

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی

---





سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ - کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی/ تالیف محبوبه دادفر، محمدکاظم عاطف‌وحید؛ [به سفارش] مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان انستیتو روانپزشکی تهران، بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص).
مشخصات نشر مشخصات ظاهری	تهران: میرماه، ۱۳۹۴. ۱۸۰ص.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۲۲۱-۸-۱۸۵۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی یادداشت	فیبیا ص:ع. به انگلیسی: Mahboubeh Dadfar, Mohammad Kazem Atef Vahid. Application of rockwood psychological services... .
یادداشت	کتابنامه: ص. [۱۵۳]-۱۷۹.
موضوع	تجاوز به عنف — ایالات متحده
موضوع	تجاوز به عنف — جنبه‌های روانشناسی
موضوع	تجاوز به عنف — جنبه‌های قرآنی
شناسه افزوده	عاطف‌وحید، محمدکاظم، ۱۳۳۱ -
شناسه افزوده	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان
شناسه افزوده	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)
شناسه افزوده	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
رده بندی کنگره	۱۳۹۴ ک ۲۵۶۱/۵۲۶۵۶۱
رده بندی دیویی	۳۶۲/۸۸۳
شماره کتابشناسی ملی	۳۹۷۵۰۶۱

# کاربرد برنامه خدمات روانشناختی را کوود در درمان متجاوزین جنسی

تألیف:

دکتر محمد کاظم عاطف وحید

روانشناس بالینی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران

دکتر محبوبه دادفر

روانشناس بالینی

دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل



میراث

۱۳۹۴ شمسی



## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی را کوود در درمان متجاوزین جنسی



تألیف: دکتر محبوبه دادفر، دکتر محمدکاظم عاطف وحید

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عاطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۴

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۱۸۵۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۲۲۱-۸

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر<sup>(ع)</sup> - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضایی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰۱ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۲ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

## پیشگفتار

تجاوز جنسی یک سازه قانونی و حقوقی است که با سازه‌های بالینی اختلالات ترجیح جنسی همپوشانی دارد ولی با این سازه‌ها، کاملاً متجانس نمی‌باشد. تجاوز جنسی هم یک موضوع سلامت و بهداشت عمومی و هم یک موضوع اجتماعی است. نظرسنجی‌های قربانیان، سطوح بروز و شیوع بالای تجاوز جنسی را در کشورهای مختلف نشان می‌دهد، و معمولاً پذیرفته شده است که قربانیان جنسی پنهان قابل ملاحظه‌ای وجود دارند که به دلیل عدم بیان آن در آمارهای به‌دست آمده به حساب آورده نمی‌شوند. تجاوز جنسی نوعی خشونت جنسی است که معمولاً شامل آمیزش جنسی می‌شود و توسط فرد یا افرادی به رغم رضایت شخص انجام می‌شود. این عمل می‌تواند با اجبار فیزیکی، تهدید، سوء استفاده از مسئولیت یا با فردی که ناتوان یا زیر سن قانونی است رخ دهد. هر چند برخی از مردان و پسران جوان، توسط مردان دیگر مورد تجاوز واقع می‌شوند؛ اما زنان، قربانیان اصلی آزارها و تجاوزهای جنسی هستند و درصد تجاوز به مردان نسبت به زنان بسیار ناچیز است. قربانیان در تمام گروه‌های سنی مشاهده می‌شوند، ولی بیشترین خطر برای سنین ۱۶ تا ۲۴ سال می‌باشد.

سوء استفاده جنسی از کودکان یک مشکل جهانی است، و بررسی‌های منظم نشان می‌دهند که ۲۰-۱۸٪ از زنان و ۸-۷٪ از مردان در جمعیت عمومی گزارش می‌دهند که قبل از سن ۱۸ سالگی مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفته‌اند. در دهه‌های اخیر میزان‌ها تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشته‌اند، ولی ممکن است در مناطق مختلف متفاوت باشند (پیریدا و همکاران، ۲۰۰۹).

سطوح قابل توجهی از اختلالات روانپزشکی در قربانیان و بازماندگان تجاوز جنسی وجود دارد. برای پیشگیری، درمان و توانبخشی متجاوزین جنسی، رویکردهای مختلفی وجود دارد. در امریکای شمالی و سایر کشورهای انگلیسی‌زبان رویکرد مورد قبول فعلی در درمان متجاوزین جنسی، درمان شناختی رفتاری با یک جزء پیشگیری از عود (Cognitive Behavioral Therapy/Relapse Prevention) (CBT/RP) است. در برنامه‌های مختلف CBT/RP، برخی برنامه‌ها دارای اجزاء کمتر یا بیشتر پیشگیری از عود

هستند. در برنامه CBT/RP رویکردهای مختلفی مانند رویکرد مواجهه‌ای، رویکرد انگیزشی و رویکرد روانی آموزشی وجود دارند و به دو شکل فردی و گروهی اجرا می‌شوند. اخیراً در برخی از کشورها یک رویکرد جامع در درمان متجاوزین جنسی بکار گرفته شده است. برنامه خدمات روانشناختی راکوود (Rockwood Psychological Services Program) از آن جمله است و شامل رویکرد رفتار درمانی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و آموزش مهارت‌های اجتماعی است. رویکرد بالینی خدمات روانشناختی راکوود مبتنی بر قدرت و نیرومندی (strength-based) است.

برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی از برنامه خودتنظیمی Self-Regulation Program استفاده می‌کند که در آن بر روی ده هدف درمانی کار می‌شود، رویکرد انگیزشی را اتخاذ می‌کند، چندین دیدگاه نظری را ادغام می‌کند، از روش‌های درمانی استفاده می‌کند که اثربخشی حداکثر آنها برای درمان متجاوزین جنسی نشان داده شده است، و رویکردهای توانبخشی مدرن را بکار می‌گیرد.

برنامه خدمات روانشناختی راکوود بر موضوعاتی مانند اشکال در پذیرش مسئولیت، فقدان همدلی، نقص در مهارت‌های مقابله‌ای، عزت نفس پایین، باورها و ادراک‌های مختل، صمیمیت نابسند و ناکافی، تنهایی از نظر عاطفی، سبک‌های دل‌بستگی ضعیف، نقص‌های اجتماعی کلی مختلف، علایق متجاوز جنسی و چگونگی رسیدن به یک زندگی رضایت‌بخش بیشتر و کامل‌تر یعنی مدل خوب زندگی کردن یا Good lives Model متمرکز است که در آن به ابعاد مختلفی از جمله معنویت توجه می‌شود و همچنین علایق و توانایی‌های متجاوز جنسی در نظر گرفته می‌شود.

زندگی متجاوزین جنسی اغلب مختل، بهم ریخته، ساخت نیافته و مغشوش است. تاکید رویکردهای توانبخشی مدرن برای متجاوزین جنسی مانند مدل زندگی خوب بر اهداف کل نگر مثل کمک کردن به متجاوزین جنسی برای زندگی کردن رضایت بخش تر و زندگی واقعی است، نه صرفاً آموزش به آنها برای اجتناب از خطر تجاوز جنسی.

مدل زندگی خوب بر اساس یازده مورد زندگی (Life)، دانش (Knowledge)، برتری در بازی (Excellence in play)، برتری در کار (Excellence in work)، برتری در کارآمدی / کارایی / بهره‌وری (Excellence in agency)، آرامش درونی (Inner peace)، ارتباط (Relatedness)،



جامعه (Community)، معنویت (Spirituality)، لذت بردن (Pleasure) و خلاقیت (Creativity) تعریف می‌شود.

مدل زندگی خوب تجدید نظر شده و بسط داده شده، تحت عنوان مدل جامع زندگی خوب Good Lives Model-Comprehensive (GLM-C) نامیده شده و برای مطرح ساختن این واقعیت است که این مدل، رویکردی جامع تر و منظم تر را برای توانبخشی متجاوزین جنسی ارائه دهد. برنامه خدمات روانشناختی راکوود در چندین زندان فدرال کانادا بر روی متجاوزین جنسی دارای اختلال روانی اجرا شده است. خدمات روانشناختی راکوود، مشاوره در مورد مسائل متجاوزین جنسی را در بیش از ۲۵ کشور در سراسر جهان فراهم نموده‌اند.

امید است با اجرایی ساختن برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی، بویژه در کانون‌های اصلاح و تربیت، مراکز خدمات تأدیبی و زندان‌ها، بتوان اثربخشی آن را بر روی این جمعیت در ایران گزارش نمود و جهت‌گیری‌های درمانی آینده را به سمت بهبود کیفیت ارزیابی‌های نتایج و پیامد این روش درمانی پیش برد.

**مؤلفین**

۱۳۹۴ شمسی



## فهرست

۱۵	تعریف جنسیت
۱۵	بهداشت جنسی
۱۶	انحراف جنسی
۱۶	تجاوز جنسی
۱۸	دیدگاه قرآن کریم و دین اسلام
۳۲	تاریخچه تجاوز جنسی
۳۵	انواع تجاوز جنسی
۳۷	- بر حسب میزان آشنایی متجاوز با قربانی
۳۸	تجاوز زناشویی (تجاوز زوجی)
۳۹	تجاوز خاکستری
۴۰	پژوهش‌های انجام شده
۴۲	استرالیا
۴۲	کامبوج
۴۳	کانادا
۴۳	جمهوری دموکراتیک کنگو
۴۴	آفریقای جنوبی
۴۵	انگلستان
۴۵	آمریکا
۴۸	تصورات غلط در رابطه با تجاوز جنسی
۵۰	ویژگی‌های متجاوزین جنسی
۵۱	انگیزه‌های متجاوزین جنسی
۵۳	ویژگی زنان قربانی تجاوز جنسی
۵۴	شگردها و ترفندهای متجاوزین جنسی
۵۷	علل تجاوز جنسی
۵۷	- علل روانشناختی
۵۸	- علل فرهنگی

۶۰	..... علل اجتماعی
۶۰	..... علل خانوادگی
۶۲	..... علل حقوقی
۶۳	..... علل سیاسی
۶۷	..... علل اقتصادی
۶۷	..... نظریه‌های مربوط به نقش قربانی در وقوع تجاوز جنسی
۶۸	..... الف) تئوری سبک زندگی (شیوه زیستن)
۶۸	..... ب) تئوری اعمال روزمره
۶۹	..... مقصر دانستن قربانی
۷۲	..... پیامدهای تجاوز جنسی
۷۷	..... راهبردهای پیشگیری، درمان و مقابله
۷۸	..... ۱- راهبردهای فرهنگی
۸۰	..... ۲- راهبردهای اجتماعی
۸۰	..... ۳- راهبردهای فقهی حقوقی
۸۲	..... ۴- راهکارهای توانبخشی و بازتوانی
۸۴	..... توصیه‌های ایمنی برای پیشگیری تجاوز جنسی به زنان و دختران
۸۵	..... رویکردهای درمانی برای متجاوزین جنسی
۱۰۷	..... برنامه خدمات روانشناختی راکوود
۱۱۰	..... برنامه خودتنظیمی
۱۱۰	..... حس کارآمدی/کارایی/بهره‌وری
۱۱۱	..... همدلی کلی
۱۱۱	..... نگرش‌های جامعه‌پسند
۱۱۱	..... سبک‌ها/مهارت‌های مقابله‌ای مناسب
۱۱۲	..... مهارت‌های صمیمیت مناسب
۱۱۲	..... عزت نفس مثبت
۱۱۳	..... خودتنظیمی کلی خوب
۱۱۳	..... خودتنظیمی جنسی خوب
۱۱۴	..... درک عوامل خطر
۱۱۴	..... کیفیت برنامه‌های آینده
۱۱۶	..... مدل مراحل تغییر رفتار و فرایندهای تغییر

۱۱۹	مدل مرحله‌ای همدلی
۱۱۹	فرایند همدلانه
۱۲۰	مدل پیشنهادی مسیر مشکلات همدلی
۱۲۰	درمان مشکلات همدلی
۱۲۱	معدرت خواهی
۱۲۲	مهارت‌های خود آگاهی و پذیرش خود
۱۳۳	مدل زندگی خوب
۱۳۵	مدل جامع زندگی خوب
۱۳۸	استفاده از اقدامات مبتنی بر شواهد
۱۴۵	مدل یکپارچه درمان متجاوزین جنسی
۱۴۶	برنامه مدیریت و نظارت متجاوز جنسی ایندیانا
۱۵۰	سنجش فرایند اجرای برنامه‌ها/راهبردها و رویکردهای جامع برای متجاوزین جنسی
۱۵۱	سنجش نتایج/پیامدهای اجرای برنامه‌ها/راهبردها، و رویکردهای جامع برای متجاوزین جنسی
۱۵۲	منابع حمایتی مرتبط با برنامه‌ها/راهبردها و رویکردهای جامع برای متجاوزین جنسی در امریکا
۱۵۳	منابع



### تعریف جنسیت

جنسیت، مفهومی جامعه‌شناختی است و با واژه جنس، متفاوت است؛ چون جنسیت، زنان و مردان را بیش از طبقه‌بندی طبیعی آنها، از نظر اجتماعی طبقه‌بندی می‌کند و افزون بر آن، بر تقسیم‌بندی زنان و مردان و روابط سلسله‌مراتبی بین آنها تأکید می‌نماید. اصطلاح جنسیت فقط زمانی استفاده می‌شود که به جنبه‌های اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی مربوط به زنان و مردان توجه شود. تفکیک جنسیتی به عبارتی تفکیک هویت‌های زن و مرد و محیط کار آنها است. مغز نقش محوری را در تظاهر رفتارهای جنسی انسان بر عهده دارد. نحوه‌ای که فرد درباره‌ی مسایل جنسی به تفکر و تجسم می‌پردازد، چگونگی رفتار جنسی او را در عالم واقعیت تحت تاثیر قرار می‌دهد و متقابلاً نوع رفتار جنسی هم می‌تواند در نوع و محتوای تخیلات جنسی تاثیر گذار باشد. رضایت و عدم رضایت زناشویی در تعیین موضوع تخیلات جنسی موثر است.

### بهداشت جنسی

بهداشت جنسی دانشی است که بطور کلی در امور جنسی صحبت می‌کند. امروزه عوارض ناشی از عدم آگاهی به مسائلی مانند عدم رعایت تنظیم خانواده، عدم رعایت بهداشت در مسائل جنسی، شیوع بیماری‌های مقاربتی و شیوع بیماری مهلک ایدز که هزینه مادی و

معنوی جبران ناپذیری بر اجتماع وارد می‌کند، ضرورت آموزش بهداشت در مسائل جنسی را بیش از پیش آشکار کرده است. این آموزش باید شامل تمام سنین بشود. چرا که فراگیری مسایل جنسی یک امر ضروری است که می‌تواند از انحراف‌های اخلاقی جلوگیری کند.

### انحراف جنسی

عرصه جنسیت و رفتار جنسی به خاطر پیشینه تاریخی، فرهنگی، مذهبی و شرعی که دارد، به صورت یک تابو درآمده است و صحبت کردن و نوشتن در مورد آن کار چندان ساده ای نیست. در فرهنگ واژه‌ها، انحراف جنسی به معنی کسب لذت یا ارضای جنسی از راه‌های ناسازگارانه و غیر عادی است. برای ارائه یک تعریف جامع و مانع از انحراف جنسی، ضابطه‌ای دقیق و جهانی در دست نیست. در این زمینه جامعه شناسان، زیست‌شناسان، علمای علم اخلاق، روانشناسان و روانپزشکان با یکدیگر توافق کامل و کلی ندارند. جامعه شناسان چنانچه لذت یا ارضای جنسی مورد قبول و تایید جامعه نباشد آن را انحراف می‌دانند. زیست‌شناسان در روابط جنسی فقط به تولید مثل و بقای نوع توجه دارند و هرگونه آمیزش جنسی که در راه نیل به آن نباشد، از نظر آنها انحراف محسوب خواهد شد. علمای علم اخلاق به هر نوع ارضای جنسی که مورد نکوهش قرار گیرد، و بلافاصله به فرد ندامت دست دهد انحراف جنسی می‌گویند. از نظر روانشناسان انحراف جنسی عبارت است از عملی که به منظور ارضای تمایلات جنسی انجام می‌گیرد ولی این عمل برخلاف عرف معمول بوده و اکثریت مردم به انجام آن عمل همگامی ندارند.

### تجاوز جنسی

تعاریف گوناگونی برای تجاوز جنسی در اقصی نقاط دنیا و نیز برهه های مختلف تاریخی ارائه شده است. تجاوز جنسی، اصطلاحی در پزشکی قانونی و جرم شناسی جنسی است. تجاوز جنسی در حقیقت تنها یک حمله فیزیکی و جنسی نیست؛ بلکه در عین حال حمله معنوی و



حمله به شأن انسان است که در آن قربانی از حق خود محروم می‌گردد. این خشونت، هر چند همیشه قتل را به همراه ندارد، عموماً تهدید به قتل را به همراه دارد.

تعریف تجاوز، در بسیاری متون قضایی، آمیزش (مقاربت) جنسی و یا انواع دیگر روابط جنسی است که بدون رضایت فرد قربانی، از سوی شخص متجاوز بر او تحمیل می‌شود. تجاوز به معنای ظلم و تعدی می‌باشد، در لغت‌نامه دهخدا، یکی از معانی این مفهوم، تخطی، تعدی، بیرون شدن از حد، حق و عدل می‌باشد. تجاوز به عنف نوعی رفتار خشن و تحقیرآمیز است که از طریق اعمال جنسی و برای ابراز قدرت و خشم صورت می‌گیرد؛ در چنین مواردی، رابطه جنسی به ندرت موضوع اصلی می‌باشد و در اکثر موارد مسائل جنسی در خدمت نیازهای غیر جنسی در می‌آیند. تجاوز جنسی به جرمی اطلاق می‌گردد که در آن قربانی بر خلاف میل و اراده اش مجبور به برقراری رابطه جنسی تحمیلی با فرد متجاوز می‌گردد.

سازمان ملل متحد تجاوز را تحت عنوان مقاربت جنسی بدون رضایت تعریف می‌کند. سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۰۲ تعریف "نفوذ به مقعد و یا وولوا (vulva) همراه با اعمال زور و تحت اجبار، بوسیله آلت جنسی مردانه، سایر اندام‌های بدن و یا یک شیء" را ارائه داده است. بعضی جوامع همچون آلمان، تعاریف جامع‌تری را بکار می‌برند که در آنها، الزامی برای مقاربت در تجاوز نیست و دادگاه جنایی بین‌المللی برای رواندا ۱۹۹۸، تجاوز (rape) را تجاوز فیزیکی با ماهیت جنسی، که به یک شخص تحت اجبار اعمال می‌شود، تعریف می‌کند. در بعضی متون قضایی اصطلاح تجاوز (rape) با اصطلاحاتی همچون رفتار خشونت‌آمیز جنسی و یا رفتار جنایت‌آمیز جنسی، جایگزین شده است. اما بسیاری از متون قضایی و کشورهای، تجاوز را هم چنان آن دسته از اعمالی می‌دانند که شامل نفوذ آلت مردانه به واژن و سایر رفتارهای جنسی مرتبط، همراه با اعمال خشونت جنسی باشد. در برزیل قانون، تجاوز جنسی را، سکس‌واژینال بدون رضایت فرد تعریف می‌کند؛ بنابراین، تجاوز به مرد، تجاوز آنال (مقعدی) و تجاوز اورال (دهانی)، مشمول این تعریف نمی‌شوند.

اف بی ای (FBI) در گزارش جنایی سالانه تعریف زیر را برای تجاوز جنسی مطرح نموده است: ارضای جنسی زن با اعمال زور و برخلاف میل او. در این تعریف، تجاوز، مقاربت (شامل نفوذ به واژن یا مقعد و یا دهان توسط آلت تناسلی مرد یا سایر اندام‌های بدن و یا یک شیء)، با اجبار و عدم رضایت زن تفسیر می‌شود.

