست خود را شناسایی کنند و با تغییر باورها و احساسات نامطلوب، خویش‌داری را در خود تقویت نمایند (رینر و همکاران، ۲۰۱۸؛ توکلی و همکاران، ۱۴۰۱). مداخله‌های رفتاری مانند

4. Diagnostic and statistical guide to mental disorders 5

5. Sexual self-concept

6. schema therapy

1. Sexual harassment

2. Sexual deviations

3. Pedophilia disorder

همکاران، ۲۰۱۸). بانبوری و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که عوامل محرک و تحریف‌های شناختی مسئول سوء مصرف مواد و رفتارهای پارافلیک در افراد مبتلا به اختلال کودک‌خواهی هستند و از طریق درمان شناختی رفتاری قابل درمان هستند.

باتوجه به اینکه علل گرایش به کودکان در امور جنسی متعدد ذکر شده است و رویکردهای درمانی به تنهایی فقط بر یک جنبه از این اختلال تمرکز دارند لازم است نسبت به ترکیب روش‌های درمانی اقدام نمود و پژوهشگران با درک این ضرورت نسبت به ترکیب روش‌ها در این مطالعه پرداختند؛ بنابراین باتوجه به اهمیت درمان اختلال کودک‌خواهی در افغانستان و توجه به استفاده از چندین روش درمانی و تلفیق آموزش‌های مختلف برای ایجاد روش‌های جدیدتر و جامع، درمان روی این افراد جهت ایجاد ارزشمندی نسبت به خود و دیگران و ارتقای سلامت روان، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا اثربخشی بسته آموزشی تلفیقی اختلال کودک‌خواهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی) با درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره جنسی در مردان افغانستان تفاوت معناداری دارد؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** طرح پژوهش حاضر در زمره طرح‌های تحقیقی نیمه‌آزمایشی قرار می‌گیرد. طرح آن عبارت است از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه و دو گروه آزمایش. این طرح شامل دو متغیر مستقل: بسته آموزشی تلفیقی تدوین شده توسط پژوهشگران و درمان شناختی رفتاری و یک متغیر وابسته: نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی اسنل (۱۹۹۵) است. در این پژوهش ابتدا پیش‌آزمون برای گروه گواه و دو گروه آزمایش انجام و بعد از اجرای متغیرهای مستقل (بسته آموزشی تلفیقی و درمان شناختی رفتاری) برای دو گروه آزمایش، پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و گروه گواه اجرا شد و پس از گذشت حداقل ۳ ماه مرحله پیگیری انجام شد.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه مردان افغان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تشکیل دادند و روش نمونه‌گیری پژوهش

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> نیز علاوه بر اینکه قصد دارد رفتار نامناسب را خاموش و رفتار مناسبی را جایگزین آن کند می‌خواهد روش‌های جامعه‌پسند برقرار کردن رابطه با سایر بزرگسالان را تقویت کند (پیرز و سوتون، ۲۰۲۱). همچنین یکی از درمان‌های جدید که بر مغز افراد نیز می‌تواند تأثیرگذار باشد، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> است. تمرینات ذهن‌آگاهی سبب تطابق و هماهنگی پاسخ‌های ذهنی و تناسلی به محرک‌های جنسی می‌شود. در نتیجه تلفیق انواع درمان‌ها برای ایجاد تغییر در افراد مبتلا به اختلال کودک‌خواهی ضروری است (استیفنسون، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه الهایی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند به‌طور معنی‌داری موجب بهبود عملکرد جنسی افراد گردد. طاهری و علی‌اکبری دهکردی (۱۳۹۹) در پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که میزان احقاق جنسی بعد از دریافت جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مقایسه با گروه گواه به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است. بر اساس یافته‌های مطالعه ژنگ و همکاران (۲۰۲۲) بدرفتاری جنسی به‌طور منحصربه‌فردی با مضامین طرحواره‌رهاشدگی، آسیب‌پذیری و وابستگی/نا توانی همراه است. نتایج مطالعه دربی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که در رابطه جنسی، طرحواره درمانی می‌تواند به‌عنوان روشی برای مفهوم‌سازی عمیق، مبتنی بر شواهد و یکپارچه از مشکلات و نیازهای مراجع عمل کند. والکر و رویسنون (۲۰۱۲) مطالعه‌ای با هدف بررسی ریشه‌های درمان جنسی و تکنیک‌های درمانی اختلال جنسی انجام دادند و دریافتند ادغام انواع روش‌های درمانی مؤثرترین راه درمان برای این اختلالات است.

یکی دیگر از درمان‌هایی که امروزه در طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات روان‌پزشکی استفاده شده و از حمایت پژوهشی برخوردار است، درمان شناختی رفتاری<sup>۳</sup> است (توانایی و همکاران، ۱۳۹۷؛ رجب‌پور و نجات، ۱۳۹۸؛ حسینی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۰). شواهد پژوهش‌های مختلف در زمینه تأثیرات درمان شناختی رفتاری بر رفتارهای جنسی منحرف و بزهکاران جنسی حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری باعث جلوگیری از تکرار جرم‌های جنسی در این افراد شده است و هدف رفتار درمانی شناختی این است که بیمار مبتلا به اختلالات جنسی بتواند راه‌های کنترل رفتار خود را تشخیص داده و به نیاز خود غلبه کند (امپوفو و

1. acceptance and commitment therapy

2. mindfulness-based therapy

3. Cognitive Behavioral Therapy

**ج) معرفی برنامه مداخله‌ای**

باتوجه به اینکه روش‌های درمانی که تاکنون استفاده شده، روی کمک به بیمار برای بازداری از عمل کردن به افکار خود تمرکز دارند و یا فقط بر یکی از علت‌های فرضی این اختلال تمرکز می‌کنند و به دنبال حل منشاء و علل اصلی این اختلال نیستند، نمی‌توانند باعث تغییری طولانی‌مدت در عملکرد جنسی فرد شوند. بنابراین تغییر و درمان اختلال کودک خواهی به نظر می‌رسد سخت باشد اما می‌توان به بیماران کمک کرد تا منشاء و علل رفتار خود را بشناسند و با استفاده از درمان‌های مرتبط با علل مختلف این اختلال بتوانند رفتار خود را بهتر کنترل کنند. در واقع ترکیب انواع روش‌های درمانی که به تغییر باورهای دوران کودکی، آموزش همدلی و بخشندگی و بازسازی الگوهای فکری منحرف می‌پردازند را می‌توان برای درمان این مشکل به صورت ترکیبی به کار برد؛ بر همین اساس و باتوجه به علل ذکر شده در پیشینه برای گرایش به کودکان، به نظر می‌رسد تلفیق رویکردهای درمان می‌تواند مؤثر باشد از همین رو پژوهشگران نسبت به تلفیق درمان‌ها اقدام نمودند.

درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی: در پژوهش حاضر به منظور شناسایی مطالعات پژوهشی مرتبط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی و تلفیق آن‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون استرلینگ (۲۰۰۱)، ابتدا پژوهشگر یک مرور نظام‌مند از مبانی نظری انجام داد و سپس پایگاه‌های داده مدنظر با استفاده از واژه‌های کلیدی در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی جستجو و تمام منابع براساس ارتباطشان با موضوع پژوهش جمع‌آوری و مطالعات غیرمرتبط از چرخه بررسی خارج شدند. پس از آنکه طی مراحل تحلیل مضمون، شبکه مضامین تدوین شد، جهت ارزیابی روایی محتوایی به صورت کیفی به گروه ۱۰ نفره از متخصصین در زمینه روانشناسی، برای بررسی کیفیت محتوای شبکه مضامین ارجاع داده شد. بنابراین شاخص روایی محتوا<sup>۲</sup> (۰/۸ تا ۱) و ضریب پایایی هولستی<sup>۳</sup> (برابر ۰/۹۹) مبتنی بر میزان توافق دیدگاه متخصصین با پژوهشگر محاسبه و تأیید گردید و بر اساس شبکه مضامین اعتباریابی شده، تکالیف بسته آموزشی تدوین شدند. برای بررسی اعتبار درونی بسته نیز دیدگاه ۵ نفر متخصص در

حاضر به صورت غیرتصادفی هدفمند بود که تعداد ۳۰ نفر از مردان افغان مبتلا به اختلال کودک در مراکز قانونی تحت نظارت وزارت داخله در شهرهای کابل، قندهار، قندوز و هرات به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی تلفیقی تدوین شده توسط پژوهشگر (۱۰ نفر)، گروه درمان شناختی رفتاری (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۰ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: ابتلا به اختلال کودک خواهی بر اساس پرسشنامه پدوفیلیا و معیارهای DSM-5، تمایل به همکاری شرکت‌کنندگان برای مداخله درمانی، عدم دریافت هرگونه درمان روانشناختی دیگر علاوه بر حضور در مطالعه برای گروه‌های آزمایش و دارا بودن تحصیلات در حد پاسخگویی به سؤالات ابزارهای پژوهش و ملاک‌های خروج عبارت بود از عدم حضور در دو جلسه متوالی و عدم همکاری در جلسات مانند انجام ندادن تکالیف و یا عدم تمایل به ادامه جلسات به هر دلیلی بود.

**ب) ابزار**

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی<sup>۱</sup> (۱۹۹۵): این پرسشنامه توسط اسنل در سال ۱۹۹۵ در ۱۰۰ سوال و با مقیاس درجه‌ای لیکرت طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۸ زیرمقیاس در دو بعد خودپنداره جنسی مثبت و خودپنداره جنسی منفی است. حداقل نمره در بعد خودپنداره مثبت و منفی صفر و حداکثر نمره در خودپنداره مثبت ۱۷۶ و در خودپنداره منفی ۶۴ است. دامنه نمرات در هر خرده مقیاس ۵ تا ۲۵ است. نمرات بیشتر از حد میانگین در هر خرده مقیاس بیانگر برخورداری بیشتر فرد از آن ویژگی (گرایش) است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط رضانی و همکاران در سال ۱۳۹۱ بررسی شده و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ محاسبه گردیده است که در سطح مطلوبی قرار دارد (قربانخانی و همکاران، ۱۳۹۹). روایی پرسشنامه نیز توسط آن‌ها بررسی و تأیید شده است (قنادیان، ۱۳۹۵).

3. Holistic reliability coefficient

1. Multi-Dimensional sexual self-concept Questionnaire - MSSQ

2. Content Validity Index (CVI)



سازي ارزش‌ها، تمرین شهامت رویاپردازی و کشف ارزش‌ها، تمرکز بر تعهد رفتاری و تعیین هدف و تکمیل فرم تعیین هدف، تمرین مدیتیشن هوشیارانه؛ جلسه دهم بررسی طرحواره بی‌اعتمادی/بدرفتاری، بررسی طرحواره محرومیت هیجانی؛ جلسه یازدهم بررسی طرحواره شرم/نقص، بررسی طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی؛ جلسه دوازدهم بررسی طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی، بررسی طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری؛ جلسه سیزدهم بررسی طرحواره خود تحول نیافته/گرفتار، بررسی طرحواره شکست، انجام مدیتیشن پیشرفته؛ جلسه چهاردهم بررسی طرحواره استحقاق/بزرگ‌منشی، بررسی طرحواره خویش‌داری-خودانظباطی-ناکافی، آموزش‌ها تا یوگا؛ جلسه پانزدهم بررسی طرحواره اطاعت، بررسی طرحواره ایثار، انجام یوگای ذهن‌آگاهی (هاتا)؛ جلسه شانزدهم بررسی طرحواره پذیرش‌جویی/جلب توجه، بررسی طرحواره منفی‌گرایی/بدبینی، انجام یوگای ذهن‌آگاهی (هاتا)؛ جلسه هفدهم بررسی طرحواره بازداری هیجانی، بررسی طرحواره معیارهای سخت‌گیرانه/عیب‌جویی افراطی؛ انجام یوگای ذهن‌آگاهی (هاتا)؛ جلسه هجدهم بررسی طرحواره تنبیه، انجام تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بررسی موانع اعمال متعهدانه و انجام مدیتیشن پیشرفته؛ جلسه نوزدهم سپاسگزار هر روز باشید و هر روز شکرگزار باشیم و پیشگیری از عود؛ جلسه بیستم انجام ذهن‌آگاهی کوتاه، بازنگری کل برنامه، گرفتن تعهد به مداومت انجام تمرینات ذهن‌آگاهی، ارائه تکلیف مادام‌العمر.