### دیدگاه قرآن کریم و دین اسلام

خداوند در قرآن کریم راهبردهایی را برای تأمین بهداشت روانی ذکر نموده است (دادفر، ۱۳۷۶، رضانی فرانی، عمادی و عاطف وحید، ۱۳۸۰، دادفر، ۱۳۸۳، عاطف وحید، ۱۳۸۳، رضانی فرانی و دادفر، ۱۳۸۴، رضانی فرانی، کاظمی، کولیوند، دادفر و بهرامی، ۱۳۹۳، کولیوند، دادفر، بهرامی، سیف و قاسمی، ۱۳۹۴، دادفر، نصر اصفهانی، عاطف وحید و کولیوند، ۱۳۹۴، بهرامی، دادفر، آنته غیر، زارغان و علیلو، ۲۰۱۵). قرآن کریم موضوع زنا، تجاوز جنسی، لواط و مساحقه را مورد نکوهش قرار می‌دهد و برای آنها احکام کیفری صادر نموده است. اکثریت قریب به اتفاق علمای مسلمان بر این باورند که زنی که مجبور یا اکراه به رابطه جنسی شده باشد، شامل کیفر و حد نمی‌شود و گناهی متوجه او نیست؛ اما کیفر کسی که به زنی تجاوز کند، اعدام است. در دین اسلام برای چنین عملی، مجازات بسیار سنگینی تعیین شده است. لحن احادیث نیز در این خصوص بسیار جدی و قاطع است. در وسائل الشیعه، شش حدیث معتبر در این خصوص نقل شده است، چهار حدیث تصریح می‌کند که متجاوز (مجرد یا متأهل) باید کشته شود. مطابق دو حدیث، باید یک ضربت شمشیر به متجاوز بزنند، چه بمیرد چه زنده بماند. قرآن در سوره احزاب، آیه ۳۲ از افراد هرزه به عنوان بیماردلان یاد می‌کند و می‌فرماید: «صدایتان را موقع حرف زدن با نامحرمان نازک نکنید تا مبادا بیماردلان در شما طمع کنند». بررسی نگاه قرآن به عمل زشت «زنا» و تعابیری که قرآن کریم درباره این گناه بزرگ به کار برده است، بی‌گمان زمینه را برای درک بهتر حدود و کیفرهایی که در فقه

جزا برای اقسام زنا بیان شده است، فراهم می‌کند و رویکرد قرآن و اسلام را در تشریح مجازات‌هایی چون تازیانه، سنگسار و قتل تبیین می‌کند و چارچوب‌های نظام حقوق کیفری را ارائه می‌دهد. هر چند در قرآن کریم از حد سنگسار برای زنانی محصنه سخن به میان نیامده و حد رجم در فقه جزا براساس روایات مستفیض (نزدیک به تواتر) و بلکه متواتر ثابت شده است (فاضل لنکرانی، ۱۴۲۲)، اما در هفت آیه قرآن به عمل زشت «زنا» به طور کلی اشاره شده و علاوه بر بیان نگرش قرآن به «زنا» برخی احکام و کیفرهای آن نیز مطرح شده است. این آیات عبارت است از آیات ۱۵ و ۱۶ سوره نساء، آیه ۳۲ سوره اسراء، آیات ۲ و ۳ سوره نور، آیه ۶۸ سوره فرقان و آیه ۱۲ سوره ممتحنه. به بیان فاضل مقداد، پانصد آیه از قرآن در بردارنده احکام فقهی‌اند که از آنها به «آیات الاحکام» یا «احکام القرآن» تعبیر شده است. البته تا نصف و نیز تا دو برابر این آیات را نیز در زمره آیات الاحکام برشمرده‌اند. در میان شیعه و سنی کتب بسیاری در خصوص آیات الاحکام نوشته شده است. در میان آیات مورد بحث تعداد انگشت شماری به احکام کیفری مربوط می‌شوند. قرآن فقط از مجازات‌های چهار جرم زنا، سرقت، محاربه و قذف سخن به میان آورده است که مجموع آیات آنها به حدود ده آیه می‌رسد (محقق داماد، ۱۳۸۵).

در قرآن مجید در چند آیه واژه «زنا» یا کلمه‌ای از این ریشه آمده است: فرقان، ۶۸؛ ممتحنه: ۱۲؛ اسراء: ۲۳؛ نور: ۲-۳. در چند آیه نیز کلمه «فحشا» یا «فاحشه» یا «فواحش» آمده است که چه بسا از دیدگاه مفسران در بسیاری موارد به همین اعمال منافی عفت اشاره دارد: بقره: ۱۶۹ و ۲۶۸؛ اعراف: ۲۸، ۳۳ و ۸۰؛ یوسف: ۲۴؛ نحل: ۹۰؛ نور: ۱۹ و ۲۱؛ عنکبوت: ۲۸ و ۴۵؛ آل عمران: ۱۳۵؛ نساء: ۱۹، ۲۲، ۱۶، ۱۵ و ۲۵؛ نمل: ۵۴؛ احزاب: ۳۰؛ طلاق: ۱؛ انعام: ۱۵۱؛ شوری: ۳۷؛ نجم: ۳۲. مشتقات «فجور» نیز در قرآن آمده ولی به هیچ وجه به معنای زنا یا تنها اعمال منافی عفت نیست. فجور در مقابل تقوا قرار دارد: شمس: ۸؛ صاد: ۲۸ و گاهی فاجران در مقابل ابرار دسته بندی شده‌اند: انفطار: ۱۴. با این همه تمام آیاتی هم که بر اعمال منافی عفت

تطبیق شده، در ذیل اصطلاح «آیات الاحکام» یا احکام قرآن در معنای خاص آن نمی‌گنجند. غالب مفسران تنها چهار آیه را در ذیل بحث آیات الاحکام زنا آورده‌اند که از این میان سه آیه صراحتاً مبین حکم مجازات است و یک آیه دست کم در ظاهر صراحتی ندارد بلکه با استفاده از یک تفسیر تاریخی، این آیه نیز جزء آیات احکام طبقه بندی شده است. به جز این آیه، گاه آیات الاحکام نویسان از آیه‌های دیگری نیز چنین استفاده‌ای کرده‌اند، گرچه الفاظ آن آیات هیچ صراحتی ندارد مانند مؤمن: ۸۴ و ۸۵؛ ق: ۱۲؛ فرقان: ۳۸؛ صاد: ۴۴. در سوره نور آیه ۲ قرآن می‌فرماید: *الزَّانِيَةُ وَالزَّانِي فَاجْلِدُوا كُلَّ وَاحِدٍ مِّنْهُمَا مِائَةَ جَلْدَةٍ...*. در این آیه تصریح به زن و مرد زنا کار شده است و قطعاً حکم هر دو طرف را شامل می‌شود. همچنین از ظاهر آیه به دست می‌آید که این حکم، هم زنای محصنه و هم زنای غیر محصنه را شامل می‌شود. در سوره نساء آیه ۱۵ قرآن می‌فرماید: *وَاللَّاتِي يَأْتِيَنَّكَ الْفَاحِشَةُ مِنْ نِسَائِكُمْ فَاسْتَشْهِدُوا عَلَيْهِنَّ أَرْبَعَةً مِّنْكُمْ فَإِنْ شَهِدُوا فَأَمْسِكُوهُنَّ فِي الْبُيُوتِ حَتَّىٰ يَتَوَقَّأَهُنَّ الْمَوْتُ أَوْ يَجْعَلَ اللَّهُ لَهُنَّ سَبِيلًا* از قید «اللَّاتِي» به دست می‌آید که این حکم مخصوص زنان است. کلمه «الْفَاحِشَةُ» نیز بر موارد بسیاری از گناهان صدق می‌کند، اما با توجه به قید «مِنْ نِسَائِكُمْ» همه موارد از دلالت آن خارج می‌شوند جز زنا و عمل سحقی، که البته بیشتر مفسران این کلمه در این آیه را دلالت کننده بر زنا می‌دانند (علامه طباطبایی، ۱۴۱۷). در این آیه دو حکم برای زناکار بیان شده است: الف. «فَأَمْسِكُوهُنَّ فِي الْبُيُوتِ حَتَّىٰ يَتَوَقَّأَهُنَّ الْمَوْتُ» که دلالت بر حبس ابد دارد. البته این حبس باید در خانه باشد. ب. «حَتَّىٰ يَجْعَلَ اللَّهُ لَهُنَّ سَبِيلًا» از این تعبیر استفاده می‌شود که این حکم، یک حکم موقت بوده، و از همان آغاز اعلام شده است که در آینده (پس از آماده شدن محیط و افکار) حکم جدیدی در باره آنها نازل خواهد شد، و در آن موقع زنانی که مشمول این قانون شده‌اند، و هنوز در قید حیات هستند، طبعاً از زندان آزاد خواهند شد، و مجازات دیگری نیز در مورد آنها عملی نخواهد گردید، آزادی آنها از زندان بخاطر الغای حکم سابق است، و اما عدم اجرای مجازات جدید در باره آنها بخاطر این است که قانون

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۲۱

مجازات شامل مواردی که قبل از آمدن قانون انجام نمی‌گردد، و به این ترتیب قانون آینده هرچه باشد راهی برای نجات این زندانیان است، ولی البته این قانون جدید شامل حال تمام کسانی که در آینده مرتکب جرم می‌شوند خواهد بود (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴). در سوره نساء آیه ۱۶ قرآن می‌فرماید: وَاللَّذَانِ يَأْتِيَانِيهَا مِنْكُمْ فَأَذُوهُمَا فَإِن تَابَا وَأَصْلَحَا فَأَعْرَضُوا عَنْهُمَا إِنَّ اللَّهَ كَانَ تَوَّابًا رَّحِيمًا. در سوره اسری آیه ۳۲ قرآن می‌فرماید: و نزدیک مشوید به عمل زنا که همانا آن کار زشتی است و بد راهی است به ارضای میل جنسی. در سوره یوسف آیه ۲۴ قرآن می‌فرماید: وَلَقَدْ هَمَّتْ بِهٍ وَهَمَّ بِهَا لَوْلَا أَن رَأَى بُرْهَانَ رَبِّهِ كَذَلِكَ لِنَصْرِفَ عَنْهُ السُّوءَ وَالْفَحْشَاءَ إِنَّهُ مِن عِبَادِنَا الْمُخْلَصِينَ (و در آویخت زلیخا به یوسف برای کام خود و در آویخت یوسف به آن زن برای دفع از خود. اگر نمی‌دید یوسف دلیل روشن پروردگار خود را انجام می‌داد آنچه را که انجام نداد. اینطور کردیم تا برگردانیم از یوسف بدی و زشتی را چون که یوسف از جمله بندگان خالص ما بود). امام صادق (ع) فرمودند: مراد از سوء در این آیه عمل زنا است. در سوره فرقان آیه‌های ۶۸-۶۷ قرآن می‌فرماید: و زنا نمی‌کنند و هر کس چنین کند، مجازات سختی خواهد دید، عذاب او در قیامت مضاعف می‌گردد، و همیشه با خواری در آن خواهد ماند. در سوره مؤمنون نیز کسانی را که از غیر راه شرعی ارضای غریزه جنسی خود نماید او را متجاوز می‌نامد: وَ أَنهَا كِه دَامَان خُود رَا (از آلوده شدن به بی‌عفتی) حفظ می‌کنند، تنها آمیزش جنسی با همسران و کنیزانشان دارند، که در بهره‌گیری از آنان ملامت نمی‌شوند، و کسانی که غیر از این طریق را طلب کنند، تجاوزگرند. در سوره مائده آیه ۸۷ قرآن می‌فرماید: ای کسانی که ایمان آورده‌اید. طیبات را که خداوند برای شما حلال کرده است، حرام نکنید و از حد، تجاوز ننمایید زیرا خداوند متجاوزان را دوست نمی‌دارد. در سوره اعراف آیه ۵۷ قرآن می‌فرماید: طیبات را برای آنها حلال می‌شمرد، و ناپاکی‌ها را تحریم می‌کند.

قرآن کریم درباره زنا تعبیرهایی دارد. بیشتر آیاتی که اشاره شد، یا از زنا نهی کرده و حرام بودن این کار زشت را بیان کرده و یا حدود کیفر زنا را اعلام کرده است و بیشتر

رویکرد فقهی دارد و از سنخ آیات الاحکام به شمار می‌رود. تنها در آیه ۳۲ سوره اسرا ضمن نهی از زنا، فلسفه تحریم و نگرش قرآن به آن بیان شده است. البته تحریم و نهی از زنا در قرآن به تنهایی نشان دهنده نگاه و نگرش قرآن به زنا می‌باشد اما در آیه ۳۲ سوره اسرا این نگاه با تفصیل بیشتری بیان شده است. پرواضح است این که در قرآن کریم حتی به اندازه شراب توضیح و تفصیل درباره زنا داده نشده به دلیل بدیهی بودن قبح و زشتی آن است. در عین حال به دلایلی چون آماده نبودن زمینه و مصالحی مانند آن، حکم تازیانه درباره زناکاران در اواخر عمر پیامبر (ص) نازل و بعد از رحلت آن حضرت در میان مسلمانان جاری شد (علامه طباطبایی، ۱۴۱۷). قرآن کریم در آیه ۳۲ سوره اسرا می‌فرماید: «ولانقریبا الزنا انه کان فاحشه و ساء سیلا»: و نزدیک زنا نشوید که کار بسیار زشت و بدراهی است. روشن است که زنا آمیزش آگاهانه با بیگانه و خارج از چارچوب مقررات شرعی است (طبرسی، ۱۳۸۰). قرآن در این آیه چند نکته را نسبت به زنا بیان کرده است. نکته اول آن است که فرموده: به زنا نزدیک نشوید. در هیچ آیه دیگری چنین تعبیری نسبت به زنا نیامده و تنها در این آیه به جای نهی از زنا، نهی از نزدیک شدن به زنا آمده است. این تعبیر علاوه بر این که بیانگر شدت شناخت و زشتی عمل زناست، به مقدمات زنا هم اشاره و از آن‌ها نهی می‌کند؛ مقدماتی مانند چشم چرانی، بی‌حجابی، دیدن فیلم‌های مستهجن، خلوت با نامحرم و مانند این‌ها که انسان را به تدریج به وادی زنا می‌کشاند حتی می‌توان سخت‌گیری‌های بی‌مورد در امر ازدواج و ترک ازدواج از سوی جوانان را از جمله عوامل «قرب به زنا» برشمرد که همه این‌ها در یک جمله نهی شده و در روایات احکام هر یک به طور جداگانه آمده است (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴). نکته دوم این که، زنا با تاکید عمل بسیار زشت و شنیع توصیف شده است «انه کان فاحشه» این جمله مشتمل بر سه تاکید «ان»، فعل ماضی «کان» و تعبیر «فاحشه» است که عظمت این گناه را بیشتر آشکار می‌کند (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴). واژه «فاحشه» در اصل به معنای کار و یا گفتار بسیار زشت است که در قرآن ۱۳ بار آمده و بر عمل شنیع زنا و لواط و مساحقه اطلاق شده

است (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴). کلمه «کان» که فعل ماضی است و دلالت بر زمان گذشته دارد نشان می‌دهد این کار در جاهلیت هم زشت و ظالمانه بوده است (طبرسی، ۱۳۸۰). نکته سومی که در آیه مطرح شده آن است که فرموده: راه زنا بد راهی است (ساء سییلا) این جمله بیان گر این واقعیت است که این عمل راهی به مفاسد دیگر در جامعه می‌گشاید (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴). علاوه بر این خود مفاسد بسیاری دارد مانند این که اگر زنا رواج یابد و کودکان از پدران و مادران ناشناخته و زشتکار متولد شوند، نسبت‌ها و پیوندها گسسته می‌شود، مقررات ارث بیهوده جلوه می‌کند، صله رحم و پیوند با نزدیکان و همچنین رعایت حقوق و حرمت پدر و مادر و فرزندان بی‌ثمر می‌شود. چنان که در حدیثی امیرمومنان (ع) از پیامبر (ص) نقل کرده است که می‌فرمایند: در زنا شش پیامد زیان بار است که سه اثر آن در دنیا گریبان انسان را می‌گیرد و سه اثر دیگرش در آخرت. اما سه پیامد شومی که در دنیا دامن گیر زنا کار می‌شود، آن است که، صفا و نورانیت را از انسان می‌گیرد، روزی را قطع می‌کند و نابودی انسان‌ها را سرعت می‌بخشد و اما سه پیامد زنا در آخرت عبارت است از: خشم خدا، سختی حساب و ورود در آتش و یا ماندگاری در آن (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴). پیشتر عنوان شد که در قرآن حکم رجم برای زنای محصنه نیامده است اما در آیه ۱۵ سوره نساء به نظر بسیاری از مفسران، از زنای زنان شوهردار و حکم آن سخن گفته شده است. در این آیه خداوند فرموده است: «واللاتی یاتین الفاحشه من نساءکم فاستشهدوا علیهن اربعه منکم فان شهدوا فامسکوهن فی البیوت حتی یتوفیهن الموت او یجعل الله لهن سییلا»: و کسانی از زنان شما که مرتکب زنا شوند چهار نفر از مسلمانان را به عنوان شاهد بر آن‌ها بطلبید اگر گواهی دادند آنان (زنان) را در خانه‌های (خود) نگاه دارید تا مرگشان فرا رسد یا این که خداوند راهی برای آن‌ها قرار دهد.» به نوشته تفسیر نمونه، اغلب مفسران این آیه را درباره مجازات زنان شوهردار دانسته اند و این بخش از آیه که می‌فرماید: «واللاتی یاتین الفاحشه من نساءکم» را اشاره به زنای محصنه دانسته اند (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴). در این آیه هم به نحوه اثبات زنای محصنه زنان اشاره و هم

مجازات آن بیان شده است. شهادت چهار شاهد بر وقوع زنا راه اثبات آن و حبس ابد در خانه به عنوان مجازات مطرح شده است. به نوشته علامه طباطبایی از آن جا که این آیه مجازات حبس ابد زنان را بر شهادت چهار شاهد بر صدور عمل فاحشه از زن مترتب کرده است، شهادت چهار شاهد موضوعیت دارد و در صورتی که شهود شهادت ندهند، حکم حبس صادر نمی‌شود هر چند حاکم اسلامی یقین به صدور آن داشته باشد و این خود یکی از منت‌های خدای سبحان بر امت اسلام است (علامه طباطبایی، ۱۴۱۷). ایشان همچنین از این بخش از آیه که می‌فرماید: «حتی یتوفیهن الموت» حبس ابد و دائمی مجازات را استنباط کرده و حبس در خانه را آسان گرفتن کار بر مسلمانان شمرده است. به گفته علامه این که خداوند نفرموده حبس ابد در زندان بلکه مجازات حبس ابد در خانه را برای زنای محصنه زنان مقرر کرده است، خود شاهد دیگری بر آسان گرفتن کار بر مسلمانان است. این آیه دلالت دارد که مجازات حبس ابد، موقت است و دائمی نیست. آن جا که می‌فرماید: «او یجعل الله لهن سیبلاً». بر طبق یک تقسیم بندی، آیات احکام قرآن در مورد زنا دو دسته‌اند: آیاتی که به گناه بودن زنا و مجازات اخروی آن اشاره دارند، و آیاتی که به جنبه‌های اجتماعی و حیثیت جرم بودن و مجازات دنیوی این عمل می‌پردازند. (الف) زنا گناهی است با مجازات اخروی. این دسته آیات غالباً مکی‌اند، یعنی پیش از آنکه پیامبر (ص) در مدینه تشکیل حکومت دهد نازل شده‌اند. برخی از این آیات نیز مدنی‌اند که مربوط به اوایل حضور پیامبر در مدینه‌اند. طبیعتاً در آیات مکی سخنی از مجازات دنیوی نیست، چون اعمال مجازات مستلزم وجود حکومت است، اما پیامبر در مکه قدرت و حکومتی نداشته است. و عباد الرحمن... الذین لا یدعون مع الله الها اخر و لا یقتلون النفس التي حرم الله الا بالحق و لا یزنون و من یفعل ذلک یلق اثمًا، یضاعف له العذاب یوم القیامه و یخلد فیہ مهانًا؛ الا من اب و آمن و عمل عملاً صالحًا، فاولئک یدل الله سیئاتهم حسنات... «و بندگان رحمان آنان‌اند... که با خدای یکتا، خدای دیگر نخوانند و کسی را که خداوند کشتن وی را حرام کرده نکشند مگر به حق، و زنا نکنند، و هر که این کارها



کند کیفر بزه خویش ببیند. عذاب او به روز رستاخیز دو چندان شود و در آن عذاب به خواری جاویدان باشد. مگر کسانی که توبه کنند و ایمان آورند و کار نیک و شایسته کنند؛ پس اینانند که خداوند بدی‌هاشان را به نیکی‌ها مبدل گرداند...». در این آیات، زنا در ردیف دو جرم بزرگ قتل و شرک آمده و ویژگی دو دسته از افراد بیان شده است: عباد رحمان و عباد شیطان. از فحوای آیات کاملاً هویدا است که این آیات در صدد بیان زنای کافران است و چنانکه از گزارش‌های تاریخی و نیز روایات دینی بر می‌آید، زنان ایشان زناکار حرفه‌ای بودند و مردانشان نیز زنان و کنیزکان خود را برای کسب درآمد در اختیار دیگران می‌گذاشتند. قرائنی این برداشت را تأیید می‌کند: الف- یضاعف له العذاب؛ اگر زنا مربوط به فرد مسلمان باشد مضاعف شدن عذاب بی‌معناست، چرا که وی به دلیل گناهش یک بار مجازات می‌شود. در اینجا مضاعف شدن عذاب به این معناست که ایشان افزون بر مجازات کفرشان، به دلیل ارتکاب این گناهان نیز مجازات می‌شوند. ب- یخلد فیه مهانا؛ بر اساس مسلمات کلام اسلامی، مسلمان هیچ‌گاه مخلد در دوزخ نمی‌شوند، بلکه خلود در آتش مخصوص کافران است. ج- الا من تاب و آمن؛ از این بخش آیه روشن می‌شود که ایشان تاکنون ایمان نداشته‌اند، در حالی که انسان مسلمان هیچ‌گاه با ارتکاب گناه - هر چند بزرگ باشد- از ایمان خارج نمی‌شود و هیچ فرقه‌ای از مسلمانان مرتکب چنین کبیره‌ای را بی‌ایمان نمی‌دانند مگر خوارج. با توجه به این بیان، بخش پایانی آیات مورد بحث نیز وضوح بیشتری می‌یابد: یدل الله سیئاتهم حسنات. خدا پس از ایمان آوردن کافران، گناهان پیشین ایشان را تبدیل به نیکی و حسنه می‌گرداند. و لا تقربوا الزنی، انه کان فاحشاً سبیلاً. «و گرد زنا مگردید، که آن کاری زشت و راهی بد است». این آیه ادامه‌آیاتی است که در آن احکام عالی اسلامی به مثابه یک منشور بیان شده است، چنانکه ده فرمان موسی نیز چنین است. در این آیات، خداوند اصول کلی مسلمان شده را فراروی کافران قرار داده است؛ ایشان اگر می‌خواهند مسلمان شوند باید این اصول را رعایت کنند: جز خدا را نپرستند، به پدر و مادر نیکی کنند، حق خویشاوندان و