محتوای درمان شناختی رفتاری: در پژوهش حاضر درمان شناختی رفتاری به صورت فردی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار گردید که جزئیات هر جلسه در ادامه در جدول ۱ آمده است.

زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره درمانی و فرآیندهای مربوط به آن‌ها، دانش، مهارت و تجربه کافی داشتند، اخذ گردید و ضریب توافق دیدگاه این متخصصین در مورد محتوای تکالیف، تعداد کل جلسات آموزشی و عنوان هر جلسه به عنوان شاخص اعتبار درونی ۱/۸۳ برآورد شد. بنابراین بسته درمانی تلفیقی اختلال کودکی‌خواهی شامل تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی در ۲۰ جلسه به صورت فردی تدوین و اجرا گردید. خلاصه جلسات بدین شرح است: جلسه اول معارفه و اجرای پیش‌آزمون، مفهوم‌سازی شرح مفاهیم درمانی در اکت؛ جلسه دوم سنجش عملکرد و مرور واکنش‌ها، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، معرفی ذهن؛ جلسه سوم مرور تکالیف، تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای، معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار، مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره درمانی، تمرین خوردن کشمش با آگاهی، تمرین اسکن بدن؛ جلسه چهارم مرور تکالیف، مفهوم‌سازی کنترل، معرفی احساسات پاک و ناپاک و راهبردهای کنترل‌گری، تمرین تنفس آگاهانه و افکار و احساسات؛ جلسه پنجم تمرین ذهن‌آگاهی کوتاه، پذیرش/اجتناب تجربه‌ای، آموزش گام به گام پذیرش احساسات منفی، تمرین دوره تنفس سه دقیقه‌ای، انجام مراقبه نشسته؛ جلسه ششم معرفی صدای پای ذهن، ناهم‌آمیزی شناختی، تمرین دوره تنفس سه دقیقه‌ای، انجام مراقبه نشسته؛ جلسه هفتم تمرین دیدن و شنیدن، حضور ذهن و مراقبه، حرکت از دنیای درون فردی به دنیای بین فردی، تمرین عملی خود مشاهده گر و انجام مراقبه نشسته؛ جلسه هشتم ارائه تمریناتی کاربردی برای تماس با لحظه حال، پیاده‌روی آگاهانه، آغاز مرحله تغییر، ارتباط درمانی، تکنیک ذهن‌آگاهی؛ جلسه نهم تمرین شفاف

### جدول ۱. پروتکل درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری
۱	آشنایی اولیه، اتحاد درمانی، آشنایی کلی با انواع اختلالات جنسی، بررسی تأثیر اختلال در زندگی و روابط فرد.
۲	بیان ارزش و اهمیت درمان، تعیین مشکل اصلی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، بررسی شرایط ایجاد کننده و تشدیدکننده بیماری، آموزش مهارت‌های ارتباطی
۳	بررسی رابطه افکار، احساسات و رفتارهای فرد، تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی، آموزش ابزار وجود صحیح
۴	بازسازی شناختی، تغییر نگرش فرد نسبت به مسائل جنسی
۵	بررسی و چالش با افکار خودآیند، آموزش تکنیک‌های تن‌آرامی برای کاهش نگرانی و اضطراب در مورد مسائل جنسی و در زندگی روزمره
۶	بررسی و چالش با تحریف‌های شناختی، آموزش مهارت حل مسأله و کاربردهای آن در زندگی روزمره برای کاهش هرچه بیشتر موقعیت‌های اضطراب‌زا.
۷	بررسی و چالش با طرحواره‌ها، ارائه اطلاعات و آموزش‌های جنسی نهایی
۸	جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات درمان، تبیین احتمال عود علائم پس از دوره درمان، واکنش صحیح در زمان عود علائم.

## یافته‌ها

ابتدا مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است و سپس شاخص‌های توصیفی نمرات خودپنداره جنسی منفی و مثبت در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل
۱	۳۷	ابتدایی	متاهل
۲	۵۲	بیسواد	متاهل
۳	۵۴	ابتدایی	متاهل
۴	۵۲	ابتدایی	متاهل
۵	۵۵	ابتدایی	متاهل
۶	۵۴	ابتدایی	متاهل
۷	۵۳	ابتدایی	متاهل
۸	۳۹	ابتدایی	متاهل
۹	۵۵	ابتدایی	متاهل
۱۰	۵۳	بیسواد	متاهل
۱۱	۵۴	ابتدایی	متاهل
۱۲	۳۹	دیپلم	متاهل
۱۳	۵۶	ابتدایی	متاهل
۱۴	۴۰	ابتدایی	متاهل
۱۵	۳۸	ابتدایی	متاهل

میانگین پیش‌آزمون نمره خودپنداره جنسی مثبت برای گروه آزمایش با درمان تلفیقی ۱۱۱/۱، برای مرحله پس‌آزمون ۱۴۲/۲ و برای مرحله پیگیری ۱۴۸/۱، در گروه آزمایش شناختی رفتاری، میانگین پیش‌آزمون نمره خودپنداره جنسی مثبت ۱۰۶/۷، برای مرحله پس‌آزمون این گروه ۱۲۴/۲ و برای مرحله پیگیری ۱۲۹/۹ و در گروه گواه، میانگین پیش‌آزمون نمره خودپنداره جنسی مثبت ۱۰۶/۹، برای مرحله پس‌آزمون این گروه ۱۰۵/۹

و برای مرحله پیگیری ۱۰۵/۳ گزارش شده است. همچنین بر اساس یافته‌های این جدول، میانگین پیش‌آزمون نمره خودپنداره جنسی منفی برای گروه آزمایش با درمان تلفیقی ۹۰/۲، برای مرحله پس‌آزمون ۶۴/۹ و برای مرحله پیگیری ۶۲/۷، در گروه آزمایش شناختی رفتاری، میانگین پیش‌آزمون نمره خودپنداره جنسی منفی ۹۲/۳، برای مرحله پس‌آزمون این گروه ۸۱/۱ و برای مرحله پیگیری ۸۰ و در گروه گواه، میانگین پیش‌آزمون نمره خودپنداره جنسی منفی ۹۰/۳، برای مرحله پس‌آزمون این گروه ۹۱ و برای مرحله پیگیری ۸۹/۹ گزارش شده است. سپس جهت مقایسه اثربخشی بسته درمانی تلفیقی اختلال کودک‌خواهی با درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره جنسی از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. پیش‌فرض‌های ضروری برای انجام تحلیل واریانس اجرا شد؛ پیش از گزارش نتیجه تحلیل واریانس، مفروضات آزمون از جمله تبعیت از توزیع نرمال در متغیرهای وابسته، همبستگی میان متغیرهای وابسته در تحلیل‌های چندمتغیری (آزمون بارتلت)، کروییت داده‌ها با استفاده از آزمون ماچلی و همچنین همگنی واریانس کواریانس با استفاده از ام‌باکس بررسی و ارائه شده است. بررسی‌ها برای مفروضه نرمال بودن با توجه به آماره آزمون شاپیر-ویلک در گروه‌ها در هر سه مرحله پژوهش حاکی از برقراری آن در تمامی گروه‌ها بود ( $P > 0.05$ ). همچنین برای بررسی یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون بهره‌گرفته شد که نتایج نشان داد مفروضه واریانس‌های خطا برای نمرات خودپنداره جنسی مثبت و منفی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و مفروضه یکسانی واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) برقرار بود. در نهایت، مفروضه کروییت از طریق آزمون ماچلی بررسی و نتایج در این بخش نیز حاکی از برقراری این مفروضه بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات خودپنداره جنسی مثبت و منفی در آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودپنداره جنسی مثبت	درمان تلفیقی	۱۱۱/۱	۱۱/۸	۱۴۲/۲	۹/۲	۱۴۸/۱	۱۰/۲
درمان شناختی رفتاری	۱۰۶/۷	۸/۸	۱۲۴/۲	۷/۷	۱۲۹/۹	۷/۱	
گواه	۱۰۶/۹	۹/۰۶	۱۰۵/۹	۷/۴	۱۰۵/۳	۷/۹	
خودپنداره جنسی منفی	درمان تلفیقی	۹۰/۲	۱۰/۴	۶۴/۹	۶/۶	۶۲/۷	۵/۶
درمان شناختی رفتاری	۹۲/۳	۴/۳	۸۱/۱	۳/۶	۸۰	۲/۹	
گواه	۹۰/۳	۷/۳	۹۱	۶/۳	۸۹/۹	۷/۱	

## جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (آماره لامبدای ویلکز) در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر متغیر خودپنداره جنسی

متغیر	منبع اثر	مقدار	F	درجه آزادی	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
خودپنداره جنسی	زمان	۰/۰۲۹	۱۹۸/۱۵	(۴, ۲۴)	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
	اثر تعاملی	۰/۰۳۴	۲۶/۶۳	(۸, ۴۸)	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱

جدول ۴ نتیجه تحلیل واریانس چند متغیری را نشان می‌دهد که اثر درون آزمودنی (زمان) در متغیر خودپنداره جنسی معنادار است و بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای مستقل میانگین با تغییر همراه بوده است و همچنین نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی زمان × گروه بر متغیر خودپنداره جنسی معنادار می‌باشد. معناداری اثر متقابل زمان × گروه بدین معنی است که در طول زمان (از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری) میانگین متغیر خودپنداره جنسی در یکی از گروه‌های مستقل (درمان تلفیقی، درمان شناختی رفتاری و گروه گواه) با تغییر

همراه بوده است. مجذور اتا برای عامل زمان بیانگر این است که ۹۷ درصد تفاوت بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نمره کل خودپنداره جنسی مربوط به اعمال متغیر مستقل بوده که با صد در صد توان تأیید شده است. بررسی تغییرات میانگین متغیر خودپنداره جنسی در گروه‌ها و طی زمان در ادامه انجام شده است. جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر خودپنداره جنسی را نشان می‌دهد.

## جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در نمره کل متغیر خودپنداره جنسی

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	مجذور اتا
خودپنداره مثبت	گروه‌ها	۱۱۵۶۷/۲	۵۷۸۳/۶	۲	۲۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	مراحل	۶۴۶۷/۴۶	۳۷۶۹/۸	۱/۷۱	۳۴۹/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	تعامل مراحل با گروه	۴۳۷۲/۲	۱۲۷۴/۲	۳/۴	۱۱۷/۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹
خودپنداره منفی	گروه‌ها	۴۹۲۸/۶	۲۴۶۴/۳	۲	۲۲/۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	مراحل	۳۲۴۱/۱۵	۱۶۲۰/۵	۲	۲۸۳/۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	تعامل مراحل با گروه	۲۳۶۲/۱	۵۹۰/۵	۴	۱۰۳/۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸

با در نظر گرفتن مقادیر معنی داری در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. لازم به ذکر است که سطح  $P < ۰/۰۵$  برای رد فرض صفر در نظر گرفته شد. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای خودپنداره جنسی مثبت و خودپنداره جنسی منفی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. همچنین مجذور اتا بیشتر از ۰/۱ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است. با توجه به معنی داری اثر تعاملی در ادامه دو اثر اصلی گروه و مرحله بررسی می‌شوند. بنابراین ابتدا به بررسی اثر اصلی مرحله (صرف نظر از عامل بین‌گروهی) به مقایسه میانگین‌های سه بار اجرا در متغیر وابسته خودپنداره جنسی مثبت و منفی پرداخته شده است و سپس نمرات

خودپنداره جنسی مثبت و منفی بر حسی عامل گروه مورد بررسی قرار می‌گیرند.