بینوایان را بدهند، فرزندان خویش را نکشند، زنا نکنند، قتل نکنند و پس این آیات نیز خطاب به کافران است. یا ایها النبیّ اذا جائک المؤمنات یبایعنک علی ان لا یشرکن بالله شیئا و لا یسرقن و لا یزنین و لا یقتلن اولادهن... فبایعهن... «ای پیامبر، هرگاه زنان مؤمن نزد تو آیند که با تو بیعت کنند بر این شرط که چیزی را با خدا شریک نسازند و دزدی نکنند و فرزندان خود را نکشند. پس با آنها بیعت کن...». در این آیات نیز زنا در کنار شرک، قتل نفس و قتل اولاد آمده است و مراد همان اشتغال به زنا در دوران جاهلیت است. گرچه در صدر آیه «مؤمنات» مورد خطاب قرار گرفته‌اند، اما این «ایمان» به قرینه مشارفت است، یعنی کسانی که در شرف و آستانه ایمان آوردن هستند و به نزد پیامبر آمده‌اند تا ایمان بیاورند باید در ضمن بیعت به این اصول عالی اسلامی متعهد شوند. از مجموع این چند آیه چند نکته نتیجه گیری می‌شود: اول، در این آیات، زنا در کنار دو جرم بزرگ قتل و شرک قرار گرفته است. دوم، این آیات به کافران خطاب دارد و ایشان را قبل از ایمان آوردن، به اصول اسلام آشنا می‌کند. سوم، زناى مورد نظر، زناى حرفه‌ای است و به عادت زنان در دوران کفر و جاهلیت اشاره دارد نه زناى اتفاقی یعنی رابطه نامشروع میان یک مرد و زن (نه به خاطر حرفه). چهارم، مجازات مذکور در برخی آیات، مجازات اخروی است. ب) زنا جرمی است با مجازات دنیوی. پس از آنکه پیامبر در مدینه تشکیل حکومت داد، برای اداره حکومت به قانون نیاز داشت و از این رو آیاتی که مشتمل بر احکام اجتماعی بودند در این دوره نازل شدند. قریب به اتفاق آیات احکام اجتماعی مانند احکام حقوقی و کیفری و احوال شخصیه، در دوران ده ساله مدینه نازل شده‌اند. در خصوص زنا، چند آیه مطرح شده‌اند: و اللّاتى یأتین الفاحشة من نسائکم فاستشهدوا علیهم اربعة منکم فان شهدوا فامسکوهنّ فی البیوت حتّی یتوفّاهن الموت او یجعل الله لهنّ سبیلا. «و از زنان آنان که کار زشت کنند چهار تن مرد از خودتان بر آنها گواه خواهید؛ پس اگر گواهی دادند آنان را در خانه‌ها نگاه دارید تا مرگشان فرا رسد یا خداوند راهی برای آنها پدید

آورد». این آیه- و آیه بعد- از آیات پیچیده قرآن است که مباحثات پر دامنه‌ای را در تفاسیر و نیز کتب فقهی در پی داشته است. چند نکته در این آیه قابل ذکر است: الف- مراد از «فاحشه» در این آیه به اعتقاد بیشتر مفسران زناست و حتی عده‌ای در این باره ادعای اجماع کرده‌اند. با این همه برخی به دلیل اینکه این حکم فقط در مورد زنان است مساحقه را مورد نظر دانسته‌اند. طبرسی این قول را به ابو مسلم، تابعی و فقیه معروف سده اول، نسبت داده است. به نظر می‌رسد که بی تردید مراد از فاحشه عمل زناست و اینکه در این آیه فقط نسبت به زنان حکم داده شده به خاطر آن است که منظور از زنا در این آیه حرفه زناست و این حرفه لااقل در آن دوره از تاریخ از حرفه های زنانه بوده است. ب- درباره «نسائکم» بین مفسران بحث در گرفته است. دست کم سه مسئله در اینجا مورد بحث است: آیا مراد از «نسائکم» زنان مسلمان است یا غیر مسلمان هم داخل در آن است؟ آیا مراد زنان آزاد است یا کنیزان را هم در بر می‌گیرد؟ آیا فقط به زنان شوهر دار نظر دارد یا عموم زنان مورد نظر است؟ ابن عربی می‌نویسند: «در این باره بین مردمان اختلاف شده است. بیشتر صحابه می‌گویند مراد ازواج (زنان شوهردار) است، و دیگران می‌گویند مراد جنس نساء است». وی قول دوم را بر می‌گزیند. او در ادامه «من نسائکم» را بیان حال مؤمنات دانسته است. قرطبی نیز گفته است که آیه در بیان حال زنان مؤمنه است. فخر رازی، صاحب تفسیر کبیر، می‌نویسد: «مراد از قول خداوند- من نسائکم این است که در این عبارت چند وجه است: اول: مراد زوجات است... دوم: مراد حرائر یعنی زنان آزاد است... سوم: مراد زنان مؤمن است، و چهارم: مراد زنان تیب است نه دختران باکره...». طبرسی نیز «نسائکم» را به «حرائر» وصف کرده است؛ زیرا کنیزان بدین گونه مجازات نمی‌شوند. حسینی جرجانی، صاحب تفسیر شاهی نیز شوهردار بودن و نیز آزاد بودن را از این عبارت استفاده می‌کند. با این همه، حاشیه نویس این تفسیر معتقد است اضافه «نسائکم» برای اخراج کنیزکان است و نمی‌خواهد «نساء» را به زنان شوهر دار منحصر کند. به نظر می‌رسد که با اصل تفسیر مضیق در کيفر؛ این هر سه شرط از شرایط اجرای این مجازات باشد، چنانکه بیشتر

مفسران به همه یا برخی از آنها اشاره کرده‌اند. ج- «فاستشهدوا»؛ از این قسمت آیه لزوم شهادت دادن چهار مسلمان برای اثبات زنا استفاده می‌شود. اگر «منکم» را به معنای رجال معنا کنیم اشتراط رجولیت استفاده می‌شود، ولی اگر «منکم» را به معنای مؤمنین یا مسلمین معنا کنیم چنین شرطی از این آیه استفاده نمی‌شود. علامه طباطبایی، صاحب تفسیر المیزان، در اینجا می‌نویسد: «حبس معّلد مترتب بر شهادت است نه بر اصل تحقق زنا، گر چه به دلیلی دیگر- غیر از شهادت شهود- به آن علم حاصل شود، و این ممتنی است که خدا از جهت آسان‌گیری و اغماض بر امت گذاشته است». نکته مهم در این باره این است که «شاید در این آیه اشارتی باشد به عدم شهادت مگر در هنگامی که خواسته شود. پس ممکن است استنباط شود که شهادت بدون استشهاد پذیرفته نباشد، و از این رو فقیهان شهادت کسی را که به طور تبرّع یعنی بیآنکه از او خواسته شود شهادت دهد؛ مردود دانسته‌اند». نکته مهم دیگر در این باره این است که چه کسی باید «استشهاد» یعنی طلب شهادت کند؟ به نظر می‌رسد این وظیفه حکومت است؛ به عبارت دیگر، با توجه به تفسیری که از استشهاد شد، فقط در صورتی که چنین حکومتی طلب شهادت کند افراد مجازند شهادت دهند. خلاصه آنکه مخاطب این آیه شوهران نیستند، بلکه اینگونه خطاب‌ها بیانگر زیر بنای قانون است و مخاطب آن جامعه و بالاخره اجرا کننده آن، نماینده جامعه یعنی حاکم است. البته از نظر موازین فقهی در مواردی که حاکم وجود ندارد و یا دسترسی به او نیست مجری احکام قانونی عدول مؤمنین از بابت «حسبه» خواهند بود. هر چند اجرای مجازات‌های این چنینی از دایره امور حسبه بیرون است، و در زمان فقدان حکومت مشروع اجرای مجازات‌های حدی تعطیل است. د- «امساک در بیوت»؛ بیشتر مفسران این عبارت را به معنای مجازات حبس گرفته‌اند، اما برخی نیز آن را به معنای پیشگیری از تکرار گناه دانسته‌اند. به نظر می‌رسد آیه در صدد بیان مجازات زانیان است. ه- «جعل سبیل»؛ اینکه جعل سبیل به چه معنایی است و گریزگاهی که به آن وعده داده شده کدام است، از مسائل مورد بحث و مناظره عالمان بوده است. کسانی که این آیه را ناظر به مساحقه دانسته‌اند

حکم آیه را همچنان پابرجا شمرده‌اند. اما بیشتر مفسران - که آیه را ناظر به زنا می‌دانند - حکم آیه را منسوخ می‌دانند. در اینجا سخن این است که خدا وعده می‌دهد راهی پیش پای چنین زنان زانیه‌ای که محبوس شده‌اند بنهد، بیشتر مفسران، آیه را مربوط به زنا‌ی زنان شوهر دار دانسته‌اند، و از سوی دیگر تنها آیه‌ای که بعداً نازل شده و متضمن مجازات برای زناست آیه جلد (تازیانه) (نور: ۲) است که مجازات تازیانه را تشریح می‌کند، بیشتر مفسران حکم حبس ابد را منسوخ دانسته‌اند، اما ناسخ آن را نه آیه جلد بلکه سنت پیامبر در تشریح حکم رجم دانسته‌اند. برخی از مفسران معتقدند که در این آیه خدا حکم مؤجل و موقت آورده است؛ یعنی خداوند، خود، در آخر آیه فرموده است که این حکم موقت است و پس از پایان دوره آن، حکم جدید خواهد آمد. حکم جدید را نیز پیامبر بیان کرد و آن رجم است و این به معنای نسخ کتاب به سنت نیست. در هر حال، مفسران مجازات زنا‌ی زن شوهر دار را «رجم» دانسته‌اند، از سوی دیگر، اینکه «جعل سبیل» مذکور در آیه را «رجم» بدانیم دارای یک اشکال عمده است، و آن اینکه از آیه چنین بر می‌آید که خدا قصد دارد در این باره آسان‌گیری کند؛ به عبارت دیگر، وعده می‌دهد که راهی جلو پای این گناهکاران می‌نهد. ظاهر آیه حکم می‌کند که خدا قصد دارد تخفیفی در مجازات ایشان بدهد. از این رو به نظر می‌رسد ناسخ حکم این آیه، آیه جلد است نه حکم رجم. روایت کرده‌اند که چون آیت جلد نازل شد پیغمبر (ص) گفت که: جعل الله لهنّ سبیلاً؛ یعنی تعیین کرد خدای تعالی از برای ایشان راه نجاتی». آنچه را که از این آیه مستفاد می‌شود می‌توان چنین دسته بندی کرد: اول. آیه حبس ابد در صدد بیان حکم مجازات زنان شوهردار - که غالباً نیز در آن روزگار زناکاران حرفه‌ای بوده‌اند (روسپیان) - است. دوم. این عمل جرم است و نیاز به اثبات دارد. راه اثبات منحصرأ از طریق شهادت چهار مرد مسلمان است که مرجع رسمی از ایشان طلب شهادت کرده باشد. سوم، مجازات این زنان حبس ابد بوده که خدا در مجازاتشان تخفیف داده و آن را به تازیانه تبدیل کرده است. و اللذان یأتیانها منکم فأذوهما فان تابا و اصلحا فأعرضوا عنهما انّ الله کان

توآبا رحیما. «و آن دو تن از شما که زشتکاری کنند بیازاریدشان؛ پس اگر توبه کردند و به شایستگی آمدند از آنها دست بردارید و در گذرید که خدا توبه پذیر و مهربان است». در این آیه چند نکته قابل بررسی است: الف- مفسر سده اول، ابومسلم، این آیه را در مورد لواط می‌داند (و آیه پیشین را چنانکه ذکر شد درباره مسأله). از این رو، حکم این دو آیه، هیچ یک، منسوخ نیست. برخی از فضلاء معاصر نیز با حمل حکم این آیه بر لواط تصریح کرده‌اند که «مقصود از ایذاء آزار نیست، بلکه کیفر لواط است. نهایت اینکه اطلاق کیفر به موجب ادله خاص کیفر لواط تقیید شده است». به عبارت دیگر، چنانکه از نظر ابومسلم نیز بر می‌آید، در اینجا می‌توان «اذیت» را به فرد کامل آن که قتل باشد منصرف دانست. قتل برای لواط کاران حد است، در حالی که از نظر فقها حد آن است که مجازات محدود و معینی داشته باشد و در شرع به آن تصریح شده باشد. ب- بیشتر مفسران از شیعه و سنی این آیه را به مانند آیه پیشین درباره زنا دانسته‌اند. این دو آیه پی در پی یکدیگرند و ضمیر «یأتیانها» به همان واژه فاحشه در آیه پیش بر می‌گردد، بنابراین ظهور در همان معنایی دارد که در آیه پیش منظور شده است، و خلاف ظاهر است که مرجع ضمیر یک معنا داشته باشد و گوینده از ضمیر مفهوم دیگری قصد کند. از این رو، مجازات مردان زانی «اذیت» است و مجازات زنان زانیه اذیت و حبس در منزل. فخر رازی ذکر می‌کند که برخی مجازات حبس را مخصوص زنان، و مجازات ایذاء را ویژه مردان دانسته‌اند. و اللذان یأتیان الفاحشه من النساء و الرجال فأذوهما فان تابا و اصلحا فاعرضوا عنهما. سپس آیه امساک نازل شد، یعنی اگر توبه نکردند و بر فعل قبیح خود اصرار ورزیدند در خانه حبسشان کنید، تا خدا راهی برای ایشان بنهد. حکم آیه شانزده ناظر به زانیان اتفاقی است که باید ایشان را از این کار بر حذر داشت، اما اگر مرتکب تکرار جرم شدند، به این معنا که قبح عمل را نپذیرفتند و به کار خود ادامه دادند، آنگاه مجازات حبس در مورد زنانشان اجرا می‌شود. به عبارت دیگر، حبس مجازات زانیان به عادت است، یعنی همان روسپیان حرفه‌ای. برخی از مفسران گفته‌اند آیه نخست ناظر به زنان تیب است و آیه دوم درباره مردان و زنان

بکر. دلیل ایشان این است که اولاً در آیه اول اضافه «کم» به «نساء» اضافه زوجیت است؛ ثانياً کاربرد متداول تر «نساء» برای زنان ثیب است، و ثالثاً ایذاء به جهت آنکه خفیف تر است باید برای بکر باشد نه ثیب. ج- بسیاری از مفسران، به ویژه آنان که این آیه را ناظر به زانیان بکر- زنای غیر محصنه- می دانند، قائل به نسخ حکم این آیه با آیه جلد هستند. حکم آیه شانزدهم سوره نساء همچنان در حق زانیان بکر باقی است. د- در آیه ۱۶ سخنی از شهادت چهار مرد مسلمان نیست. از این رو به نظر می رسد که در اجرای این حکم اصلاً به وجود شهود با آن شرایط پیچیده نیازی نیست، چون مجازاتی، در معنای خاص آن، در کار نیست. در اینجا زانیان بکر از ارتکاب مجدد عمل بازداشته می شوند، اگر زیر بار نرفتند و همچنان به عمل خود ادامه دادند آن گاه مجازات زانیان به عادت، یعنی تازیانه، در مورد ایشان اعمال می شود. الزانیة و الزانی فاجلدوا کلّ واحد منهما مائة جلدة، و لا تأخذ کم بهما رافه فی دین الله ان کتمتم تؤمنون بالله و الیوم الآخر و لیشهد عذابهما طائفة من المؤمنین. «زن و مرد زناکار را هر یک صد تازیانه بزنید؛ و اگر به خدا و روز واپسین ایمان دارید، مبادا شما را در دین خدا درباره آن دو، مهربانی و دلسوزی بگیرد. و باید گروهی از مؤمنان کیفر آن دو را حاضر و شاهد باشند». مفسران معمولاً در ذیل این آیه احکام زنا و سایر جرایم جنسی را به تفصیل آورده اند. به رغم این مطلب، بیشتر فقها و مفسران، حکم رجم را ناسخ مجازات زنان شوهر دار دانسته اند و حکم جلد را مخصوص زانیان بکر و یا زنان بی شوهر قلمداد کرده اند. آیه سوم سوره نور می فرماید: الزانی لا ینکح الا زانیة او مشرکة و الزانیة لا ینکحها الا زان او مشرک و حرّم ذلک علی المؤمنین. «مرد زناکار جز زن زناکار یا مشرک را به زنی نمی گیرد، و زن زناکار را جز مرد زناکار یا مشرک به زنی نمی گیرد؛ و این زناشویی بر مؤمنان حرام است». در نقلی دیگر است که آیه درباره زانی است که در مکه و مدینه به زنا مشهور بودند، از جمله نه زن که صاحب پرچم بودند. افراد فرومایه این زنان را به خاطر ثروتشان به زنی می گرفتند. پیامبر برخی مسلمانان درویش را که قصد این را داشتند با این آیه منع کرد. روایاتی چند نیز در

مجموعه‌های روایی شیعه تأکید کرده‌اند که مراد در آیه ۳، زنا کاران به عادت و حرفه‌ای اند. کلینی چهار روایت آورده است مبنی بر اینکه برخی درباره تفسیر آیه مورد بحث از معصوم سؤال کرده‌اند و معصوم در جواب فرموده است: «هن نساء مشهورات بالزنا و رجال مشهورون بالزنا» پس، از آنجا که آیه فوق بی تردید بر اساس روایات شیعی معطوف به زانیان حرفه‌ای است نه زانیان اتفاقی، و با توجه به ظهور قطعی مبنی بر اینکه آیه دوم و سوم سوره نور با هم مربوط هستند نتیجه گرفته می‌شود که حکم جلد در آیه دوم نیز مربوط به این نوع زانیان است؛ یعنی مجازات ایشان هم تازیان است نه رجم (محقق داماد، ۱۳۸۵). تصور می‌شود رویکردهای فرهنگی در جوامع مسلمان نسبت به مسأله تجاوز جنسی و نیز لزوم شهادت شاهدان، باعث می‌شود که تعداد تجاوزهای جنسی گزارش شده در این کشورها بسیار کم باشد.

### تاریخچه تجاوز جنسی

در تاریخ باستان، تجاوز بیش از آنکه به عنوان یک نوع اذیت و آزار علیه زن تلقی شود یک جرم مالکیتی جدی علیه مردی بود که آن زن به او تعلق داشت که معمولاً پدر یا شوهرش بود. از دست دادن بکارت مخصوصاً یک مسئله جدی بود. آسیبی که به جهت از دست رفتن بکارت وارد می‌آمد، بر امیدهای کاهش یافته زن در پیدا کردن شوهر و در بهای عروس منعکس می‌شد. این موضوع به ویژه در مورد دوشیزه‌های نامزد دار ملموس بود که از دست رفتن پاکدامنی به عنوان وضعیتی تلقی می‌شد که ارزش او را به شدت نزد شوهر آینده‌اش می‌کاست. در چنین مواردی، قانون نامزدی را باطل می‌کرد و از متجاوز غرامت مالی طلب می‌کرد که به خانواده زن که «کالاهایش» «آسیب» دیده بودند پرداخت می‌شد. طبق قانون کتاب انجیل مقدس، در صورت توافق پدر دختر، به جای مجازات مدنی، ممکن بود متجاوز وادار شود با آن زن مجرد ازدواج کند. این وضع به خصوص در قوانینی که در جرم تجاوز



عدم رضایت زن را به عنوان یک عنصر ضروری به حساب نمی آورد متداول بود و در نتیجه این جرم را به دو دسته تقسیم می کرد، یکی تجاوز به معنی امروزی و دیگری به عنوان شیوه ای که مرد و زن به وسیله آن خانواده هایشان را مجبور می کردند تا به آنها اجازه ازدواج بدهند. خود واژه rape (تجاوز) از فعل لاتین rapere ریشه گرفته است: گرفتن یا ستاندن به زور. این کلمه ابتدا هیچ دلالت جنسی نداشت و هنوز هم در انگلیسی به معنای عام استفاده می شود. تاریخچه تجاوز و تغییرات معنایی آن واقعاً پیچیده است. در قانون روم، تجاوز به عنوان نوعی crimen vis «جرم تهاجمی» دسته بندی شده بود. برخلاف دزدی یا سرقت، یک «خطای اجتماعی» injuria publica در برابر «خطای شخصی» privitia injuria نامیده می شد. آگوستوس سزار اصلاحاتی در مورد جرم تجاوز را طبق مصوبه تهاجم Lex Iulia de vi publica قانونی کرد که نام خانوادگی اش Iulia را همراه دارد. طبق این مصوبه و نه مصوبه زنانی adulteriis Lex Iulia de بود که روم این جرم را پیگرد قضایی می کرد. امپراتور یوستینیانوس ادامه استفاده از مصوبه این جرم جهت پیگرد تجاوز در قرن ششم میلادی در امپراتوری روم شرقی را تایید کرد. تا اواخر دوره باستان، عبارت کلی raptus به ربایش، گریختن با معشوق، سرقت یا تجاوز به معنای امروزی آن اشاره کرده بود. ابهام در مورد این عبارت منجر شد به اینکه مفسرین کلیسایی قانون، میان raptus seductionis (گریختن با معشوق بدون اجازه والدینی) و raptus violentiae (هتک ناموس) تفاوت قائل شوند. هر دو نوع raptus مجازات مدنی و احتمالاً طرد اجتماعی برای خانواده و روستایی که زنان ربوده شد را می پذیرفت به همراه داشت، گرچه raptus violentiae منجر به مجازات های قطع عضو یا مرگ هم می شد.

تجاوز جنسی به لوکریشا توسط پسر پادشاه، نقطه شروع اتفاقاتی بود که منجر به سقوط حکومت پادشاهی و تشکیل اولین جمهوری روم شد. لوکریشا که از اشراف زادگان رومی بود، پس از مورد تجاوز قرار گرفتن، اقدام به خودکشی کرد. در طول تاریخ، ماجرای

تجاوز و خودکشی لوکریشا مورد توجه بسیاری از نویسندگان، تندیس گران و نقاشان قرار گرفت. در این ارتباط می توان به آثاری ادبی از ویلیام شکسپیر و توماس هی وود و از نقاشان، به رامبرانت، ساندری بوتیچلی، آلبرشت دورر، آرتمیسیا جنتایلسکی، جفری چاوسر و تیتیان اشاره کرد.

از دوران کلاسیک مصر و یونان باستان تا دوره های استعمار، تجاوز جنسی همراه با ایجاد عمدی حریق، خیانت و قتل، از جمله جرم های پایتخت بودند. «آن دسته از ارتکاب تجاوزهای جنسی که به ظاهر بی رحمانه، اغلب خون آلود، و در مواقعی نمایشی (spectacular) بودند، طیف وسیعی از مجازات های پایتخت را تشکیل می داد.» در قرن دوازده، شاهمردان قربانیان (kingsmen of the victim) این پیشنهاد را به منظور اجرای مجازات خودشان می دادند: «در انگلستان در اوایل قرن چهاردهم، قربانی تجاوز می توانست در ازای جرم انجام شده، در آوردن چشم یا قطع بیضه مجرم را طلب کند (The ius primae noctis «قانون شب اول») بخشی است که در حال حاضر به طور شایعی در توصیف ادعای حق قانونی اجازه شاهان برای برداشتن بکارت دختر قبل از ازدواج او، بکار می رود. شواهد بسیار کمی (یا بدون شواهد تاریخی)، از قرون وسطی، برای حمایت از این ایده، وجود دارد، و اینچنین برمی آید که تا به حال چنین حقی وجود نداشته است. عالم الهیات قرون وسطی، توماس آکویناس استدلال می کرد که تجاوز جنسی، هر چند که گناه بود ولی بسیار کمتر از استمناء یا قطع مقاربت، پذیرفتنی بود، بدین علت که این جرم به ایجاد سکس می انجامید در حالی که سایر اعمال، هدف روابط جنسی را به خطر می انداخت. در طول استعمار آمریکا، تجاوز به زنان بومی که بت پرست یا غیر مسیحی بودند، تحت قوانین اسپانیا جرم محسوب نمی شد.

شواهد بسیار کمی (یا بدون شواهد تاریخی)، از قرون وسطی تا تقریباً همین اواخر، حاکی از این است که دستگاه عدالت کیفری بسیاری از کشورها، به طور گسترده ای، برای قربانیان تجاوز جنسی، ناعادلانه بوده است. ترکیبی از کلیشه های جنسی و قوانین رایج، هر دو،...

تجاوز جنسی را به عنوان یک «دادرسی کیفری که در آن قربانی و رفتار او به جای عمل متهم، محاکمه می‌شد» می‌ساخت. و این در حالی بود که در سایر قوانین، پرداختن به این جرم را به تمامی حذف کرده بودند. از سال ۱۹۷۰، در میزان درک تجاوز جنسی، تغییرات بسیاری روی داد که بخش زیادی از آن به دلیل جنبش‌های فمینیستی و بازخوردهای عمومی تجاوز به عنوان یک جرم از سر قدرت و کنترل و نه صرفاً سکس، بوده است. در برخی کشور، پس از جنبش‌های زنان در سال ۱۹۷۰، اولین مراکز بحران تجاوز جنسی ایجاد شد. یکی از این دو مرکز بحران تجاوز، به نام «Crisis Center D.C. Rape» در سال ۱۹۷۲، افتتاح شد. ایجاد این دست‌مراکز، به منظور ترویج حساسیت و درک صحیحی از تجاوز و همچنین نشان دادن اثرات آن بر روی قربانی، بوده است. اجرای قانون سال ۱۹۶۰، به میزان ۲۰٪ گزارش‌دهی غلط، اشاره می‌کرد؛ که این آمار در سال ۱۹۷۳ به ۱۵٪ کاهش یافت.

### انواع تجاوز جنسی

شواهد حاکی از آن است که چند نوع تجاوز جنسی وجود دارد که معمولاً با توجه به وضعیتی که در آن رخ می‌دهند، جنسیت یا ویژگی قربانی، و/یا جنسیت و ویژگی مجرم طبقه‌بندی می‌شود. انواع مختلف تجاوز شامل تجاوز توسط آشنا، تجاوز دست‌جمعی، تجاوز زناشویی یا تجاوز زوجی، تجاوز به محارم، سوءاستفاده جنسی از کودک، تجاوز در زندان، تجاوز جنگی و تجاوز از لحاظ قانونی است ولی به این موارد محدود نمی‌شود.

انواع تجاوز جنسی از لحاظ تعداد متجاوزین جنسی، شدت اعمال خشونت جنسی و میزان آشنایی متجاوز جنسی با قربانی مشخص می‌شوند:

برحسب تعداد متجاوزین جنسی: انواع تجاوز جنسی به لحاظ تعداد متجاوزین جنسی، به صورت فردی و گروهی اتفاق می‌افتد:

تجاوز فردی: گاهی متجاوز جنسی به تنهایی اقدام به تجاوز می نماید. معمولاً این نوع تجاوز جنسی به دلیل هوسرانی فرد انجام می شود و فرد متجاوز اغلب قربانی را می شناسد و با او سابقه آشنایی دارد و معمولاً فردی کوچکتر از خود را برای تجاوز انتخاب می کند، البته در مواردی انگیزه تجاوز فقط میل جنسی نیست و اهداف دیگری هم وجود دارد.

تجاوز گروهی: در موارد زیادی، متجاوزین جنسی در قالب باند و گروه، قربانی را ربوده و سپس به صورت دسته جمعی او را مورد تعرض جنسی قرار می دهند. در سال های اخیر، اخبار این نوع تجاوز، افزایش نشان داده است.

در مواردی که متجاوز جنسی یک نفر است و از آشنایان قربانی می باشد، تجاوز در اطراف محل سکونت قربانی و معمولاً داخل یا نزدیک خانه زن صورت می گیرد و اکثر موارد، با نقشه قبلی انجام می شود. اما تجاوزات گروهی معمولاً در مکان هایی که متجاوزین جنسی از قبل در نظر گرفته اند نظیر خرابه ها، باغ های دور افتاده، منزل خالی یکی از متجاوزین و غیره انجام می گیرد.

برحسب شدت اعمال خشونت جنسی: تجاوز جنسی برحسب شدت اعمال خشونت، به سه نوع زیر تقسیم می شود:

تجاوز با قدرت: بیش از ۵۰٪ از تجاوزهای جنسی شامل تجاوز به همراه قدرت می شود. در این تجاوز، زمینه تعرض جنسی، از پیش تدارک دیده شده و فرد متجاوز معمولاً تخیلات مربوط به تجاوز جنسی را قبل از ارتکاب جرم داشته است و پس از دستگیری نیز به همین موضوع اعتراف می کند. انگیزه این افراد نشان دادن قدرت از طریق تجاوز جنسی است و قصد ایجاد صدمات آشکار به قربانی را ندارند. در این موارد، متجاوز اقدام به ربودن قربانی کرده، وی را برای مدتی زندانی می نماید و طی این مدت، مکرراً او را مورد تجاوز قرار می دهد.

تجاوز با خشم: تجاوز با خشم از لحاظ شیوع، مقام دوم را در بین انواع تجاوز جنسی دارد. در این نوع تجاوز، متجاوز، تکانشی و دمدمی مزاج است و قربانی تجاوز را مورد بدرفتاری

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۳۷

جسمی قرار می‌دهد. هدف روانی متجاوز، سرافکنندگی و تحقیر قربانی بوده و انگیزه وی، خشم و نیاز به انتقام است. در این نوع تجاوز، فرد متجاوز احساس می‌کند که نسبت به وی بی‌انصافی شده است، لذا می‌کوشد که خشم و عصبانیت خود را بر قربانی وارد کند، زیرا او را سهل‌الوصول‌ترین کسی می‌داند که می‌تواند آماج تیرهای خشم و غضب خود قرار دهد.

**تجاوز با دگرآزاری:** در تجاوز دگرآزاری، متجاوز با وارد آوردن صدمات فجیع و وسیع، می‌تواند منجر به مرگ قربانی شود. در سال ۱۹۹۱ حدود ۲٪ از کل موارد قتل زنان در آمریکا، با تجاوز جنسی همراه بوده است، این نوع تجاوز، از پیش برنامه‌ریزی شده و شامل شکنجه بیش از حد و مثله کردن قربانی بوده است.

### بر حسب میزان آشنایی متجاوز با قربانی

**تجاوز توسط آشنایان:** در بسیاری از موارد، متجاوز برای قربانی آشناست، این نوع تجاوز در کشورهای پیشرفته و در بین دانشجویان شیوع بیشتری دارد. ممکن است در نخستین دیدار یا پس از ماه‌ها آشنایی، تجاوز جنسی صورت گیرد.

مدارک قابل توجهی از این نوع تجاوز به عنف، از محیط‌های دانشجویی آمریکا جمع‌آوری شده است. مطابق نتایج مطالعه‌ای در آمریکا، ۳۸٪ از دانشجویان پسر اظهار داشتند که در صورت فرار از مجازات، اقدام به تجاوز جنسی خواهند نمود. ۱۱٪ اظهار نموده‌اند که قبلاً مرتکب تجاوز شده‌اند. ۱۶٪ از دانشجویان دختر گزارش کردند که قبلاً از سوی مردی آشنا مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند. بسیاری از دانشگاه‌ها و کالج‌ها در آمریکا، برنامه‌هایی را برای پیشگیری از تجاوز به عنف و مشاوره برای قربانیان تجاوز جنسی طراحی کرده‌اند.

**تجاوز توسط محارم:** بدترین نوع تجاوز، تجاوز جنسی توسط محارم همانند پدر، برادر، و غیره می‌باشد که عواقب بسیار بد روانی بر متجاوز و قربانی دارد.

سازمان بریس در سوئد (سازمانی که از حقوق کودکان دفاع می‌کند) طی گزارشی اعلام کرد که حدود ۶ مورد از ۱۰ مورد تجاوز جنسی، در محیط خانه و توسط پدر بیولوژیک

دختر صورت می‌گیرد و در اغلب موارد، مادر یا مادر خوانده از موضوع آگاه است، اما هیچ کاری انجام نمی‌دهد و هیچ دخالتی نمی‌کند.» رسانه‌های گروهی سوئد اغلب به موضوع عوامل کتک زدن بچه‌ها توجه می‌کنند و سوء استفاده جنسی از بچه‌ها کمابیش به فراموشی سپرده شده است.

در ایالات متحده آمریکا، پژوهش‌های زیادی از اواسط دهه ۱۹۷۰ درباره تجاوز جنسی انجام گرفته است که فراگیر بودن سوء استفاده جنسی و زنا با محارم را تأیید می‌کند. مطابق گزارش‌های آماری ۶۰٪ از تجاوزها توسط مردان آشنا، همسایه و فامیل صورت می‌گیرد. تجاوز برادر، پدر، عمو و دیگر افراد فامیل به دختران جوان معضلی شناخته شده در اکثر کشورهای غربی است. پدرانی که مرتکب تجاوز به دختران خود می‌شوند، غالباً در دوره کودکی، دارای سابقه بهره‌کشی جنسی، محرومیت عاطفی، اختلالات شخصیتی، مصرف الکل و بیکاری بوده‌اند که عزت نفس پایین و خشم، آنها را به افرادی متجاوز تبدیل کرده‌است.

### تجاوز زناشویی (تجاوز زوجی)

تجاوز زناشویی که به عنوان تجاوز زوجی نیز شناخته می‌شود، سکس بدون رضایتی است که تجاوزگر در آن همسر قربانی است. در نتیجه نوعی از تجاوز شریک جنسی، خشونت خانگی و سوء استفاده جنسی است. با این وجود تجاوز زوجی امروزه توسط قراردادهای بین‌المللی محکوم می‌شود و به طور روزافزون عملی مجرمانه محسوب می‌شود. در سال ۲۰۰۶ تخمین زده شد که تجاوز زناشویی می‌تواند در ۱۰۴ کشور مورد تعقیب قضایی قرار گیرد. در ۴ مورد از این کشورها، تجاوز زناشویی تنها زمانی می‌تواند مورد تعقیب قرار گیرد که زوجین از لحاظ قضایی از هم جدا شده‌اند. از همان سال چند کشور دیگر هم تجاوز زوجی را غیرقانونی کردند. در ایالات متحده آمریکا، تجاوز زوجی در ۵۰ ایالت غیرقانونی است. اولین ایالتی که آن را غیرقانونی کرد داکوتای جنوبی در ۱۹۷۵ و آخرین آن کارولینای شمالی در

۱۹۹۳ بود. سایر کشورهای در حال توسعه در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹ آن را غیر قانونی کردند. در بسیاری از کشورها، مشخص نیست که آیا تجاوز زناشویی تحت قوانین معمول تجاوز تحت پیگرد قرار می‌گیرد یا نه. با این وجود، در نبود قانون تجاوز زوجی احتمال دارد که ممکن باشد که برای آنچه بالفعل تجاوز است با توصیف آن به عنوان آزار و اذیت آن را مورد پیگرد قرار داد.

### تجاوز خاکستری

تجاوز خاکستری شکلی از درگیری جنسی است که میان رضایت و ممانعت واقع می‌شود، زمانی که هر دو طرف مطمئن نیستند که هر یک دقیقاً چه می‌خواهند. میزان شیوع گسترده آن نتیجه فقدان آگاهی و درک درست نسبت به مفهوم رضایت است. پژوهشی که در انگلستان بر روی افراد ۱۴ تا ۲۵ سال انجام شد، نشان داد که تقریباً یک سوم دانش آموزان واقعاً چیزی در مورد رضایت در کلاس‌های توضیحات جنسی که شرکت در آن‌ها اجباری است یاد نمی‌گیرند. در واقع درصد زیادی از افراد مورد تجاوز قرار می‌گیرند زیرا آنها دقیقاً نمی‌توانند به متجاوز بفهمانند که از این کار رضایت ندارند، از سوی دیگر اغلب متجاوزان فکر می‌کنند (یا ترجیح می‌دهند فکر کنند) که فردی که به او تجاوز می‌کنند مخالفتی با این کار ندارد و علی‌رغم ممانعت ظاهری، باطناً راضی است. مردم تمایل دارند رفتارها را با تعریف قانونی تجاوز یعنی داشتن رابطه جنسی با یک زن بدون رضایت وی هماهنگ کنند ولی از واژه تجاوز استفاده نکنند. مردم تمایل دارند فکر کنند تجاوز کاری است که شخص دیگری انجام می‌دهد. نتایج پژوهش نشان داد درصد بالایی از مردان کشورهای آسیایی با انجام شکلی از تجاوز موافقت دارند (گزارش سازمان ملل متحد در مورد تجاوز در شش کشور آسیایی، ۲۰۱۴).

### پژوهش‌های انجام شده

تجاوز جنسی پدیده‌ای است که از گذشته‌های بسیار دور در بین جوامع مختلف وجود داشته است، اما امروزه این معضل در جوامع گوناگون، به جهت ترویج دو مقوله خشونت و سکس، در سطح بسیار گسترده‌ای افزایش یافته است و به عنوان مصداق جهانی خشونت علیه زنان مطرح می‌باشد (رمضان نرگسی، ۱۳۸۳). تجاوز جنسی، معضلی در تمام جوامع است و هیچ کشوری در دنیا، فارغ از این مشکل نمی‌باشد؛ البته به اعتقاد تحلیل‌گران اجتماعی، فرهنگ جوامع در میزان وقوع آن مؤثر است.

متجاوزین جنسی به لحاظ طبقه اجتماعی، متعلق به طبقات پایین و دارای پرونده‌های قبلی در اداره پلیس می‌باشند، همچنین تجاوز جنسی در مناطق شهری، شایع‌تر از مناطق روستایی است. ۹۲٪ از متجاوزین جنسی نیز در دوران کودکی، به شدت توسط والدین خود تنبیه شده‌اند. ۵٪ متجاوزین جنسی، در محله زندگی قربانی سکونت دارند؛ به طوری که ۲۰٪ قربانیان، نام فرد متجاوز را می‌دانند. در نیمی از موارد، فرد متجاوز بیگانه است، در ۲۰٪ موارد، قربانیان، فرد متجاوز را قبلاً دیده‌اند. در ۱۰٪ موارد، متجاوز بیشتر از یک نفر است. امکان تجاوزات جنسی در مکان‌های ناشناخته بسیار زیاد می‌باشد.

در سراسر دنیا، رویداد تجاوز که توسط پلیس در سال ۲۰۰۸ گزارش شد از ۱ به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر در مصر و ۶/۹۱ به ازای ۱۰۰۰۰۰ در لسوتو تا ۵ به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ در روسیه به عنوان حد وسط، متغیر بود. تجاوز مذکر به مذکر و مونث به مونث در زندان‌ها بسیار معمول است و احتمال دارد که از بقیه موارد کمترین گزارش را داشته باشد. وقتی تجاوز و بردگی جنسی بخشی از عملی گسترده و سازمان یافته هستند، تحت عنوان جنایت علیه بشریت و جنایت جنگی شناخته می‌شوند. تجاوز اگر به قصد از بین بردن جزء یا کل گروهی قومی انجام می‌شود عنصری از جنایت نسل‌کشی به شمار می‌آید (دوموند، ۲۰۰۱، کیندی و جانسون، ۲۰۰۶). امکان تجاوزات جنسی در مکان‌های ناشناخته بسیار زیاد می‌باشد.



## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۴۱

استروکمن - جانسون و استروکمن - جانسون (۲۰۰۶) گزارش دادند که تجربیات تهدید و اجبار جنسی دهانی، مهبل و مقعدی در اکثر مردان زندانی (۷۹٪) و در زنان زندانی (۲۹٪) بود. رویداد تجاوز به عنف توسط اکثر مردان زندانی (۵۴٪) نسبت به زنان زندانی (۲۸٪) بیان شد.

در ایالات متحده یک گزارش که توسط منابع دولتی داده شده است نشان داد که بیش از ۲۵۰۰۰ پرونده تجاوز یا اقدام به تجاوز سالانه توسط پلیس ثبت شده است. داده‌های گزارش شده از ۶۵ کشور جمع آوری شد. در سال ۲۰۰۷، ۴۰٪ از ۶۰۴۲۷ گزارش تجاوز به عنف با دستگیری یا «شرایط استثنایی» نهایی شد. شرایط استثنایی به وضعیت‌هایی اشاره کردند که قربانی از ارائه اطلاعات یا کمک ضروری جهت صدور حکم دستگیری امتناع می‌کرد، متهم پیش از دستگیری می‌مرد، یا نمی‌توانست متهم را از ایالت دیگر استرداد کند. در هر دو دقیقه یک زن در آمریکا مورد آزار جنسی قرار می‌گیرد، در هند در هر بیست و دو دقیقه به یک زن تجاوز جنسی می‌شود و در هر یک دقیقه یک نفر در کنگو مورد تجاوز قرار می‌گیرد. بر خلاف باور همگانی، تجاوز در خارج از خانه‌ها بسیار نادر است. بر اساس نتایج یک تحقیق بیش از دو سوم همه موارد مربوط به تجاوز در منزل شخصی رخ می‌دهد. در دو سوم موارد قربانی مهاجم را می‌شناسد. بر اساس نتایج این تحقیق ۳۱٪ تجاوزها در خانه‌های متجاوزان، ۲۷٪ در خانه‌های قربانیان، و ۱۰٪ در خانه‌های مشترک قربانیان و متجاوزان اتفاق می‌افتند. علاوه بر خانه‌ها، ۷٪ تجاوزها در مهمانی، ۷٪ در وسایل نقلیه، ۴٪ بیرون از خانه و ۲٪ در بارها، روی می‌دهند. ۴۴٪ موارد تجاوز جنسی زیر ۱۸ سال و در نهایت ۸۰٪ کسانی که مورد هدف تجاوز جنسی قرار می‌گیرند تا زیر ۳۰ سال سن دارند.

تجاوز جنسی مختص کشورهای صنعتی نیست، بلکه کشورهای در حال توسعه نیز با چنین معضلی مواجهند. اخیراً گزارش‌های بسیار نگران‌کننده‌ای در خصوص تجاوز به کودکان منتشر می‌شود (کنوانسیون اتحادیه اروپا در حمایت از کودکان در برابر بهره‌کشی جنسی و

## ۴۲ / کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی

سوء استفاده جنسی، ۲۰۰۷، انستیتو ملی سلامت و مراقبت عالی، ۲۰۱۳، لونسون، ویلیز و پری اسکات، ۲۰۱۵، لونسون و سوسیا، ۲۰۱۵). روزنامه البیان امارات می نویسد: «رشد تجاوز به دختر بچه ها در جنوب افریقا به حد خطرناکی رسیده است و بسیاری از اطفال جنوب افریقا، از طرف معلمان و شاگردان بزرگتر، مورد تجاوز جنسی واقع شده‌اند.

### استرالیا

نظرسنجی امنیت زنان استرالیایی که توسط دایره آمار در سال ۱۹۹۶ انجام شد، شامل نمونه تصادفی از ۶۳۰۰ زن ۱۸ سال و بیش از آن بود. این نظرسنجی نشان داد که شیوع آزار جنسی در ۱۲ ماه گذشته ۱/۹٪ بوده است. مردان آشنا بیش از دو سوم مهاجمین را تشکیل می‌دادند. تنها ۱۵٪ از زنان آزار دیده در نمونه نظرسنجی، به پلیس گزارش کرده بودند.