همان‌طور که نتایج حاصل از مقایسه زوجی بر حسب عامل زمان در جدول ۶ نشان می‌دهد، تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودپنداره جنسی مثبت ۱۵/۸۶، تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون و پیگیری ۱۹/۵۳ و تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری ۳/۶۶ می‌باشد. همچنین تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودپنداره جنسی منفی ۱۱/۹۳، تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون و پیگیری ۱۳/۴ و تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری ۱/۴ می‌باشد. با توجه به میزان معناداری، تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون و پیگیری و نمرات پس‌آزمون با نمرات پیگیری در خودپنداره جنسی مثبت و خودپنداره جنسی منفی معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که خودپنداره جنسی مثبت آزمودنی‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت

به پیش‌آزمون و همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون و همچنین در مرحله معناداری نشان داده است و نمرات خودپنداره جنسی منفی آزمودنی‌ها در

مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون و همچنین در مرحله معناداری نشان داده است. کاهش معناداری نشان داده است.

**جدول ۶. مقایسه زوجی نمرات خودپنداره جنسی مثبت و منفی آزمودنی‌ها بر حسب عامل زمان با آزمون بونفرونی**

متغیر	مرحله ارزیابی (میانگین)	مرحله ارزیابی مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
خودپنداره جنسی مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۵/۸۶	۰/۸۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۹/۵۳	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۳/۶۶	۰/۶۱	۰/۰۰۱
خودپنداره جنسی منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۹۳	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۳/۴	۰/۷۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۴	۰/۲۸	۰/۰۰۱

**جدول ۷. مقایسه زوجی نمرات خودپنداره جنسی مثبت و منفی آزمودنی‌ها بر حسب عامل گروه با آزمون بونفرونی**

متغیر	گروه ارزیابی (میانگین)	گروه ارزیابی مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
خودپنداره جنسی مثبت	درمان تلفیقی	درمان شناختی رفتاری	۱۳/۵۳	۳/۸۳	۰/۰۰۵
	درمان شناختی رفتاری	گواه	۲۷/۷	۳/۸۳	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	گواه	۱۴/۲۳	۳/۸۳	۰/۰۰۳
خودپنداره جنسی منفی	درمان تلفیقی	درمان شناختی رفتاری	-۱۱/۸۶	۲/۷۲	۰/۰۰۱
	درمان تلفیقی	گواه	-۱۷/۸	۲/۷۲	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	گواه	-۵/۹۳	۲/۷۲	۰/۱

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی (تلفیق درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌درمانی و ذهن آگاهی) با درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره جنسی مثبت و خودپنداره جنسی منفی مردان افغانستان انجام شد و نتایج نشان داد هر دو درمان تلفیقی و درمان شناختی رفتاری در افزایش نمرات خودپنداره جنسی مثبت آزمودنی‌ها مؤثر بودند ولی درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی اثربخشی بالاتری داشته است. در ضمن فقط درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی در کاهش نمرات خودپنداره جنسی منفی آزمودنی‌ها مؤثر بوده است. نتایج حاصل از فرضیه پژوهش با نتایج مطالعات اسماعیل‌زاد و اکبری (۱۴۰۰)؛ الهایی و همکاران (۱۳۹۹)؛ ژنگ و همکاران (۲۰۲۲) و دربی و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر مشکلات مختلف جنسی همسو است. این نتایج با یافته‌های حاصل از پژوهش طاهری و علی‌اکبری دهکردی (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات جنسی همسو می‌باشد.

همان‌طور که نتایج حاصل از مقایسه زوجی بر حسب عامل گروه در جدول ۷ نشان می‌دهد، تفاوت میانگین نمرات خودپنداره جنسی مثبت برای درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی و درمان شناختی رفتاری ۱۳/۵۳، برای درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی و گروه گواه ۲۷/۷ و برای درمان شناختی رفتاری و گروه گواه ۱۴/۲۳ معنادار می‌باشند که با توجه به تفاوت میانگین گروه‌های آزمایشی می‌توان گفت هر دو درمان تلفیقی و درمان شناختی رفتاری در افزایش نمرات خودپنداره جنسی مثبت آزمودنی‌ها مؤثر بودند و درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی اثربخشی بالاتری داشته است. همچنین تفاوت میانگین نمرات خودپنداره جنسی منفی برای درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی و درمان شناختی رفتاری ۱۱/۸۶ و برای درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی و گروه گواه ۱۷/۸ معنادار می‌باشند ولی برای درمان شناختی رفتاری و گروه گواه ۵/۹۳ معنادار نمی‌باشد. بنابراین با توجه به تفاوت میانگین گروه‌های آزمایشی می‌توان گفت فقط درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی در کاهش نمرات خودپنداره جنسی منفی آزمودنی‌ها مؤثر بوده است.

تمرکز بر لحظه کنونی تأثیر می‌گذارد، که توجه متمرکز بر لحظه حال و پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلاواسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود (آلانایو، ۲۰۲۰).

در درمان تلفیقی اختلال کودک‌خواهی، طرحواره درمانی نیز باعث به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی درباره بی‌ثباتی روابط جنسی مردان مبتلا به این اختلال شد و کمک کرد این مردان به طور منطقی به بازسازی شناخت‌های ناکارآمد خود در این درباره پردازند که در نهایت منجر به قطع روابط جنسی نامطلوب و بازیابی روابط بین فردی گردید. یکی از طرحواره‌های ناسازگار در مردان کودک‌خواه، طرحواره نقص/شرم است و باعث می‌شود که آن‌ها همیشه فکر کنند یک نقص درونی دارند، بی‌ارزش‌اند، و از همه بدتر احساس می‌کنند که دوست داشتنی نیستند. به همین دلیل از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار در روابط بین فردی و روابط جنسی خود استفاده می‌کنند. یکی از تکنیک‌های شناختی مفید برای این افراد، تهیه لیست نقاط قوت و ضعف خود به شکل اختصاصی بود. همچنین درمانگر علی‌رغم کمبودها و نواقص این افراد، آن‌ها را ترغیب کرد تا ضعف‌های کوچک خود را با او در میان بگذارد و سپس با تعریف کردن از نقاط قوت این مردان به صورت منطقی به آن‌ها کمک کرد تا خودپنداره خود را در زمینه‌های مختلف تقویت کنند.

مهم‌ترین وجه تمایز اثربخشی درمان تلفیقی اختلال کودک‌خواهی نسبت به درمان‌های شناختی رفتاری بر خودپنداره جنسی این است که در درمان تلفیقی، همزمان با رهاسازی تفکر از قید عادات منفی خودکار و پذیرش این افکار، بر نقاط قوت، توانمندی‌های فرد و ارزش‌های واقعی فرد تمرکز نموده و مشکلات ریشه‌ای مهارت‌های ارتباطی و جنسی مورد بررسی قرار گرفته تا فرد بتواند خود به حل مشکلات اصلی در کاهش خودپنداره مثبت خود پردازد. همچنین درمان شناختی رفتاری برای افرادی که از افکار حاصل از شرایط پیچیده و چالش‌انگیزی که از دوران کودکی و نوجوانی خود به همراه دارند، رنج می‌برند، چندان مناسب نیست و این می‌تواند یکی از دلایل تأثیر بیشتر درمان تلفیقی نسبت به درمان شناختی رفتاری در پژوهش حاضر باشد. در واقع بیماران اغلب می‌توانند با تکنیک‌های استاندارد شناختی رفتاری، رفتارهای خاص یک موقعیت را تغییر دهند، اما تغییر الگوهای رفتاری مزمن که از طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشأت می‌گیرند، احتیاج به یک رویکرد یکپارچه و کامل‌تری دارد. برای غلبه بر

در تبیین یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره‌های جنسی می‌توان گفت در طی دوره درمان شناختی رفتاری افراد یاد می‌گیرند که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارشان هستند را شناسایی کنند و تغییر دهند. در این نوع درمان به مراجعین کمک می‌شود تا مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسئله جاری، بلکه برای مسائل مشابه آن در آینده، در خود رشد دهند (بیگی و زینالی، ۱۳۹۵). در درمان شناختی رفتاری، مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود دریافتند که هیجانات مثبت از قبیل دوست داشتن خود، کیفیتی نیستند که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشند. بنابراین در جلسات پژوهش حاضر، با تکنیک‌های بازسازی شناختی و تعیین اهداف رفتاری در موقعیت‌های بین فردی، به مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی کمک شد تا راه‌های واقعی تر و انطباقی‌تری در روابط و در موقعیت‌های مختلف بیابند و به تبع همراه با افزایش عملکرد سالم، خودپنداره جنسی مثبت در مورد خود را نیز افزایش دهند. همچنین در تبیین نتایج حاصل از فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان تلفیقی بر خودپنداره‌های جنسی می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر ذهن آگاهی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، گسلس شناختی، ارزش‌ها و تعهد تأکید می‌کند و نقش به‌سزایی در حفظ آرامش فرد در هنگام مواجهه با احساس شرم، پذیرش این احساس بدون تلاش برای تغییر آن، تجربه کردن اینجا و اکنون با گشودگی و علاقه، نگرستن به احساس منفی شرم، افکار، تصورات و دیگر شناخت‌های حاصل از آن، همچنان که هستند و نه بیشتر، روشن‌سازی اینکه چه چیزی برای فرد واقعا اهمیت دارد و در عمق قلبش ریشه دارد و می‌خواهد در این زندگی چگونه باشد و تشخیص آنچه برای فرد مهم‌تر است تا بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه و مؤثر عمل کند. بنابراین تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجود در درمان تلفیقی اختلال کودک‌خواهی باعث شد تا احساس ارزشمندی زندگی در مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی تقویت و سپس با ترمیم احساس ارزشمندی زندگی در این مردان، زمینه برای افزایش سطح خودپنداره مثبت جنسی و کاهش خودپنداره منفی جنسی که بر اثر الگوهای رفتاری نادرست و انعطاف‌ناپذیر پدید آمده است، فراهم گردد. تکنیک‌های ذهن آگاهی موجود در درمان تلفیقی نیز به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و



### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان است. پژوهش حاضر با کسب کداخلاق IR.UI.REC.1400.109 از کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان انجام شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری و فواید و مزایای شرکت در مطالعه ارائه گردید و رضایت‌نامه کتبی توسط شرکت کنندگان برای شرکت در مطالعه تکمیل شد. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان اعلام می‌دارند که در نتایج پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** با توجه به اینکه پژوهش در زمینه اختلالات جنسی در بسیاری از کشورها به خصوص ایران و افغانستان بسیار سخت است از دانشگاه اصفهان و اساتید محترم برای همکاری با پژوهشگر جهت انجام پژوهش حاضر و از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر و مسئولین مراکز قانونی افغانستان برای همکاری با پژوهشگر تشکر و قدردانی می‌شود.