### کامبوج

نهادهای غیردولتی محلی و بین‌المللی تخمین زدند که در کامبوج تجاوز جنسی شایع است، ولی تنها اقلیت بسیار کوچکی از این آزارها گزارش می‌شود که علت آن انگ اجتماعی همراه با قربانی جرم جنسی به ویژه از دست دادن باکره‌گی قبل از ازدواج، بدون توجه به چگونگی آن، می‌باشد. از نوامبر سال ۲۰۰۸ تا نوامبر سال ۲۰۰۹، پلیس ۴۶۸ مورد تجاوز، اقدام به تجاوز و مزاحمت جنسی را ثبت کرد که نسبت به سال پیش از آن رشد ۲/۴ درصدی داشته است. شکستن سکوت خشونت جنسی در کامبوج، گزارشی است که توسط سازمان عفو بین‌الملل تهیه و در سال ۲۰۱۰ منتشر گردیده است و وضعیت خشونت جنسی در کامبوج را بررسی کرده است. این گزارش دریافت که در تجاوزات گزارش شده که اقلیت اندکی هستند، پاسخ بسیار معمول مسئولین ضابط قضایی که شامل پلیس و کارکنان دادگاه می‌شوند این است که یک «توافق» فراقانونی میان قربانی و مجرم (یا خانواده هایشان) تنظیم می‌کنند که در آن متجاوز مبلغی پول می‌پردازد که ما بین مسئولین و قربانی (و خانواده اش) تقسیم می‌شود

### کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۴۳

و پس از آن قربانی هرگونه شکایت کیفری علیه مجرم را پس می‌گیرد و مدعی‌العموم پرونده را می‌بندد. زمانی که به یک تجاوز رسیدگی می‌شود، معمولاً از شاکی انتظار می‌رود که مبلغی بیش از حد معمول به مسئولین پردازد تا مطمئن شود که دادگاه پرونده را پیگیری می‌کند، در غیر این صورت روند دادرسی کند است و ممکن است بیش از ۲ سال برای هر نوع نتیجه‌ای به طول انجامد. در طول دوره پیش از دادرسی، همیشه این خطر وجود دارد که خانواده مجرم به جهت اینکه تیره یا کاهش مجازاتش را تضمین کنند، رشوه بدهند.

### کانادا

معتبرترین پژوهش در این حوزه از سوی مرکز آماری کانادا در سال ۱۹۹۲ انجام شد که شامل ۱۲۳۰۰ نمونه تصادفی از زنان کانادایی بود (جانسون و ساک، ۱۹۹۵). یافته‌های این پژوهش حاکی از این بود که از هر ۳ زن یکی از آنها تجاوز جنسی را تجربه کرده بود و تنها ۶٪ از این موارد به پلیس گزارش شده بود.

### جمهوری دموکراتیک کنگو

در نوشتار خشونت جنسی در جمهوری دموکراتیک کنگو آمده است که در کنگوی شرقی، شیوع و شدت تجاوز و دیگر اشکال خشونت جنسی به عنوان بدترین موارد در دنیا گزارش شده است. برآورد می‌شود که هم اکنون در جمهوری دموکرات کنگو حدود ۲۰۰۰۰۰ قربانی زندگی می‌کنند که از تجاوز جنسی جان سالم به در برده‌اند. یک پژوهش اخیر اعلام کرد سالانه بیش از ۴۰۰۰۰۰ زن در جمهوری دموکراتیک کنگو مورد تجاوز جنسی واقع می‌شوند. تجاوز جنسی هنگام جنگ (تجاوز جنسی جنگی) در جمهوری دموکراتیک کنگو اغلب از سوی مفسران به عنوان «اسلحه جنگ» یاد می‌شود.

## آفریقای جنوبی

در نوشتار خشونت جنسی در آفریقای جنوبی آمده است که آفریقای جنوبی یکی از بالاترین میزان‌های شیوع تجاوز جنسی به اطفال در جهان را دارد، به طوری که در سال ۲۰۰۰ بیشتر از ۶۷۰۰۰ مورد تجاوز جنسی به کودکان گزارش شد و گروه‌های حمایتی بر این باورند که موارد گزارش نشده می‌تواند تا ۱۰ برابر بیشتر باشد. در سال ۲۰۰۱، یک شیرخوار ۹ ماهه مورد تجاوز جنسی قرار گرفت و احتمالاً به خاطر عدم تحمل درد از هوش رفت. یک شیرخوار ۹ ماهه دیگر بعد از اینکه توسط مادر نوجوانش رها شد، توسط ۶ مرد ۲۴ تا ۶۶ ساله مورد تجاوز جنسی قرار گرفت. یک دختر ۴ ساله بعد از تجاوز جنسی توسط پدرش مرد. یک دختر ۱۴ ماهه توسط دو عمویش مورد تجاوز جنسی قرار گرفت. در فوریه ۲۰۰۲، گزارش شد که یک شیرخوار ۸ ماهه توسط ۴ مرد مورد تجاوز گروهی قرار گرفت. یک نفر متهم شد. شیرخوار به اعمال جراحی ترمیمی وسیعی نیاز پیدا کرد. جراحات این شیرخوار آنقدر وسیع بود که سبب افزایش توجه به تعقیب قانونی شد. یک عامل موثر در تشدید کودک‌آزاری، این باور غلط همه‌گیر در آفریقای جنوبی است که ایجاد رابطه جنسی با یک باکره ایدز را درمان می‌کند. یک سوم از ۴۰۰۰ زنی که توسط انجمن اطلاعات، توانمندسازی و شفافیت مورد سوال قرار گرفتند بیان کردند که طی سال گذشته مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند. در یک مطالعه جدید که توسط شورای تحقیقات پزشکی (MRC) انجام شد، بیشتر از ۲۵٪ از مردان آفریقای جنوبی که مورد سوال قرار گرفتند اقرار کردند یک نفر و تقریباً نیمی از آنها بیشتر از یک نفر را مورد تجاوز جنسی قرار داده‌اند. در یک مطالعه دیگر که در سال ۲۰۱۰ توسط بنیاد تحقیقات پزشکی تحت حمایت دولت انجام شد، بیشتر از ۳۷٪ از مردان استان گوتنگ بیان کردند که زنی را مورد تجاوز قرار داده‌اند. ۷٪ از ۴۷۸ مرد مورد بررسی گفتند که در تجاوز گروهی شرکت کرده‌اند. یک تحقیق بین‌بچه‌ها مشخص کرد که ۱۱٪ از پسرها و ۴۵٪ از دخترها شخصی را مجبور به رابطه جنسی با خود کرده‌اند، در حالی که در یک

کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۴۵

تحقیق دیگر در شهرستان سووتو که بین ۱۵۰۰ دانش آموز انجام شد، یک چهارم از کل پسرهای مورد مصاحبه بیان کردند از تجاوز جنسی گروهی (jack rolling) لذت برده‌اند.

## انگلستان

وزارت کشور انگلستان گزارش می‌دهد که حدود ۷۰ درصد زنان بین ۱۷ تا ۳۵ ساله، به طور دائم نگران هستند که مورد تجاوز جنسی قرار بگیرند. طبق این گزارش بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۶ آمار تجاوز افزایش چشمگیری داشته است. در حالی که بسیاری از زنان قربانی، کمتر این موضوع را به پلیس گزارش می‌دهند.

در نوشتار جرائم جنسی در انگلستان و تجاوز جنسی در قانون انگلیس آمده است که بر اساس یک گزارش خبری که در ۱۲ نوامبر سال ۲۰۰۷ از شبکه بی بی سی پخش شد، ۸۵۰۰۰ زن در سال قبل از آن در انگلستان مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بودند که این معادل ۲۳۰ مورد در روز است. بر طبق این گزارش یک دویستم زنان انگلیسی در سال ۲۰۰۶ مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند. این گزارش همچنین نشان داد که تنها ۸۰۰ نفر در آن سال به خاطر تجاوز محکوم شدند.

## آمریکا

اغلب کشورهای پیشرفته، به ویژه آمریکا، دارای بیشترین آمار تجاوز هستند، به طوری که امنیت زنان در این جوامع به صورت رؤیای تعبیر ناشدنی است. بر اساس تحقیقات کشور آمریکا، ۴۵٪ تجاوزگران، کمتر از ۲۵ سال و ۳۰٪ آنها بین ۱۸ تا ۲۴ سال دارند. بسیاری از متجاوزان جنسی، چندین بار مرتکب این جرم شده و به طور متوسط قبل از دستگیری، بیش از ۱۰ بار به زنان تجاوز کرده‌اند.

طبق آمارهای ارائه شده از سوی دفتر آمار دادگاه جنایات ملی آمریکا در سال ۱۹۹۰ بیش از ۷۰ هزار مورد تجاوز جنسی در آمریکا گزارش شده است؛ و این تنها یک پنجم تعداد

تجاوزات انجام شده می‌باشد یعنی در سال ۱۹۹۰ نزدیک به ۳۵۰ هزار تجاوز جنسی در آمریکا به وقوع پیوسته است. بسیاری از تجاوزات جنسی خشونت آمیز در مورد دانشجویان دانشگاهی به انجام رسیده است که تنها ۲۰٪ آنها توسط افراد ناشناس صورت گرفته است. بسیاری از این تجاوزات در قرار ملاقات‌ها به انجام رسیده است. سالانه در سراسر دنیا هزاران و شاید هم میلیون‌ها دانش‌آموز و دانشجوی دختر، قربانی تجاوزات جنسی پسران دانشجو و یا دانش‌آموز می‌شوند بسیاری از این افراد مدعی هستند که آنها به دلیل تهدید و فشار فیزیکی مردان مجبور به قبول برقراری ارتباط جنسی شده‌اند.

مطالعه دیگری نشان می‌دهد که از هر پنج زن در دنیا، روزانه یک نفر مورد توهین و آزار جنسی واقع می‌شود. طبق این گزارش، سالانه ۷۰۰ هزار زن در آمریکا مورد تجاوز قرار می‌گیرند و بین ۶٪ تا ۲۵٪ زنان این کشور، حداقل یک بار مورد تجاوز جنسی واقعی قرار گرفته‌اند. همچنین بیش از ۵۰٪ درصد زنان، حداقل یک بار در عمر خود تهدید به تجاوز جنسی شده‌اند.

در نوشتار تجاوز جنسی در آمریکا، اداره آمار وزارت دادگستری آمریکا (۱۹۹۹) تخمین زد که ۹۱٪ از قربانیان تجاوز زن و ۹٪ مرد هستند و ۹۹٪ از متجاوزین، مرد هستند. روی هم رفته بعضی از انواع تجاوز جنسی از گزارش‌های رسمی حذف می‌شوند، (برای مثال در تعریف اف بی ای FBI همه انواع تجاوز به جز تجاوز به زور به زنان حذف می‌شود) زیرا شمار زیادی از تجاوزهای جنسی، حتی اگر جزو موارد قابل گزارش باشند گزارش نمی‌شوند و همچنین موارد زیادی از تجاوزاتی که به پلیس گزارش می‌شوند، منجر به پیگرد قانونی نمی‌شوند. بر اساس اسناد Criminal Victimization (میزان قربانی شدن واقعی) وزارت دادگستری آمریکا، در سال ۲۰۰۵ به طور کلی ۱۹۱۶۷۰ تجاوز یا خشونت جنسی گزارش شده است. تنها ۱۶٪ از تجاوزهای و خشونت‌های جنسی به پلیس گزارش می‌شوند (تجاوز جنسی در آمریکا: گزارشی به ملت. ۱۹۹۲ و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، a ۲۰۰۰). بدون در نظر گرفتن موارد

گزارش نشده، تنها ۵٪ متجاوزان جنسی حداقل یک روز را در زندان می گذرانند. یک ششم زنان امریکایی مورد تجاوز جنسی قرار گرفته اند. بیشتر از یک چهارم زنان در سنین رفتن به دانشگاه تجربه مورد تجاوز قرار گرفتن از سن ۱۴ سالگی را ذکر می کنند. وزارت دادگستری ایالات متحده، آمار جنایت های مربوط به تجاوز جنسی را تنها میان مردمی که بر اساس سفید یا سیاه پوستی طبقه بندی شده اند، جمع آوری کرده است. گزارشات جرم های همگون (Uniform Crime Reports)، اغلب اسپانیایی ها را در دسته سفید طبقه بندی کرده است. طبق گزارشات اعلام شده در سال ۲۰۰۶، ۱۹۴۲۷۰ سفید پوست و ۱۷۹۲۰ سیاه پوست، قربانیان تجاوز یا حملات جنسی بوده اند. داده های مربوط به تجاوز جنسی گری لفری (Gary LaFree's)، برای مدت ۴۵ سال، نشان داد، بطور متوسط سیاه پوستان اغلب در حدود ۶/۲۵ برابر بیشتر از سفید پوستان در جرم های مربوط به تجاوز جنسی دستگیر می شوند. استفاده از مواد مخدر، به ویژه الکل، غالباً در تجاوز جنسی نقش دارد. یک تحقیق (تنها مربوط به تجاوزات جنسی که در آنها قربانیان زن یا کسانی که از طریق تلفن در معرض تجاوز قرار گرفتند) جزئیات مربوط به روش های به کار گرفته شده را گزارش می داد. در ۴۷٪ اغلب تجاوزات، هم قربانی و هم مجرم، الکل مصرف کرده بودند. تنها در ۱۷٪ موارد، فقط مجرم نوشیده بود. در ۲۹٪ تمامی موارد، نه مجرم و نه قربانی الکل مصرف نکرده بودند. بر خلاف باور همگانی، تجاوز در خارج از خانه ها بسیار نادر است. بیش از دو سوم همه موارد مربوط به تجاوزات در خانه شخصی رخ می دهد. ۳۱٪ در خانه های متجاوزان، ۲۷٪ در خانه های قربانیان، و ۱۰٪ در خانه های مشترک قربانیان و متجاوزان، رخ می دهد. علاوه بر خانه ها، ۷٪ تجاوزها در مهمانی ها، ۷٪ در وسایل نقلیه، ۴٪ بیرون از خانه و ۲٪ در بارها، روی می دهند. ۵۹٪ موارد تجاوز در سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵، برای اجرای قانون، گزارش نشده اند.

آمار خشونت و تجاوز جنسی به واسطه ارتباطات سایت ها و شبکه های دوست یابی اینترنتی در امریکا افزایش نگران کننده ای داشته است. در یک سال اخیر اداره پلیس نیویورک

با چندین پرونده مختلف با موضوعی مشابه مواجه شده است که در آن زنان مجردی که از طریق سایت‌های دوست‌یابی قصد آشنایی با مردی را داشته‌اند، قربانی تجاوز و سرقت شده‌اند. به گفته مقامات مسئول در طی یک سال گذشته در شهر نیویورک گزارشات مبنی بر تجاوز جنسی به شدت افزایش یافته و تا تاریخ ۲ آگوست ۲۰۱۵ این تعداد پرونده به ۸۱۲ مورد رسیده، در حالی که در سال ۲۰۱۴ این تعداد ۷۶۷ مورد گزارش شده است. پژوهشگران و اندیشمندان اجتماعی امنیت چنین ارتباطات شبکه‌های دوست‌یابی اینترنتی در امریکا را مخدوش ارزیابی می‌کنند. شبکه‌های دوست‌یابی اینترنتی در امریکا بارها به واسطه قاچاق جنسی و استفاده از کودکان کمتر از ۱۸ سال مورد پیگرد قرار گرفته‌اند. از ماه ژوئن تا آگوست سال جاری سه مورد ویژه از تجاوز و سرقت به ثبت رسیده که در آنها سه زن در شرایط تقریباً مشابه با استفاده از امکانات یک سایت دوست‌یابی قرار ملاقاتی با مرد مورد نظر خود برنامه‌ریزی کردند و درست در موعد و مکان قرار مورد حمله چند نفر که از پیش منتظر وی بودند قرار گرفتند. این زنان بدون هیچ ابزار و وسیله دفاعی مورد تجاوز قرار گرفته و طلا و پولشان نیز سرقت شد.

### تصورات غلط در رابطه با تجاوز جنسی

برخی تصورات غلط در رابطه با پدیده تجاوز جنسی وجود دارد.

\* تجاوز جنسی نوعی رابطه جنسی نمی‌باشد. تجاوز جنسی یک جرم و جنایت وحشیانه است.

\* برخلاف تصور، متجاوزین جنسی صرفاً متعلق به طبقه پایین اجتماع نبوده و اغلب آنان بی سواد و بی خانمان نمی‌باشند. یک متجاوز جنسی می‌تواند یک مهندس، قهرمان ورزشی، دکتر، مددکار اجتماعی و یا یک مدیر عامل باشد یا حتی یک انسان مذهبی باشد.



#### کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۴۹

\* تجاوز جنسی نه تنها یک امر نادر نمی‌باشد، بلکه یک امر شایع در سراسر جهان می‌باشد. اما به سبب بدنامی مرتبط با آن و عدم گزارش و پنهان سازی آن از سوی قربانیان به ظاهر پدیده ای نادر تلقی می‌گردد.

\* برخلاف تصور، تنها زنان بد و ناپاک‌کدامن قربانیان تجاوز جنسی نبوده و یا زنان با رفتار و یا نوع پوشش نامناسب و تحریک کننده خود مردان را به این عمل وانی دارند. نوع پوشش، رفتار و یا تا دیر وقت بیرون ماندن از منزل تاثیر چندانی در تصمیم گیری فرد متجاوز ندارد.

\* تجاوز جنسی تنها برای دختران و زنان زیبا اتفاق نمی‌افتد. سن، زیبایی، وابستگی نژادی برای متجاوزین جنسی حائز اهمیت نیست. متجاوزین تنها بدنبال افراد آسیب پذیر و در دسترس می‌باشند.

\* تجاوز جنسی تنها مختص زنان نمی‌باشد. زنان، مردان و کودکان در هر سن و شرایطی ممکن است قربانی این پدیده شوم گردند.

\* ضربه روحی ناشی از تجاوز جنسی زود گذر و موقتی نمی‌باشد. تجاوز جنسی یک تجربه تکان دهنده می‌باشد که تاثیر ویرانگری بروی سلامت روحی و روانی قربانی بجای می‌گذارد.

\* تجاوز جنسی یک عمل ناگهانی و تکانشی نیست. اغلب تجاوزهای جنسی از پیش برنامه‌ریزی می‌شوند.

\* تجاوزات جنسی فقط توسط افراد غریبه صورت نمی‌پذیرند. ۷۰٪ از تجاوزهای جنسی توسط نزدیکان و آشنایان قربانی (دوست، خویشاوند و یا همکار) به وقوع می‌پیوندند.

\* بر خلاف تصور، متجاوزین جنسی فاقد شریک جنسی نمی‌باشند. ۶۰٪ از متجاوزین جنسی دارای همسر هستند.

\* بر خلاف تصور، اکثر تجاوزهای جنسی در خارج از منزل روی نمی‌دهند. ۵۰٪ از تجاوزهای جنسی در داخل منزل روی می‌دهند.

\* بر خلاف این تصور که اکثر هیچ فردی را نمی‌توان بدون میل باطنی اش مورد تجاوز جنسی قرار داد، اغلب متجاوزان از اسلحه گرم و یا چاقو برای تهدید قربانی استفاده می‌کنند. برخی از قربانیان تجاوز جنسی از سوی دوست پسران خود با تحریک‌هایی مانند اینکه برای اثبات ادعای محبت و دوستی باید اجازه ی بهره‌وری فیزیکی داده شود، مورد تجاوز قرار می‌گیرند و بدتر اینکه برخی از آنها حتی نمی‌دانند که مورد بهره‌کشی جنسی قرار گرفته‌اند.

مسئله ی دیگر اینکه تجاوز تنها رابطه ی کامل جنسی را در بر نمی‌گیرد بلکه هر نوع تماس نزدیک کلامی، لمسی، شوخی و... چنانچه بدون رغبت فرد مقابل و با فشار قدرتی، تهدید به محرومیت‌های گوناگون مثل محرومیت از شغل یا حتی از محبت فرد مقابل یا قرار دادن فرد مقابل در شرایط رودربایستی و اجبار نیز تجاوز محسوب می‌شود. حتی ممکن است یک دست دادن ساده را نیز بتوان از انواع تجاوز جنسی به حساب آورد (یادگاری، ۱۳۹۰).

### ویژگی‌های متجاوزین جنسی

به اعتقاد کوهن می‌توان متجاوزین جنسی را از طریق ویژگی‌های عمومی نظیر احساس بی‌کفایتی و بی‌لیاقتی، خشم یا تمایلات جنسی غالب بر احساسات، شناسایی نمود. به اعتقاد او متجاوزین جنسی برای رهایی از این موضوع که فردی را دستخوش تجاوز قرار داده‌اند، از مکانیسم فرافکنی استفاده می‌کنند. آنها اغلب در مقابل نیازهای دیگران، حساس نیستند و احساس همدلی و صمیمیت نمی‌کنند و مقاومت آنها در برابر ناکامی‌ها بسیار ضعیف است، گرچه قوه ادراک، قضاوت و استدلال اکثر آنها سالم است، لیکن هنگامی که هیجانات آنان

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۵۱

برانگیخته می‌شود، اعمال تباه کننده‌ای انجام می‌دهند. در مطالعات اخیر، مردان متجاوز جنسی به چند گروه مجزا تقسیم شده‌اند:

- ۱) آزارگران جنسی که از درد کشیدن قربانی دچار تحریک جنسی می‌شوند.
- ۲) مهاجمین بهره کش که به طریق تکانشی، قربانی را به عنوان یک شیء جهت ارضای جنسی خود استفاده می‌کنند.
- ۳) مردان بی کفایت که معتقدند هیچ زنی داوطلبانه با آنها ازدواج نخواهد کرد و مدام در تخیلات جنسی خود غرق هستند.
- ۴) مردانی که تجاوز به عنف از طرف آنها، جابجایی در خشم و غضب است. برخی عقیده دارند که این خشم قبلاً متوجه همسر یا مادر بوده است. فمینیست‌ها معتقدند که متجاوز نمی‌تواند پرخاشگری خود را به طور مستقیم نسبت به مردان دیگر ابراز کند، به همین جهت این پرخاشگری، جابجا می‌شود و زنان را آماج حمله قرار می‌دهد.