الگوی ناسالم زندگی مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی، نیز باید در سطح مسائل زیربنایی کار کرد و طرحواره‌های تنبیه، رهاشدگی و نقص که با مسائل زیربنایی این افراد گره خورده‌اند، مورد بررسی قرار بگیرند تا بتوانند آن‌ها را حل نمایند.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، دشواری دسترسی به جامعه و گروه نمونه بود و پژوهشگر فقط به مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی که به عنوان مجرم در مراکز قانونی تحت نظارت وزارت داخله افغانستان بودند، دسترسی داشت. پیشنهاد می‌شود در مراکز قانونی برای مجرمان مبتلا به این اختلال، دوره‌های درمانی اختلال کودک‌خواهی توسط متخصصین برگزار گردد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در مراکز قانونی افغانستان از درمان تلفیقی اختلال کودک‌خواهی برای شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای ناکارآمد و سبک‌های اسنادی و کاهش کنترل شدید افکار و احساسات و افزایش آگاهی و پذیرش جهت کمک به تغییر طرحواره‌های ناسازگار و کاهش نشانه‌های مجرمین مبتلا به اختلال کودک‌خواهی استفاده گردد. با توجه به اهمیت تکنیک‌های درمان تلفیقی اختلال کودک‌خواهی در تغییر طرحواره‌های جنسی، پیشنهاد می‌شود که با قرار دادن بسته آموزشی روش‌های اکت، ذهن آگاهی و طرحواره درمانی به زبان ساده در اختیار مراکز درمان و روانشناختی افغانستان جهت ایجاد آگاهی اولیه در مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی کمک شود.

## منابع

الهایی، ح.، کاظمیان مقدم، ک.، و هارون رشیدی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اسنادهای ارتباطی و عملکرد جنسی زنان آسیب دیده از روابط فزانشویی همسر. *مطالعات روانشناختی*، ۱۶ (۲)، ۱۴۰-۱۲۵.

توانایی، ع.، آهی، ق.، و منصور، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روانشناسی)*، ۸ (۲)، ۲۲-۵.

توکلی، ز.، قدم پور، ع.، باقری، ن.، و تنها، ز. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و حرمت خود جسمانی در زنان. *علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۵)، ۱۴۶۲-۱۴۴۳.

حسینی‌نژاد، ن.، البرزی، م.، و مام‌شرفی، پ. (۱۴۰۰). اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران وابسته به سوء مصرف مواد. *علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۷)، ۲۰۲۵-۲۰۱۵.

خان محمدی، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر رشد خودپنداره جنسی زنان متأهل. *علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۸)، ۲۰۵۵-۲۰۶۵.

رجب‌پور، س.، و نجات، ح. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی با استفاده از بوپروپیون بر اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی زوجین. *علوم پزشکی نیشابور*، ۷ (۴)، ۷۶-۶۵.

قنادیان، ف. (۱۳۹۵). بررسی رابطه خودپنداره جنسی با عملکرد جنسی و عزت نفس در زنان مبتلا به واژینیسموس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

طاهری، م.، و علی اکبری دهکردی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احقاق جنسی زنان دچار طلاق عاطفی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۶ (۳)، ۱۱۸-۱۰۵.

## References

Abdalla-Filho, E. (2020). Pedophilia, Pseudopedophilia and Psychopathy. *J Sex Med*, 4(3), 1-5. <https://www.jscimedcentral.com/public/assets/articles/sexualmedicine-4-1034.pdf>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association: Arlington. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Analayo, B. (2020). Somatics of early Buddhist mindfulness and how to face anxiety. *Mindfulness*,

11, 1520-1526. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01382-x>

- Banbury, S., Lusher, J., Athanasiadou Lewis, C., & Turner, J. (2017). The use of cognitive behavioural therapy on two case reports of paraphilic infantilism, substance misuse and childhood abuse. *MOJ Addict Med Ther*, 3(2), 55-59. <https://doi.org/10.15406/mojamt.2017.03.00033>
- Beigi, A., & Zeinali, A. (2017). Effect of Group Cognitive-behavioral Therapy on Relieving Depression and Enhancing Quality of Life among Patients with Type I Diabetes. *J Diabetes Nurs*, 5(2), 147-156. (Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.23455020.1396.5.2.1.7>
- Cohen, L. J., Wilman-Depena, S., Barzilay, S., Hawes, M., Yaseen, Z., & Galynker, I. (2020). Correlates of Chronic Suicidal Ideation among Community-Based Minor-Attracted Persons. *Sexual abuse: a journal of research and treatment*, 32(3), 273-300. <https://doi.org/10.1177/1079063219825868>
- Decker, M. R. (2018). Sexual violence among adolescent girls and young women in Malawi: a cluster-randomized controlled implementation trial of empowerment selfdefense training. *BMC Public Health*, 18(1), 1341-1356. <https://doi:10.1186/s12889-018-6220-0>
- Derby, D. S., Peleg-Sagy, T., & Doron, G. (2016). Schema therapy in sex therapy: A theoretical conceptualization. *J Sex Marital Ther*, 42(7), 648-658. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2015.1113586>
- Elhaei, H., Kazemian Moghadam, K., & Haroon Rshidi, H. (2020). The Effect of Schema Therapy on Sexual Function and Relationship Attributions among Women Damaged by Marital Infidelity. *Psychological Studies*, 16(2), 125-140. (Persian). <https://www.sid.ir/paper/410994/fa>
- Fazio, R. L. (2018). Toward a neurodevelopmental understanding of pedophilia. *J Sex Med*, 15, 1205-1207. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.04.631>
- Ghorbankhani, M., Salehi, K., & Moghaddamzadeh, A. (2020). Construction of a Standardized Questionnaire to Detect the Pseudo Evaluation in Elementary Schools. *Journal of Educational Scinces*, 27(2), 91-116. (Persian). <https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>
- Hamidi, F., Hamzehgardeshi, Z., & Shahhosseini, Z. (2020). Bio-psycho-social factors related to female sexual self-concept: A scoping review. *Clin Exc*,