### انگیزه‌های متجاوزین جنسی

انگیزه‌های متجاوزین جنسی می‌تواند شامل موارد زیر باشند:

- لذت جویی جنسی. برخی از متجاوزین جنسی برای لذت جنسی به این کار مبادرت می‌کنند.
- فشارهای تکاملی. برخی از متجاوزین جنسی به دلیل فشارهای دوران‌های رشدی اقدام به این کار می‌کنند.
- اعمال قدرت: این متجاوزین جنسی هوادار خشونت فیزیکی و مرد سالاری هستند. معمولاً قصد به قتل رساندن قربانی را نداشته و تنها می‌خواهند به قربانیان خود ضربه روحی وارد ساخته و آنان را تحقیر کنند.

- اثبات مردانگی: این دسته از متجاوزین جنسی از لحاظ اجتماعی ناکارآمد بوده و قادر به برقراری روابط عاشقانه، صمیمی و اجتماعی نمی‌باشند. معمولاً پیش از تجاوز جنسی به قربانیان خود، به تعقیب آنها می‌پردازند. پرخاشگر و خشن نبوده و از بهره هوشی پایینی برخوردار هستند. به سبب عدم باور به توانایی خود به عنوان یک مرد، برای اثبات مردانگی به خود دست به این عمل می‌زنند.

- انتقام جویی: اینگونه افراد معمولاً معتاد به مواد مخدر و یا الکل می‌باشند. زن ستیز بوده و دارای رفتار تکانشی و خشونت آمیز هستند. معمولاً قربانی خاصی را از قبل انتخاب نمی‌کنند. تهاجم و تعرض آنها به قربانیان خود تکانشی، خود انگیخته، ناگهانی و وحشیانه می‌باشد. هرگاه قربانی آنها مقاومت کند، ممکن است قربانی را تا حد مرگ مورد ضرب و جرح قرار دهند. اینگونه افراد نیز دارای بهره هوشی پایینی می‌باشند.

- آزارگران: این گروه خطرناکترین متجاوزین جنسی را تشکیل می‌دهند. این گونه افراد جامعه ستیز بوده و رفتار ضد اجتماعی از خود بروز می‌دهند. اینگونه افراد ممکن است فریبنده و جذاب بنظر برسند که این امر شناسایی آنها را دشوار می‌سازد. معمولاً قربانیان خود را به شدت شکنجه داده و یا به قتل می‌رسانند.

- تجاوز توسط نزدیکان: برخلاف تصور عام، تجاوز از سوی نزدیکان و آشنایان بخش عمده‌ای از تجاوزات جنسی را به خود اختصاص می‌دهد و یکی از پدیده‌های در حال گسترش، پدیده تجاوزهای جنسی در دوستی‌های جدید و نوپا در جوانان است.

برخی از متجاوزین جنسی نیز به دلیل ابتلاء به اختلالات روانپزشکی محورهای I و II مرتکب جرم می‌شوند که توجه به این مسئله از موضوعات کلیدی در حیطه قانون و دادگاه می‌باشد (گویلز، تاکر و وارد، زیر چاپ).

### ویژگی زنان قربانی تجاوز جنسی

زنان قربانی تجاوز جنسی می‌توانند شامل افراد زیر باشند:

- پناهندگان اخراجی: در مهاجرت، پناهندگی و آوارگی، کودکان و زنان از آسیب پذیرترین قشرها هستند و ممکن است مورد سوء استفاده و تجاوز جنسی قرار بگیرند (بوالهروی و دادفر، ۱۳۷۹، محمدیان، دادفر، بوالهروی، کریمی کیسمی، ۱۳۸۴، دادفر، کولیوند و اصغر نژاد فرید، ۱۳۹۳، عاطف وحید و دادفر، ۱۳۹۴، دادفر، بوالهروی و دادفر، ۲۰۱۲، دادفر و همکاران، ۲۰۱۵) و بدن‌بال آن دچار مشکلات بهداشت روانی مانند اختلال افسردگی شوند (دادفر، بیرشک و دادفر، ۱۳۹۰، دادفر، عاطف وحید، و کاظمی، ۱۳۹۴، دادفر، عاطف وحید و صابری زفرقندی، ۱۳۹۴) و مشکل هویتی (دادفر، عاطف وحید، اصغر نژاد فرید، کولیوند و کاظم زاده عطوفی، ۱۳۹۴) شوند. در این شرایط لازم است برای آنها حمایت‌های روانی اجتماعی فراهم گردد (دادفر و همکاران، ۱۳۹۳). زنانی که به صورت غیر قانونی وارد یک کشور دیگر می‌شوند، احتمالاً توسط مقامات قانونی مورد تعرض جنسی واقع می‌شوند، زیرا کمتر احتمال دارد که شکایت کنند.

- بیماران روانی: یک دسته دیگر از زنان قربانی، به لحاظ عقلی دارای نقصان بوده یا بیماری روانی دارند. تحقیقی در فرانسه نشان می‌دهد که زنان اسکیزوفرنیک سه برابر بیشتر از زنانی که دارای بیماری اختلال خلقی دوقطبی بودند و دو برابر بیش از سایرین، قربانی تجاوز جنسی واقع شده‌اند. همچنین بسیاری از زنانی که مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی بودند، به کرات مورد تجاوز واقع شده‌اند، وضع روحی آنان به مراتب بدتر گردیده است.

- دختران فراری و زنان خیابانی: درصد نسبتاً بالایی از قربانیان تجاوز، زنان و کودکان خیابانی هستند. از آنجا که این دسته از زنان و کودکان بی سرپرست، فاقد حامی و سرپناه می‌باشند، لذا طعمه سوء استفاده کنندگان جنسی می‌شوند. یک پژوهش در ایران در مورد افسردگی و سوء استفاده جنسی از کودکان خیابانی منطقه ۱۲ شهرداری تهران، نشان می‌دهد

که میانگین سنی این کودکان ۶ تا ۱۷ سال بوده است و ۵۶ نفر از آنها پسر و ۳۱ نفر، دختر بودند. ۲۰٪ کودکان خیابانی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند و اغلب سوء استفاده کنندگان، غریبه بوده اند. دختران فراری، به دلیل نداشتن سرپناه و حامی جدی و ترس از مراجعه به مراکز قانونی، به جهت اجبار آنها در بازگشت به خانه و زنان روسپی به دلیل سوء سابقه اعتیاد، بسیار آسیب پذیر می باشند و جوانان ولگرد با آگاهی از این وضعیت، آنها را تهدید کرده و مورد تجاوز جنسی قرار می دهند.

### شگردها و ترفندهای متجاوزین جنسی

شگردها و ترفندهای متجاوزین جنسی شامل موارد زیر هستند:

- دروغ و فریب: در مواردی، شخص متجاوز برای فراهم کردن زمینه مناسب جهت تجاوز جنسی، ابتدا با قربانی طرح دوستی می ریزد و به وی اظهار محبت می نماید، حتی به او قول ازدواج می دهد و به محض آنکه زمینه آماده گردید، چهره واقعی خود را آشکار می سازد. شیوه معمول جهت تجاوز جنسی به کودکان نیز با بهره گیری از فریب و دروغ می باشد.

- تهدید به آبروریزی: در موارد زیادی، فرد متجاوز جنسی برای آنکه بتواند از شکایت قربانی جلوگیری کند و او را خلع سلاح نماید، قربانی را عریان کرده و از او عکس می گیرد. در این موارد، قربانی عموماً متجاوز جنسی را می شناسد و حتی با او سابقه آشنایی و دوستی یا رابطه خانوادگی دارد.

- سوء استفاده از موقعیت شغلی: یکی از شایع ترین راه های تجاوز جنسی، سوء استفاده از موقعیت شغلی است که به صورت های زیر گزارش شده است:

\* بعضی از کارفرمایان و مدیران (به ویژه در شرکت های خصوصی) کارمند یا منشی خود را مورد آزار جنسی قرار می دهند که این امر، معضل بزرگی برای زنان جوانی است که در شرکت های خصوصی کار می کنند.

\* مورد دیگر سوء استفاده مقامات پلیس در تجاوز به زنان پناهندهٔ اخراجی می‌باشد.

\* برخی از درویش نیز به بعضی از مریدان زن خود تجاوز کرده‌اند.

\* یکی از راه‌های ربودن زنان و دختران جوان، جعل عناوینی مانند مأمور ارشد یگان

نظامی یا ماموران انتظامی و غیره می‌باشد.

- تهدید مسلحانه: معمولاً ربودن دختران به چند شیوه انجام می‌گیرد، گاه با استفاده از سلاح سرد مثل چاقو یا قمه، قربانی را تهدید به قتل کرده و او را مجبور می‌کنند تا از دستورات آنها پیروی کند. گاهی نیز با خودرو و به عنوان مسافرکش در شهر به دنبال قربانیان تجاوز می‌گردند و از میان مسافران، طعمه‌های خود را شناسایی می‌نمایند و با همدستی چند شرور، قربانی را به مناطق خاصی انتقال می‌دهند. این نوع تجاوز در اغلب اوقات به صورت گروهی (در قالب باند) انجام می‌شود. اما مواردی هم گزارش شده است که فردی به تنهایی و با استفاده از خودروی شخصی خود اقدام به آدم‌ربایی و تجاوز جنسی نموده است. نمونه‌هایی مانند عقرب سیاه، خفاش شب، بیجه، باند کرکس، باند ابلیس، حادثه خمینی شهر و غیره را می‌توان به عنوان مثال ذکر کرد.

صادق مرادی معروف به عقرب سیاه فردی بود که سال ۱۳۸۷ و پس از تلاش برای ربودن یک زن توسط پلیس در جنوب تهران دستگیر شد و اواخر سال ۱۳۸۹ به اتهام آزار و اذیت و سرقت اموال ۳۰ زن و دختر جوان در دادگاه‌های ایران محاکمه شد. او در محاکمه اول به اعدام محکوم شد و در محاکمه دوم تبرئه گردید. تبرئه او باعث ایجاد بحث‌های اعتراض آمیز در میان رسانه‌های اجتماعی شد و قربانیان هم نسبت به نقض حکم اعدام توسط دیوان عالی کشور، اعتراض کردند. این مسئله حتی باعث اعتراض رئیس قوه قضائیه به حکم شد. وی در سومین محاکمه در بهمن ۱۳۹۰ به اعدام محکوم شد و به دار آویخته شد.

غلامرضا خوش‌رو کوران کردیه معروف به خفاش شب از معروف‌ترین قاتلان زنجیره‌ای ایران بود. وی قتل‌های زنجیره‌ای خود را که همراه با سرقت و تجاوز جنسی بود از

سال ۱۳۷۱ در تهران آغاز کرد. یک بار در سال ۷۱ دستگیر شد ولی از چنگ مأموران گریخت و در بار دوم در سال ۱۳۷۶ دستگیر و به اتهام ۹ فقره قتل اعدام شد. البته وی در دادگاه تنها به یک مورد سرقت ماشین و تقسیم اموال مسروقه اقرار کرده و قتل‌ها را کار شخصی به نام حمید رسولی می‌دانست. او با پوشیدن لباس سیاه و سرقت یک خودرو، اقدام به مسافرکشی می‌کرد. او پس از سوار کردن دختران جوان و زنان آنان را به محل خلوتی می‌کشاند و پس از سرقت وسایلشان و آزار آنان طعمه‌های خود را به قتل رسانده و سپس اجساد آنان را در محل خلوتی می‌سوزاند. او بارها دستگیر شده بود اما با دادن نام‌های مختلف بارها مأموران را فریب داده بود. او به همراه علی کریمی و غلامرضا خوشرو که آن زمان خودش را مراد نادری معرفی کرده بود، در بازجویی به چندین فقره تجاوز و سرقت مسلحانه اعتراف کردند.

محمد بسیجه معروف به بیجه متهم اصلی جنایات پاکدشت بود. وی کارگر کوره پزخانه‌ای در همان منطقه بود که به تجاوز و قتل بیش از ۱۷ کودک و ۳ بزرگسال اعتراف کرد. ماجرای قتل کودکان در اطراف تهران، به عنوان بزرگترین پرونده جنایی هفتاد و یک سال اخیر در ایران شناخته شد و به شدت افکار عمومی را تحت تأثیر قرار داد.

حادثه خمینی شهر تجاوزی دسته جمعی در ۲ خرداد سال ۱۳۹۰ در یکی از روستاهای نزدیک خمینی شهر در استان اصفهان است که منتهی به عکس‌العمل‌های گسترده اجتماعی شد. ۱۳ زن و مرد جوان در یکی از باغ‌های این شهرستان حضور داشتند که ناگهان مردانی با ورود غیرقانونی به داخل باغ، پس از حبس هفت مرد در اتاقی، زنان حاضر در میهمانی را با خودروی سمندی به باغ دیگری در فاصله هزار و ۵۰۰ متری منتقل کردند. متجاوزان سپس با تهدید، چهار تن از زنان را مورد آزار و اذیت قرار داده و قبل از رسیدن پلیس گریختند.

– استفاده از مواد خواب‌آور: یکی از طرق بسیار شایع، استفاده از مواد خواب‌آور، بیهوش کننده یا مست‌کننده است که البته این روش در کشورهای پیشرفته شیوع بیشتری دارد. بر پایه پژوهشی که در یکی از بیمارستان‌های سوئد صورت گرفته است، ۱/۳٪ زنان قربانی، پیش از



تجاوز، مواد خواب آور و بیهوش کننده نوشیده اند. اخیراً استفاده از قرص های نشاط آور در مهمانی ها و پارتی های مختلط افزایش یافته است و افراد ناباب برای ربودن افراد، سرقت و تجاوز جنسی از این مواد استفاده می کنند.

### علل تجاوز جنسی

شناسایی زمینه ها، انگیزه ها و علل تجاوز جنسی، می تواند در خصوص ارائه راهکارهای پیشگیرانه، مقابله ای و بازتوانی قربانیان و متجاوزین جنسی مؤثر واقع شود. رویکردهای روانشناختی و جامعه شناختی علل تجاوز جنسی را تبیین کرده اند (رمضان نرگسی، ۱۳۸۳). با بهره گیری از مدلی تلفیقی که بر همه عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی آزارهای جنسی خیابانی تاکید می ورزد، می توان این معضل را تبیین نمود (آقاجانی، ۱۳۸۳).

### علل روانشناختی

بر مبنای تحلیل های روانشناختی، تجاوز جنسی شکل طبیعی ارضای جنسی نیست، لذا ریشه این رفتار را باید در لایه های روانی افراد جستجو نمود. بر اساس پژوهشی در آمریکا، ۴۴٪ درصد تجاوزات به عنف، با انگیزه میل به پیروزی بوده است. ۲۱٪ تجاوزها، از سوی افرادی بوده است که نسبت به احساس نرینگی خود تردید داشته اند. در ۵٪ موارد، تجاوز جنسی شکل افراطی رفتار سادیسمی است که منشاء آن خشونت است. عقده های جنسی از دیگر علل روانشناختی است که می تواند بر اثر شکست در ازدواج یا ناکامی در آرزوهای دوران جوانی باشد. گاهی تجاوز جنسی، ریشه در تخلیه خشم و انتقام جویی دارد. زنانی که فرد متجاوز را تحقیر یا توهین می کنند، او نیز برای جبران تحقیر و گرفتن انتقام، یا اقدام به تجاوز می کند یا فردی را تشویق به تجاوز می نماید. گاهی فرد متجاوز، از جنس مؤنث یا از تیپ خاصی از زنان نفرت دارد. در این شرایط خطرناک ترین نوع تجاوز جنسی اتفاق می افتد که اغلب منجر به کشتن قربانی می شود. ۳۰٪ از تجاوزات به عنف، از نفرت تعمیم یافته نسبت

به جنس زن سرچشمه گرفته است. از نظر روانشناسان، متجاوزین گروهی دارای خصوصیات نظیر ناامنی، عدم بلوغ، ترس از بی کفایتی جنسی، نیاز به تحمیل سلطه پذیری برای ارضای میل قدرت می باشند. در اعترافات باند کرکس (که به صورت دسته جمعی اقدام به ربودن دختران و تجاوز به آنها می کردند) ذکر شده است: اگر زنی در برابر ما عکس العمل نشان نمی داد، او را ترک می کردیم. ما دنبال زنانی بودیم که در برابر ما مقاومت می کردند و با التماس می خواستند که به آنها تجاوز نکنیم. ما این طور احساس غرور می کردیم و آنها را مورد آزار و دستبرد قرار می دادیم.

### علل فرهنگی

دیدن فیلم‌های خشن جنسی: بی تردید دیدن فیلم‌های خشنوت آمیز جنسی، نگرش و بینش بینندگان را عمیقاً تحت تأثیر قرار می دهد. مشاهده صحنه تجاوز جنسی می تواند در تشویق به تجاوز نقش داشته باشد. در بازرسی از منازل متجاوزین جنسی، وجود مشروبات الکلی، مواد مخدر، فیلم‌ها و سی‌دی‌های مستهجن، به وفور دیده می شود. امروزه باندهای فحشا در کشورهای غربی، صحنه‌های تجاوز به دختران و کودکان را به صورت مستند و واقعی فیلمبرداری می کنند و در معرض فروش می گذارند، این کار تأثیر زیادی در تغییر اخلاق و روحیات تماشاچیان دارد. به عنوان نمونه طی یک عملیات پلیسی در امریکا، دانمارک، هلند و بلژیک ۲۰ نفر از اعضای یک باند «پدوفیل» دستگیر شدند و عکس‌ها و فیلم‌های زیادی از صحنه‌های تجاوز جنسی به کودکان ۲ تا ۱۴ ساله از منزل این افراد کشف شد. آنها با رد و بدل کردن این تصاویر بین یکدیگر، بازار داغی از عکس‌ها و فیلم‌های سکسی کودکان ایجاد کردند. از جمله پیامدهای سوء تماشای این فیلم‌ها، ترویج هوسرانی به صورت وحشتناک، آزارگرانه و انحرافی است که بر آزادی بی حد و حصر جنسی تأکید دارد.

تقلید از گروه‌های ضد فرهنگ: یکی از عوامل اصلی تشکیل گروه‌های متجاوز جنسی، تقلید از خرده‌فرهنگ جوانان غربی، خصوصاً گروه‌های رپ می‌باشد، هرچند وجود آمادگی و زمینه‌های خانوادگی و دوستان ناباب برای پذیرش این نوع خرده‌فرهنگ‌ها حائز اهمیت است. برتری جویی و قدرت‌نمایی مردان: قدرت‌نمایی یکی از عوامل مؤثر در ارتکاب تجاوز جنسی است. تقریباً در ۵۵٪ از موارد، تجاوز وسیله‌ابراز قدرت و تثبیت برتری فرد مهاجم بوده است. مردان متجاوز با تحقیر و آزار جنسی قربانیان، احساس برتری کرده و نیاز به مهم بودن خود را ارضا می‌کنند. آنها می‌اندیشند که قدرتشان کاهش یافته و در تمامی امتیازات اجتماعی، زنان با آنان به رقابت برخاسته‌اند؛ لذا به دنبال اثبات برتری خود هستند و با انگیزه تحقیر جنس مخالف اقدام به تجاوز می‌کنند.

شیء انگاری زنان: یکی از عوامل مؤثر در اقدام به تجاوز به عنف، تفکر شیء انگاری در مورد زنان می‌باشد. امروزه، در فیلم‌ها و رسانه‌های غربی، زن به صورت کالایی مطلوب و جذاب به تصویر کشیده می‌شود که همه می‌توانند و حق دارند طالب آن باشند. جذابیت تصویری زن برای فروش هر چیزی از سیگار گرفته تا قطعات یدکی اتومبیل استفاده می‌شود. این تصور درباره زنان که آنها باید مردان را به خود جلب کنند و مردان از نظر جنسی فعال، متجاوز و اسیر «شهوت غیر قابل کنترل» خویش هستند و حق دارند به دنبال زنان باشند و زنان را یا با حيله و تزوير يا با زور و سرقت تصاحب کنند و بعد مثل کالایی مصرف شده دور بیاندازند، می‌تواند موجب افزایش تجاوز جنسی علیه زنان شود. با گسترش مدرنیته این طرز تفکر هر روز عرصه‌های بیشتری را به خود اختصاص می‌دهد؛ بنابراین جهان هر روز شاهد جفای بیشتری به زنان خواهد بود.

تغییر ارزش‌های دینی: یکی از عوامل مهم جلوگیری از جرم در جوامع دینی، پایبندی به ارزش‌ها و اعتقادات دینی است. با تغییر ارزش‌ها از ارزش‌های دینی به سوی ارزش‌های مادی و لیبرالی، قدرت دین به عنوان بازدارنده قوی فرو می‌ریزد. افراد نسبت به مسائل دینی بی‌اعتقاد

می‌گردند و انواع انحرافات اخلاقی، به وفور در بین آنها به چشم می‌خورد. در ایران با توجه به شواهد می‌توان ادعا نمود که مصرف الکل در بیش از ۸۰٪ تجاوزات جنسی نقش دارد؛ اعترافات اکثر باند های تجاوز جنسی نشان می‌دهد که متجاوزین قبل از تجاوز، اقدام به شرب خمر می‌کنند. همچنین جوامعی که بر اثر سستی اعتقادات دینی و تغییر ارزش‌ها، خودآرایی و نمایش زیبایی‌های جسمی از طرف زنان و دختران به صورت یک هنجار و ارزش اخلاقی درآمده است، شاهد جنایات جنسی هستند.

### علل اجتماعی

افزایش سن ازدواج: براساس آمارهای کنونی، میانگین سن ازدواج در سال ۸۱-۱۳۸۰ تقریباً ۲/۵ سال افزایش یافته است، به طوری که میانگین سن ازدواج دختران به ۲۵ سال و در پسران به ۳۰ سال رسیده است. در حالی که ازدواج، نیازی طبیعی است، زمانی که این نیاز تأمین نشود، می‌تواند مشکلات و تبعات جبران‌ناپذیری از جمله تجاوز جنسی را برای فرد و جامعه به همراه آورد. وقتی این عامل در کنار عوامل تحریک‌کننده دیگر قرار گیرد و اعتقادات دینی جوانان تضعیف شود، چنین معضلاتی بوقوع می‌پیوندد.

افزایش عوامل تحریک‌کننده: اخیراً چندین کانال رادیویی و تلویزیونی مبتذل به زبان فارسی و با بودجه دولتی کشورهای غربی راه‌اندازی شده است، از طرف دیگر با وارد کردن انواع سی‌دی‌های مبتذل، تصاویر مستهجن، ایجاد و رواج گروه‌های رپ و غیره روز به روز جوانان را از دامان فرهنگ و اجتماع خود خارج کرده و انواع انحرافات اخلاقی بین آنها رواج یافته است.

### علل خانوادگی

عدم رعایت حریم عفاف در مسائل جنسی والدین: اسلام در زمینه روابط زوجین توصیه‌های مهمی دارد که به برخی از آنها اشاره می‌شود: امام صادق(ع) فرمودند: «مرد نباید وقتی کودکی

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۶۱

یا نوجوانی در اتاق باشد با زنش مقاربت کند، زیرا این امر موجب تمایل آنها به زنا می‌شود». در یک حدیث دیگر، امام صادق (ع) به نقل از رسول اکرم (ص) می‌فرماید: "قسم به کسی که جانم در دست اوست، اگر مردی در حالی که کودکی در اتاق بیدار است و آنها را می‌بیند و صدای نفس‌هایشان را می‌شنود، با همسرش همبستر شود، هرگز آن کودک رستگار نمی‌شود و در آینده منحرف خواهد شد." کودکانی که شاهد صحنه‌های روابط جنسی والدین هستند، دوست دارند همان وقایع و جریان را به مرحله اجرا و عمل درآورند و تا مدت‌ها آن وقایع را در ذهن خود مرور کنند. البته گاهی این موضوع در ابتدا برای کودکان و در مواردی نوجوانان، معنای جنسی ندارد، ولی آنها از این صحنه‌ها عکسبرداری ذهنی کرده و در مواردی تقلید می‌نمایند. به تدریج عمل غیرجنسی آنها که اغلب تقلیدی است، به عملی جنسی و برای وصول به اهداف جنسی تبدیل خواهد شد که فرجام آن می‌تواند برای فرد و جامعه بسیار خطرناک باشد. بررسی‌های تجربی نیز نشان داده‌اند که مشاهده روابط غریزی، معاشقه‌ها و مغالزه‌ها می‌تواند سبب تحریک و بیداری جنسی کودکان شود و در شرایط مشابه، آنها را به وادی انحراف بکشاند. آرایش و پوشش نامناسب مادر یا خواهر در نزد نوجوان یا جوان بالغ، زمینه‌ساز انحراف جنسی جوانان می‌باشد. هرچند آرایش زن و شوهر برای یکدیگر امری لازم و مورد توصیه اسلام می‌باشد، اما نکته قابل ذکر این است که در خانواده‌ای با فرزندان نوجوان یا بالغ، این قبیل آراستن‌ها بایستی به حداقل ممکن کاهش یابد و یا دور از چشم آنها اعمال گردد. زیرا دیدن این امور می‌تواند برای جوانان تحریک‌کننده باشد. بررسی‌های علمی نشان می‌دهند که گاهی مادران، دانسته یا ندانسته در تحریک و انحراف فرزندان تأثیر دارند.

وجود سابقه اقدام به تجاوز در اطرافیان: اگر در خانواده‌ای حدود شرع رعایت نشود و اعضای خانواده یا اعضای فامیل دارای روابط بی‌بندوباری باشند، این صحنه‌ها تأثیر مستقیمی بر روح و روان کودک می‌گذارد، به ویژه اگر پدر یا یکی از اعضای فامیل، روابط جنسی نامشروع خود را برای دیگران تعریف کند و فرزند شاهد و شنونده باشد. این امر با توجه به

الگو برداری کودک و نوجوان از بزرگترهای فامیل یا خانواده می تواند تاثیر مستقیمی روی شخصیت او داشته باشد. گاهی کودک در یک محیط نگاه‌های زیرکانه و مخفی دارد، زمانی خود را به خواب می زند تا از واقعه‌ای سردرآورد، در مواردی به تماشای خود و دیگران مشغول می شود و حتی دوست دارد شاهد روابط دیگران باشد که حاکی از انحراف یا مقدمه‌ای برای انحرافات می باشد، در اینجا پدر الگوی نامناسبی برای پسر یا پسرانش خواهد بود، اگر در خانواده ای پدر با دختر یا دخترانش رابطه نامشروع داشته باشد، پسر خود را در انجام این کار تقویت می کند.

### علل حقوقی

عدم گزارش تجاوز جنسی از سوی قربانی: یکی از علل تداوم و گسترش تجاوز جنسی، عدم مراجعه و گزارش قربانیان تجاوز جنسی به مراجع ذی صلاح می باشد، تجاوز جنسی، جرمی خشونت‌زا است که معمولاً گزارش آن، در مقایسه با سایر بزهکاری‌ها کمتر و ناقص‌تر است و در عین حال، در بین سایر بزهکاری‌ها از رشد سریع‌تری برخوردار می باشد. زنانی که مورد تجاوز جنسی قرار می گیرند، این احتمال را می دهند که بعد از افشای این راز، از سوی جامعه و خانواده و حتی نزدیکان خود طرد شوند و به آنها به عنوان یک فرد منحرف نگریسته شود. لذا بسیاری از آنها ترجیح می دهند که برای حفظ آبروی خویش این راز را تا آخر عمر برای خود نگهدارند. دخترانی که به این ترتیب مورد آزار جنسی قرار می گیرند، به خاطر ترس از آبرو، ربوده شدن خود را افشا نمی نمایند و همین موضوع باعث ادامه فعالیت جنایتکارانه متجاوزین جنسی می شود. عقیده بر این است که از هر ۱۰ تجاوز جنسی، فقط یک مورد گزارش می شود. این تعداد، در زمانی که قربانی، فرد متجاوز را می شناسد، بسیار کمتر می شود. زیرا اغلب قربانیان از طرح این مسئله احساس شرم می کنند. همچنین ممکن است آنها نخواهند آشنا یا خویشاوند خود را که مرتکب تجاوز جنسی شده است، تسلیم پلیس کنند و آن شخص

تحت تعقیب قرار بگیرد یا زندانی شود؛ به این علت از ارائه گزارش تجاوز جنسی اکراه دارند و احساس شرمساری و بدنامی می کنند و ترجیح می دهند خود را وارد ماجرای نکنند که موجب سرافکنندگی علنی می شود. لذا اغلب زنان قربانی، موضوع را به مراجع قانونی اطلاع نمی دهند. دلیل دیگر، تحقیری است که قربانی در جلسات محاکمه احساس می کند، برخی از قوانین و رفتارهای قضایی به گونه ای است که گویی قربانی تحت محاکمه است؛ قانون، برای پیشگیری از اینکه زنان کینه توز، کسی را به دروغ، متهم به تجاوز جنسی نکنند، سخت گیری می کند. در امریکا تنها نیمی از متجاوزان دستگیر می شوند و از هر ۵ نفر دستگیر شده، تنها ۳ نفر تحت تعقیب قرار می گیرند، و تنها نیمی از مواردی که تحت تعقیب قرار می گیرند، به دادگاه احضار می شوند و در پایان نیز فقط یک مورد از شش موردی که به دادگاه می روند، محکوم می شوند. از سوی دیگر تحت تعقیب قرار گرفتن یک متجاوز، غالباً به معنای بازجویی وی در دادگاه به وسیله وکلای مدافع متخاصم و متهم شدن او به اغفال است. به جهت تعداد بسیار کم محکومیت متجاوزین جنسی، بسیاری از زنان امریکا در وهله اول از گزارش این جرم دلسرد می شوند؛ اما در دو دهه اخیر، در کشورهای غربی تعداد گزارش های تجاوز جنسی، سریع تر از هر جرم یا خشونت دیگری ارائه می شود.

### علل سیاسی

امروزه تجاوز به عنف، به عنوان یک تاکتیک جنگی است که از روی عمد، برای ایجاد رعب و وحشت و احساس عدم امنیت در شهروندان به کار گرفته می شود. تجاوز در زمان جنگ به دوره باستان برمی گردد و آنقدر قدیمی است که در انجیل مقدس از آن نام برده شده است. از زمان های گذشته، تجاوز به زنان به عنوان پاداش و تفریح فاتحین جنگ محسوب می شود و زنان به عنوان کالا و غنیمت جنگی بوده و اغلب مورد تجاوز سردمداران جبهه مخالف و سایر سربازان قرار می گرفتند. در دنیای مدرن امروزی، تجاوز به عنف، به صورت

منظم و سازماندهی شده، به عنوان یک تاکتیک جنگی درآمده است. تجاوز جنسی به صورت فزاینده و از روی عمد برای ایجاد رعب و وحشت استفاده می‌شود. ارتش اسرائیلی‌ها، یونانی‌ها و رومی‌ها مرتکب تجاوز در جنگ می‌شدند. مغول‌ها که امپراتوری مغول را در سراسر اوراسیا تأسیس کردند، ویرانی فراوانی را در طول تاخت و تازهایشان به بار آورده‌اند. مدارکی که در طول حکومت چنگیز خان و پس از آن نوشته شده است حاکی از این است که پس از پیروزی، سربازان مغول دست به غارت، چپاول و تجاوز می‌زدند. راجریوس، یک راهب که از تهاجم مغول‌ها به مجارستان جان به در برده بود علاوه بر عنصر قتل عام در جریان آن اشغال، به خصوص به این اشاره کرده است که مغول‌ها از تحقیر زنان لذت می‌بردند. در جنگ ویتنام این روش به صورت بسیار گسترده‌ای اجرا می‌شد. به طوری که یکی از تمرینات آموزشی ارتش آمریکا در جنگ ویتنام این بود: «این تفنگ من است (سرباز آمریکایی تفنگ ام-۱۶ را بالا می‌گیرد)، این اسلحه من است (دستش را به روی آلت تناسلی‌اش می‌گذارد) یکی برای کشتن، دیگری برای لذت بردن. در جنگ صرب‌ها در بوسنی و هرزگوین، طی سال‌های ۱۹۹۴-۱۹۹۱ بیش از ۲۰/۰۰۰ زن و دختر مسلمان به شکل وحشیانه و سازماندهی شده، در سطح بسیار وسیع مورد تجاوز جنسی واقع شدند تا اولاً مردم بوسنیایی دچار رعب و وحشت شده و سرزمین اجدادی خود را رها سازند و ثانیاً ناموس آنها حامله شده و اطفال صرب دنیا آورند و نسل جدیدی درست کنند که از مسلمین نباشد. در سرزمین فلسطین اشغالی، برای بیرون راندن فلسطینی‌ها از سرزمین‌شان فجایع بسیار زننده‌ای در دیرباز (۹ آوریل ۱۹۴۸) به وقوع پیوسته است و بسیاری از زنان فلسطینی بعد از تجاوز جنسی، به طرز فجیعی به قتل رسیده‌اند. چنانچه زفی آنکوری اعتراف کرده است که: «من در آن تاریخ وارد ۶ یا ۷ خانه شدم، دیدم که اعضای تناسلی زنان و امعاء و احشاء آنها قطعه قطعه شده و مباشرتاً به قتل رسیده‌اند». قاضی دادگاه جنایی بین‌المللی رواندا در سال ۱۹۹۸ گفت: «از دوران بسیار قدیم، تجاوز جنسی به عنوان یکی از غنیمت‌های جنگی در نظر گرفته می‌شده است و هم اکنون



یک جنایت جنگی است. تجاوز سازمان یافته به بیش از ۸۰/۰۰۰ زن در طول ۶ هفته کشتار ننگینگ توسط سربازان ژاپنی مثالی از این قبیل است. در طول جنگ جهانی دوم تقریباً ۲۰۰/۰۰۰ زن چینی و کره‌ای اصطلاحاً به عنوان «زنان آسودگی» مجبور به تن فروشی در روسپی خانه‌های ارتش ژاپن شدند. نیروهای مراکشی فرانسه که معروف به گومیرها بودند در طول نبرد مونت کاسینو مرتکب تجاوز و سایر جنایات جنگی شدند. تجاوز توسط سربازان در بسیاری از مناطقی که توسط ارتش سرخ تصرف می شد رایج بود. در جریان جنگ استقلال بنگلادش به تقریباً ۲۰۰،۰۰۰ زن توسط ارتش پاکستان تجاوز شد. گرچه این موضوع توسط بسیاری از جمله استاد سارمیلا باس به چالش کشیده شده است و حداقل ۲۰،۰۰۰ زن مسلمان بوسنیایی در جنگ بوسنی توسط نیروهای صرب مورد تجاوز قرار گرفتند. تبلیغات زمان جنگ معمولاً مدعی بد رفتاری با جمعیت غیر نظامی است و در مورد آن اغراق می کند و ادعای تجاوز در این میان نقشی برجسته دارد. در نتیجه غالباً هم از نظر عملی و هم از جهت سیاسی بسیار دشوار است که تصویری صحیح از آنچه واقعاً رخ داده است، به دست آورد. یونیسف در مورد تجاوز به زنان و کودکان در مناطق اخیر درگیر مناقشه در آفریقا عنوان کرده است که دیگر تنها جنگجویان مرتکب تجاوز نمی شوند، بلکه غیر نظامی ها هم دست به تجاوز می زنند. به عقیده یونیسف تجاوز در کشورهایی که تحت تاثیر جنگ یا بلایای طبیعی هستند معمول است که پیوند میان رویداد خشونت جنسی و ریشه کن شدن عمیق بنیان های جامعه و فروریختن هنجارهای اجتماعی را نشان می دهد. به نظر یونیسف تجاوز در مناطق درگیر مناقشه در سودان، چاد و جمهوری دموکراتیک کنگو شایع است. تخمین زده شده است که بیش از ۲۰۰،۰۰۰ زن که امروزه در جمهوری دموکراتیک کنگو زندگی می کنند در درگیری های اخیر مورد تجاوز قرار گرفته اند. در ۱۹۹۸، دادگاه کیفری بین المللی مربوط به روآندا دریافت، در جریان کشتار دسته جمعی در این کشور، از تجاوز سازمان یافته استفاده شده است. این دادگاه دریافت که تجاوز جنسی در روآندا، جزء لاینفک فرایند نابود کردن گروه قومی

«توتسی» (Tutsi) در این کشور بوده است، ضمن آنکه تجاوزات به شکل سازمان یافته انجام گرفته و شدت تجاوز به زنان «توتسی» به حدی گسترده بوده است که خود به پرونده‌ای ویژه برای رسیدگی نیاز دارد. برآورد شده است که ۵۰۰ هزار نفر از زنان در جریان قتل عام ۱۹۹۴ روآندا مورد تجاوز قرار گرفته‌اند. دادگاه کیفری بین‌المللی، تجاوز، بردگی و اسارت جنسی، تن‌فروشی اجباری، بارداری تحمیلی، عقیم‌سازی اجباری، یا هر نوع خشونت جنسی نظیر اینها را، در صورتی که عمل مزبور بخشی از یک عمل گسترده یا سازمان یافته باشد، به عنوان جنایت علیه بشریت تشخیص داده است. تجاوز جنسی نخستین بار زمانی به عنوان جنایت علیه بشریت شناخته شد که دادگاه کیفری بین‌المللی حکم بازداشت برخی افراد را بر مبنای قرارداد ژنو و به دلیل نقض قوانین و مقررات جنگ در کشور یوگسلاوی سابق صادر کرد. به ویژه، از آن روی چنین موضعی اتخاذ شد که زنان مسلمان در شهر فوکا (Foca)، در جنوب شرقی بوسنی و هرزگوین، بعد از اشغال شهر در آوریل ۱۹۹۲، تحت اسارت، شکنجه، و تجاوزهای دسته‌جمعی گسترده و سازمان یافته سربازان صرب بوسنی و هرزگوین، ماموران پلیس و اعضای گروه‌های شبه نظامی قرار گرفته بودند. تنظیم چنین کیفرخواستی اهمیت قانونی زیادی داشت و برای نخستین بار بود که تجاوزهای جنسی این چنینی، به عنوان جنایت علیه بشریت، مورد دادرسی و پیگرد قانونی قرار می‌گرفتند. این کیفرخواست در سال ۲۰۰۱ با رأی هیئت منصفه دادگاه کیفری بین‌المللی در مورد یوگسلاوی سابق به تایید رسید و بر مبنای آن، به بردگی گرفتن و تجاوز جنسی جنایت علیه بشریت اعلام شد. عفو بین‌الملل نیز اعلام داشت که این حکم، برداشت رایجی را که شکنجه و تجاوز به زنان را بخش ذاتی و اجتناب‌ناپذیر جنگ می‌داند، به چالش می‌گیرد.

## علل اقتصادی

یکی از انگیزه‌های تجاوز، مسئله سرقت طلا و جواهر قربانیان بوده است و عموماً طلا و جواهرات قربانیان، قبل از تجاوز به آنها سرقت می‌شود. به طور نمونه مرد ۳۲ ساله‌ای که در طول دو سال ۴۶ دختر بچه را در شهرستان مرودشت مورد آزار جنسی قرار داده بود، در اعترافات خود انگیزهٔ ربودن دختران را در وهله اول سرقت زیورآلات آنها و سپس وسوسه و آزار جنسی آنان، عنوان کرده است. دو جوان دیگر نیز ضمن تجاوز به ۹ زن و دختر جوان اراکی و به قتل رساندن آنها، جواهرات آنان را به سرقت برده‌اند. چو (۲۰۰۸) با استفاده از داده‌های پانل برای ۵۰ ایالت آمریکا در دوره ۲۰۰۴-۱۹۹۵ تاثیر مثبت و معنی دار شاخص فقر بر جرائم خشونت، تجاوز جنسی و سرقت را تأیید کرد. مداح و خیرخواهان (۱۳۹۰) اثر انگیزه‌های اقتصادی در ارتکاب جرم را بررسی کردند. نتایج نشان داد که سطح آموزش پایین و جوانی جمعیت احتمال مشارکت افراد در فعالیت‌های مجرمانه را افزایش می‌دهند. تبیین علل اقتصادی جرم و تأیید رابطه مستقیم و معنی دار میان عوامل اقتصادی مانند فقر و محدودیت‌های درآمدی با نرخ ارتکاب جرم و ارائه راهکارهای جدید برای نظام سیاست گذاری در مبارزه با جرم را دربرگرفت.

## نظریه‌های مربوط به نقش قربانی در وقوع تجاوز جنسی

در خصوص دیدگاه‌های موجود در جرم‌شناسی دو دیدگاه در ادبیات جرم‌شناسی مطرح است. دیدگاه نخست بر نقش قربانی در فرآیند ارتکاب جرم تأکید می‌ورزد و معتقد است که مجنی علیه، یک رکن و عنصر حیاتی در ارتکاب جرم، به ویژه در وضعیت‌های خاص محسوب می‌شود. دیدگاه دیگر بر مسئولیت قربانی در «پیدایش جرم» تأکید دارد. استفان اسکافر معتقد است که برخی از قربانیان می‌توانند محرک و مشوق مجرمین باشند. امروزه

تئوری‌های متعددی وجود دارند که به بیان علل جرم‌ها و قربانی‌سازی‌ها می‌پردازند (دورانت و وارد، ۲۰۱۵، بیچ و وارد، زیر چاپ، وارد و بیچ، زیر چاپ).

### الف) تئوری سبک زندگی (شیوه زیستن)

مطابق دیدگاه سبک زندگی، علل قربانی شدن برخی افراد «شیوه یا سبک زندگی» آنها است که آنها را بیشتر در معرض تهاجم مجرمین قرار می‌دهد. برای نمونه مجرد زیستن، معاشرت با مردان جوان، رفت و آمد شب‌هنگام و زندگی در شهرهای بزرگ از شیوه‌های زندگی است که نرخ قربانی شدن زنان را افزایش می‌دهد. همچنین پوشیدن لباس‌های تنگ و بدن‌نما اثرات نامطلوب و تحریک‌کننده‌ای در جوانان ذکور دارد که این امر می‌تواند وسوسه اعمال خشونت برای ارضای میل جنسی را در آنها برانگیزاند. امروزه ربایندگان زنان و دختران به وسایل کامل‌تری مجهز شده‌اند، قبلاً موقعیت را دقیقاً زیر نظر گرفته و به صورت گروهی به سراغ شکار خود می‌روند و گاهی با کسب اطلاعات کافی از لحاظ طرز زندگی، ساعات عبور و مرور زنان و دختران آشنا و بیگانه، اقدامات لازم را به عمل می‌آورند و پس از ربودنشان، به اماکن مجهز و آماده انتقال داده و در معرض تجاوز و فروش قرار می‌دهند و با استفاده از امکانات کامل‌تری که در اختیار دارند، ابتدا آنها را زندانی کرده و به طور مخفیانه نگهداری می‌نمایند و در صورت مقاومت، با انواع شکنجه‌ها و تجاوز به عنف، فرد وادار به تسلیم نموده و به حرفه تن‌فروشی عادت می‌دهند.