- 9(3), 23-34. (Persian).  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.04.631>
- Hoseininezhad, N., Alborzi, M., & MamSharifi, P. (2021). Effectiveness of cognitive behavioral counseling based on acceptance and commitment therapy (ACT) for psychological flexibility in drug-abusing mothers. *Journal of Psychological Sciences*, 20(107), 2011-2025.  
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.107.2011>
- Ismaeilzadeh, N., & Akbari, B. (2021). The effectiveness of schema therapy on sexual self-efficacy, marital satisfaction and early maladaptive schemas in couples with marital conflicts. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64(1), 2287-2298. (Persian).  
<https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18525>
- Khalid, N., & Yousaf, Q. (2018). Clinical Attributes of Pedophilia-A Mental Illness and Psychopharmacological Approaches to Hit Pedophiles. *Clin Med Biochem*, 4(141), 1-4.  
<https://doi.org/10.4172/2471-2663.1000141>
- Khanmohammadi, A. (2022). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the development of sexual self-concept of married women. *Journal of Psychological Science*, 21(118), 2053-2065. (Persian).  
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.118.2053>
- Kinsella, H. (2019). Sex as the secret: counterinsurgency in Afghanistan. *International Theory*, 11(1), 26-47.  
<https://doi.org/10.1017/S1752971919000046>
- Landgren, V., Savard, J., Dhejne, C., Jokinen, J., Arver, S., Seto, M.C., & Rahm, C. (2022). Pharmacological Treatment for Pedophilic Disorder and Compulsive Sexual Behavior Disorder: A Review. *Drugs*, 82, 663-681.  
<https://doi.org/10.1007/s40265-022-01696-1>
- Mpofu, E., Athanasou, J. A., Rafe, C., & Belshaw, S. H. (2018). Cognitive-behavioral therapy efficacy for reducing recidivism rates of moderate-and high-risk sexual offenders: A scoping systematic literature review. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 62(1), 170-186.  
<https://doi.org/10.1177/0306624x16644501>
- Noorifard, M., Neshatdoost, H., & Sajjadian, I. (2019). The Effectiveness of Mindfulness based Cognitive Therapy on Anxiety and Depression of Hemodialysis Patients: A Clinical trial. *RBS*, 17(3), 424-433. (Persian). <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-678-fa.html>
- Pashang, S., Sharif, S., & Sattari, M. W. (2018). Dancing bodies, flying souls: The mental health impacts of pedophilia inflicted on Afghan boys in Afghanistan. *Today's Youth and Mental Health*, 37-55.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-64838-5\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-64838-5_3)
- Pears, S., & Sutton, S. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for promoting physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*, 15(1), 159-184.  
<https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1727759>
- Pham, A. T., Nunes, K. L., Maimone, S., & Jung, S. (2022). Childhood Sexual Victimization, Pedophilic Interest, and Antisocial Orientation. *Sexual Offending: Theory, Research, and Prevention*, 17, 1-30.  
<https://doi.org/10.5964/sotrap.5425>
- Potki, R., Ziaei, T., Faramarzi, M., Moosazadeh, M., & Shahhosseini, Z. (2017). Bio-Psycho-Social Factors Affecting Sexual Self-Concept: A Systematic Review. *Electronic physician*, 9(9), 5172-5178.  
<https://doi.org/10.19082%2F5172>
- Rajabpour, S., & Nejat, H. (2019). Comparison of the Cognitive-Behavioral Therapy and Drug Therapy with Bupropion on Sexual Satisfaction and Marital Disturbance in Women with Sex Anxiety. *MEJDS*, 28 (9), 1-11. (Persian).  
<https://doi.org/10.19082%2F5172>
- Renner, F., Robert, D., Arnoud, A., Frenk, P., & Marcus, J. H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 58(1), 97-105.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002>
- Recine, A. C. (2015). Designing Forgiveness Interventions Guidance from Five Meta Analyses. *J Holist Nurs*, 33(2), 161-167.  
<https://doi.org/10.1177/0898010114560571>
- Stelzmann, D., Jahnke, S., & Kuhle, L. (2020). Media Coverage of Pedophilia: Benefits and Risks from Healthcare Practitioners' Point of View. *Int J Environ Res Public Health*, 17 (5739), 1-18.  
<https://doi.org/10.3390%2Fijerph17165739>
- Stephenson, K. R. (2017). Mindfulness-based therapies for sexual dysfunction: A review of potential theory-based mechanisms of change. *Mindfulness*, 8(3), 527-543. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0652-3>
- Taheri, M., & Ali Akbari Dehkordi, M. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Assertiveness of Women with Emotional Divorce. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 16(3), 105-118. (Persian).  
<https://doi.org/10.22051/psy.2020.29029.2066>

- Tavakoli, Z., Ghadampour, E., Bagheri, N., & Tanha, Z. (2022). Comparison of the efficacy of positive psychotherapy and schema therapy on cognitive flexibility and physical self-esteem in women seeking cosmetic surgery. *Journal of Psychological science*, 21(115), 1443-1462. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.115.1443>
- Tavanaeia, A., Ahi, Gh., & Mansouric, A. (2018). The effectiveness of cognitive behavioral therapy of sexual disorders and marital problems on the dynamics of sex relation and sex attraction in women referred to family court. *Clinical psychology research and counseling*, 8(2), 5-22. (Persian). <https://doi.org/10.22067/ijap.v8i2.62597>
- Turner-Moore, T., & Waterman, M. (2022). Deconstructing "Sexual Deviance": Identifying and Empirically Examining Assumptions about "Deviant" Sexual Fantasy in the DSM. *The Journal of Sex Research*, 10, 1-14. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2109568>
- Walkerl, L., & Robinson, J. (2012). Back to the Basics: Origins of Sex Therapy, Sexual Disorder and Therapeutic Techniques. *Reprod Sys Sexual Disorders*, 1(2), 1-6. <https://10.4172/2161-038X.1000109>
- Zarea, S., Ahi, Q., Vaziri, Sh., & Shahabizadeh, F. (2020). Sexual Schemas and High-Risk Sexual Behaviors in Female Students: The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. *International Archives of Health Sciences*, 7, 203-209. (Persian). <https://www.iahs.kaums.ac.ir/text.asp?2020/7/4/203/301665>
- Zheng, S., Stewart, J. G., Bagby, R. M., & Harkness, K. L. (2022). Specific early maladaptive schemas differentially mediate the relations of emotional and sexual maltreatment to recent life events in youth with depression. *Clin Psychol Psychother*, 29(3), 1020-1033. <https://doi.org/10.1002/cpp.2681>