### ب) تئوری اعمال روزمره

از نگاه تئوری اعمال روزمره، اجتماع، انباشته از مجرمین برانگیخته‌ای است که آماده ارتکاب جرم می‌باشند. از این رو پایین بودن ایمنی و محافظت در برخی گونه‌ها، آماج‌های مناسبی را برای دست زدن به ارتکاب جرایم توسط چنین مجرمین بالقوه‌ای فراهم می‌کند. طبق این نظریه، زنان به خاطر وضعیت ظاهری و روحی خاص خود، همواره در معرض قربانی شدن

قرار دارند، زیرا همه مردان، مجرم بالقوه می باشند. در حالی که مطابق نظریه سبک زندگی، زنان خاصی که زمینه را فراهم می کنند، مستعد قربانی شدن هستند، اما طبق این نظریه، جنس زن ماهیتاً دارای خصوصیتی است که در معرض خطر قرار دارد. این خصوصیات ذاتی عبارتند از:

- وضعیت ظاهری زنان، خصوصاً زیبایی آنان نقش مهمی در قربانی شدن آنها دارد.  
- زنان از نظر روحی دارای خصوصیات ویژه ای هستند، لطافت روحی و غلبه احساسات و عواطف در زنان باعث می شود تا تحت تأثیر عواطف خود قرار گرفته و در دام اغفالگران و اغواگران گرفتار شوند. طبق این نظریه، زنان باید در هر شرایط و در هر مکانی، به فکر نکات ایمنی باشند و هیچگاه احتیاط را از دست ندهند.

#### مقصر دانستن قربانی

مقصر دانستن قربانی بدین معنی است که قربانی یک جرم را کاملاً یا تا حدودی در به وقوع پیوستن جرم مسئول بدانیم. در مورد تجاوز جنسی، این مفهوم اشاره دارد به تئوری دنیای عادل و این نگرش عمومی که برخی رفتارهای خاص قربانی از قبیل لاس زدن یا پوشیدن لباس های تحریک کننده جنسی ممکن است تجاوز جنسی را برانگیزد. در موارد افراطی، گفته می شود که قربانی فقط با متین رفتار نکردن خودش آن را فرا خوانده است. در بیشتر کشورهای غربی، حمایت از تحریک جنسی به عنوان یکی از علل کاهش خطرات تجاوز جنسی پذیرفته نمی شود. یک بررسی جهانی در مورد نگرش ها به خشونت جنسی که توسط انجمن جهانی تحقیقات بهداشت و درمان انجام شد نشان داد که مفهوم مقصر دانستن قربانی حداقل تا حدودی در اکثر کشورها پذیرفته شده است. در بعضی کشورها مقصر دانستن قربانی خیلی عمومی تر است و گاهی چنین تصور می شود که زنانی که مورد تجاوز جنسی قرار می گیرند، نامناسب رفتار کرده اند. معمولاً، اینها کشورهایی هستند که در آنها شکاف اجتماعی عمیقی

بین وضعیت و آزادی‌های فراهم شده زنان و مردان وجود دارد. پژوهش در مورد باورهای نادرست در مورد تجاوز نشان می‌دهد که قربانیان تجاوز وقتی دیرتر در جریان تجاوز در برابر حمله مقاومت می‌کنند بیشتر سرزنش می‌شوند تا وقتی که زودتر مقاومت می‌کنند (کوپر، ۱۹۹۶). این یافته به نظر می‌رسد به کلیشه‌ای اشاره می‌کند که می‌گوید این زنان مقاومت دروغین می‌کنند (ملموث و براون، ۱۹۹۴؛ موهلنهارد و راجرز، ۱۹۹۸) یا به خاطر اینکه در تجربه جنسی تا اینجا پیش رفته‌اند پس به دروغ مرد را تشویق کرده‌اند. در نهایت، این باور که وقتی قربانیان تجاوز توسط یک آشنا یا کسی که با او قرار داشته‌اند مورد تجاوز قرار می‌گیرند بیشتر سرزنش می‌شوند تا وقتی که تجاوز توسط یک ناشناس انجام می‌شود (بل، کریلف و لوتس، ۱۹۹۴؛ بریدجز، ۱۹۹۱؛ بریدجز و مک‌گریل، ۱۹۸۹؛ چک و ملموث، ۱۹۸۳؛ کانکر، شاهرولا، فرانکو، کونجو، و پینتو، ۱۹۹۱؛ لارماند و پیتونه، ۱۹۸۲؛ تترالت و بارنت، ۱۹۸۷). این یافته‌ها به نظر می‌رسد از کلیشه‌ای بر می‌خیزد که از آن جایی که قربانیان متجاوز را می‌شناسند و شاید حتی با او سر قرار رفته‌اند واقعاً می‌خواهند سکس داشته باشند. به نظر می‌رسد وقتی عناصر تجاوز کلیشه‌ای خاصی وجود داشته باشند احتمالاً قربانیان تجاوز مورد سرزنش واقع می‌شوند. افراد ممکن است باورهای نادرست پیرامون تجاوز را بپذیرند و در عین حال اثرات منفی تجاوز را قبول داشته باشند (آمی و همکاران، ۲۰۰۱). تعدادی از کلیشه‌ها در مورد نقش‌های جنسیتی می‌توانند در توجیه تجاوز نقش ایفا کنند. در مورد تجاوز مرد به زن، این کلیشه‌ها شامل این موارد هستند: قدرت مختص مردان است در حالی که زنان به درد سکس می‌خورند و کالایی بیش نیستند، زنان خواهان سکس اجباری و توسری خوری هستند، و تکانه‌ها و رفتارهای جنسی مردان غیرقابل کنترل است و باید ارضا شوند. در مورد تجاوز زن به مرد، قربانی یا احتمالاً ضعیف فرض می‌شود و یا در فرهنگ‌هایی که مردان با پیروزی‌های جنسی جایگاه کسب می‌کنند خوش شانس تصور می‌شوند.

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۷۱

در مسیر تکوین جرم و در نهایت قربانی شدن زنان، عوامل متعددی ایفای نقش می‌کنند، گاه علت وقوع جرم و بزه‌دیدگی، خود قربانی است، به این معنی که قربانی با اعمال و رفتار خود موجبات قربانی شدن خود را فراهم می‌کند. به عبارت دیگر بین مجرم و قربانی او، یک واقعیت جرم‌شناسی وجود دارد و قربانی، یکی از عناصر و عوامل اصلی وقوع جرم است. در تعداد قابل توجهی از موارد، قربانی با رضایت، همکاری و یا حرکات تحریک‌آمیز و غیره نقش اساسی در تکوین عمل مجرمانه ایفا می‌کند و مجرم بالقوه را برای ارتکاب جرم وسوسه و اغوا می‌کند، «برای مثال کشش جسمانی و روانی که به طور خودآگاه یا ناخودآگاه میان زن و مرد وجود دارد، فقط در مجرم وجود ندارد، بلکه این کشش از سوی زن نسبت به مرد هم وجود دارد که در بسیاری از موارد انگیزه او را در حمله جنسی تا اندازه‌ای فراهم می‌آورد. اغلب اوقات یک زن به طور ناخودآگاه تمایل دارد که به زور مورد تصرف قرار گیرد، این تمایل وسوسه‌آمیز در دختران جوانی دیده می‌شود که با پسرها دوست می‌شوند یا در نقاط خطرناک و غیرمعمولی قدم می‌زنند که امکان ربودن آنها زیاد است و بدین ترتیب به طوری خود را در معرض حملات جنسی قرار می‌دهند. خصوصیات و ویژگی‌های قربانیان جرم در سلسله اسباب و علل جرم، عامل مؤثری در گزینش قربانی توسط مجرم می‌باشد. مجرمین بالقوه، سعی در انتخاب قربانیانی دارند که برای آنها زحمت کمتری داشته باشد. پژوهشگران عوامل گوناگونی را تشخیص داده‌اند که در گزینش قربانی توسط مجرم موثر می‌باشند. با ترکیب این عوامل، پنج طبقه کلی تشخیص داده شده است:

۱- همجواری یا نزدیک بودن: در اکثر جرائم جنسی، برقراری تماس فیزیکی و جسمی با قربانی ضروری است.

۲- جاذب بودن قربانی: جاذب بودن قربانی برای مجرم با نوع جرم و نوع مجرمین متفاوت خواهد بود. بعضی از آماج‌ها برای برخی از مجرمین، جاذب و برای بعضی دیگر از مجرمین

جاذب نیستند، در جرائم جنسی علیه زنان، جذابیت جسمی و دیگر ویژگی های شخص قربانی از عوامل مهم تعیین قربانی خاص می باشد.

۳- قابلیت وصول و دسترسی: قابلیت وصول و دسترسی نیز عامل مهم دیگری در گزینش قربانی خاص است. به طور نمونه زنی که در شب و به تنهایی در کوچه و خیابان های خاموش و تاریک قدم می زند، امکان دسترسی را برای مجرم به وجود می آورد.

۴- قابلیت کنترل: مجرمین در هنگام ارتکاب جرم امکان مقاومت قربانی را پیش بینی می کنند و سعی می کنند آماجی را انتخاب کنند که در صورت مقاومت او بتوانند او را کنترل کنند.

۵- میزان خطر: مجرمین هنگام طرح ریزی ارتکاب جرم، شانس موفقیت یا شکست را در رسیدن به هدف مجرمانه و نیز خطرات احتمالی آن در نظر می گیرند و قربانیانی را انتخاب می کنند که آسیب پذیر و بی دفاع باشند تا در صورت ارتکاب جرم، به راحتی از محل وقوع جرم فرار کنند..

### پیامدهای تجاوز جنسی

تجاوز جنسی می تواند پیامدهای متعددی برای قربانی و متجاوز داشته باشد که آسیب های جسمی، روانی، خانوادگی و اجتماعی از جمله این آثار است.

- ایجاد آسیب های جسمی: تجاوز، آثار زیانبار جدی بر سلامت جسمی قربانی دارد. بهره کشی جنسی از کودکان کم سال می تواند به تأثیر سوء و آسیب دائم در اندام های تناسلی، مقعد، دهان، گلو و حتی در موارد شدید به مرگ منجر شود. دختران و زنان جوانی که توسط محارم مورد تجاوز واقع می شوند، به شدت در خطر ابتلا به بیماری های مقاربتی به ویژه باکتری مهیلی تریکوموناس، کلامیدیا و ایدز قرار دارند. برای مثال گزارشی از یک مرکز حمایت از قربانیان تجاوز در بانکوک (تایلند) اعلام می کند که ده نفر از مراجعین، مبتلا به یک بیماری



مقاربتی، حاصل از تجاوز هستند. در ایالات متحده، گزارش‌هایی مبنی بر خشونت جنسی، تجاوز و افزایش آلودگی به HIV در بین زنان و کودکان ارائه شده است. قربانی ممکن است در جریان تجاوز به عنف، به انواع بیماری‌های مقاربتی نظیر ایدز، سوزاک، سفلیس و ... مبتلا شود، همچنین زنانی که تجاوز جنسی را تجربه کرده‌اند، احتمالاً در آینده به درد مزمن لگن خاصره، درد شکم، نشانگان دفع تحریک و بدکاری جنسی دچار می‌شوند. خاطره تجاوز همراه با آسیب جسمی ممکن است به بروز انواع بیماری‌های زنان منجر شود. همچنین زنانی که سال‌های باروری خود را می‌گذرانند، ممکن است در خطر بارداری ناخواسته قرار گیرند. تجاوز به عنف، اغلب همراه با جرائم دیگر رخ می‌دهد. متجاوزان جنسی تقریباً همیشه قربانیان را با مشت، چاقو یا اسلحه تهدید می‌کنند و اغلب، به طریق غیر جنسی و جنسی صدمه می‌زنند. قربانیان ممکن است کتک بخورند، مجروح یا کشته شوند. تجاوز جنسی معمولاً به آسیب‌های جسمی منجر می‌شود. نشانه‌های بدنی بعد از تجاوز شامل اختلالات خواب، دل‌آشوبی (بیشتر به صورت تهوع) سردرد و درد عضلانی اسکلتی (در اثر تنش)، آزرده‌گی واژن و درد رکتوم در بیشتر از ۵٪ قربانیان مشاهده می‌شود.

ایجاد بیماری‌های روانی: اغلب زنانی که مورد تجاوز جنسی قرار می‌گیرند، دچار اختلالات هیجانی یا روانی می‌شوند، حتی اگر بکوشند به زندگی خود ادامه دهند و نسبت به این رخداد واکنش نشان ندهند و احساسات خود را انکار کنند، این اختلالات روانی مشاهده می‌شود. در برخی موارد، زنان قربانی دچار احساس شرم، تحقیر، گیجی و سردرگمی، ترس، خشم، غضب، عدم امنیت، اضطراب و افسردگی، بی‌خوابی، کابوس، بی‌زاری از آمیزش جنسی و احساس بی‌حرمتی و فقدان کنترل بر بدن می‌شوند. این پدیده‌ها ممکن است ماه‌ها یا حتی سال‌ها بعد از تجاوز جنسی ادامه پیدا کند. از سوی دیگر هر رویدادی که تجاوز جنسی را در ذهن زن تداعی کند یا او را به این فکر بیاندازد که بر زندگی خود کنترل ندارد، می‌تواند احساسات فوق‌در فرد برانگیزد. زیرا زن در جریان تجاوز به عنف، در وضعیت وحشتناک و

مرگباری قرار می‌گیرد و حالت شوک و ترس پیدا می‌کند. بسیاری از زنان قربانی نیز احساس می‌کنند که خودشان به نوعی در تجاوز جنسی مسئول بوده‌اند، در نتیجه ممکن است احساس گناه و بی‌ارزشی کنند. قربانیان تجاوز جنسی همچنین با مشکلات سازگاری از جمله ترس زیاد از خیابان، احساسات منفی نسبت به مردان ناآشنا، روابط آشفته با افراد ناهمجنس، احساس ناامنی، ترس از تنها ماندن در خانه... مواجه هستند.

هر گونه آزار و اذیت خود می‌تواند به طور بالقوه موجب آسیب فراوانی شود. بسته به درک افراد از رویدادها، راهبردهای مقابله‌ای، منابع درونی و بیرونی، موجود و سایر ویژگی‌های موثر آنها در مدیریت کلی تجربه، اشخاص مختلف ممکن است محرک‌های استرس‌زا مانند تجاوز جنسی یا سوء استفاده جنسی را به گونه‌های مختلف در نظر بگیرند و امکان دارد پیامدها نیز متنوع باشند (گیل، ۱۳۹۲). جدول صفحه بعد ویژگی‌های فردی‌ای که ممکن است بر میزان زیاد یا کم تاثیر آسیب‌زای هر نوع عامل استرس‌زای منجمله تجاوز جنسی یا سوء استفاده جنسی اثرگذار باشند را نشان می‌دهد.

آسیب‌های خانوادگی: در بیشتر اوقات، خانواده قربانیان همانند خودشان بیشترین آسیب را متحمل می‌شوند. بسیاری از زنان با نشانه‌های اختلال یا «استرس پس از آسیب» مواجه می‌شوند و زندگی جنسی آنها تقریباً از هم می‌گسلد و بسیاری از قربانیان نسبت به روابط جنسی، هراس پیدا می‌کنند و یا دچار نشانه‌هایی مانند واژینیسم می‌شوند. بیش از نیمی از قربانیان، مشکل زیادی در برقراری مجدد روابط جنسی و عاطفی با همسر خود دارند، این موضوع در زنانی که از لحاظ جنسی فعال نیستند، اثر منفی شدید تری می‌گذارد. شوهری که همسرش مورد تجاوز جنسی قرار گرفته است احتمالاً دید منفی نسبت به همسرش پیدا می‌کند و او را همچون فرد «سقوط کرده» یا «آلوده» می‌داند، مردان فامیل، در زمانی که زن واقعاً به محبت و حمایت نیاز دارد، به طور غیرارادی با خشم یا غضب به او پاسخ می‌دهند یا ترجیح می‌دهند که به محض رفع مشکلات جسمی زن قربانی، زندگی عادی خود را پیش گیرند و به نیاز زن برای صحبت

کردن درباره احساساتش توجه نکنند. از سوی دیگر هیچ یک از نزدیکان زنان قربانی نمی دانند که چگونه باید با آنها برخورد کنند تا قربانی بتواند به زندگی عادی خود بازگردد. در بسیاری از موارد زنی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته، سعی می کند که هیچ یک از اعضای خانواده قضیه را با خبر نشود، زیرا احتمال می دهد که آنها وی را عامل تجاوز جنسی بدانند، در این حال معمولاً آسیب هایی که به زن وارد شده است، نادیده گرفته می شود.

**جدول ۱- ویژگی های فردی ای که ممکن است بر میزان زیاد یا کم تاثیر آسیب زای عامل استرس زای تجاوز جنسی یا سوء استفاده جنسی اثرگذار باشند**

تاثیر آسیب زای زیاد	تاثیر آسیب زای کم
ناتوانی برای مقابله تداوم می یابد.	راهبردهای مقابله ای رشد و توسعه می یابند.
راهبردهای مقابله ای یا وجود ندارند یا موفقیت آمیز نیستند.	راهبردهای مقابله ای موفقیت آمیز هستند.
منابع درونی موجود نیستند.	منابع درونی موجود هستند.
منابع بیرونی موجود نیستند.	منابع بیرونی موجود هستند.
توانایی بیان کردن وجود ندارد.	فرد به توانایی بیانی دست می یابد..
علائم پایدار می مانند.	علائم کاهش می یابند.
درماندگی تداوم می یابد.	امیدواری افزایش می یابد.
کنترل فردی وجود ندارد.	کنترل فردی حاصل می شود.
بحران وجودی را نمی توان حل کرد.	بحران وجودی را می توان حل کرد.
آسیب را نمی توان برطرف کرد یا به گونه ای منفی برطرف می شود.	آسیب را می توان برطرف کرد.

### آسیب‌های اجتماعی

آسیب‌های اجتماعی شامل موارد زیر می‌باشند:

افزایش انحرافات اجتماعی: کودکانی که توسط محارم مورد تجاوز جنسی قرار می‌گیرند، بسیار بیشتر از دیگران به فحشا کشیده می‌شوند. نتایج پژوهشی در مورد زنان روسپی تهران، نشان می‌دهد که ۲۲/۵٪ از زنان مورد مطالعه در بسیاری از اوقات به وسیله محارم و در سنین ۵ سالگی مورد تجاوز و آزار جنسی قرار گرفته‌اند. از سوی دیگر بچه‌هایی که توسط نزدیکان بزرگسال خود مورد تجاوز و تعدی قرار گرفته‌اند، معمولاً به دلیل علاقمندی به محارم، خود را گناهکار و مقصر می‌دانند. بنابراین خودکشی و خودزنی با تیغ و یا اشیاء برنده دیگر در میان این دسته از دختران بسیار مشاهده می‌شود.

قتل توسط بستگان: یکی دیگر از پیامدهای تجاوز در جوامع سنتی، قتل قربانی توسط بستگان نزدیک نظیر همسر، پدر یا برادر می‌باشد. این امر در استان‌های مرزی ایران که دارای بافت‌های سنتی می‌باشند، از شدت بیشتری برخوردار است. چنانچه در استان خوزستان در فاصله بین ابتدای فروردین تا اواخر اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۲، تنها در یک طایفه، حدود ۴۵ مورد قتل ناموسی، زیر ۲۰ سال صورت گرفته است. در جامعه ایرانی به جهت غیرت و تعصب شدید نسبت به دختران، قربانی شدن دختر، مساوی با سوء ظن نسبت به او می‌باشد. بنابراین پدر، عمو، برادران و پسران عمو، برحسب سنت، حکم قتل دختری را که به او تجاوز جنسی شده یا در مظان اتهام است، بدون محاکمه اجرا می‌کنند. در پژوهشی که درباره زنان به قتل رسیده در اسکندریه مصر به عمل آمد، نشان داد که ۴۷٪ از مقتولین، قربانیان تجاوز بودند که به دست خویشاوندان نزدیک خود به قتل رسیده‌اند.

طرد از جامعه: مهم‌ترین پیامد قربانیان تجاوز، رانده شدن از اجتماع می‌باشد. به اعتقاد عموم، زن پس از تجاوز، کالای صدمه‌دیده‌ای می‌باشد که از جامعه اخراج شده است و جایی برای رفتن ندارد. واقعیت تلخ‌تر این است که مردان به جای آنکه حامی و پشتیبان قربانی برای

گذر سریع تر و صحیح تر وی از مراحل بهبودی و تجدید ساختار جسمی روانی باشند، با بینش و نگرش خاص، ناعادلانه و غیر منطقی، نسبت به «فرد آسیب دیده» رفتار می کنند. دختران آسیب دیده از سوی پدران مورد ضرب و شتم قرار می گیرند و از خانه اخراج می شوند یا برای مدتی در خانه زندانی می گردند. گاه عکس العمل برادران شخص قربانی، شدید تر بوده و به قتل قربانی توسط آنها منجر می شود. شوهر نیز ممکن است زن قربانی را سهل انگار، بی اراده، خیانتکار، اغواگر و ضعیف بداند و مورد تنفر، سرزنش، طعنه و کنایه های خویش قرار دهد.

سقوط در ورطه فحشا: بسیاری از دخترانی که به جهت شرایط نامساعد خانه فرار می کنند، معمولاً در دام سودجویان قرار گرفته و قربانی تجاوز می شوند، نهایتاً مجبور به فحشا می شوند. همچنین دخترانی که در سنین کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته اند، به فحشا گرایش پیدا می کنند (لرکی و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهشگران دانشگاه براون دریافتند مردان و زنانی که در دوران کودکی یا نوجوانی مورد تجاوز به عنف قرار گرفته اند، چهار بار بیشتر از افراد دیگر به فحشا روی می آورند. همچنین آنها دو برابر بیشتر از سایرین دست به روابط متعدد در هر سال می زنند و درگیر روابط جنسی، لابیالی گری و بی قید و بندی می شوند. سجتانی و همکاران (۲۰۱۳) گزارش داد که شیوع افسردگی در زنان تن فروش ۸۲/۴٪ و در زنان تن فروشی که تجربه تجاوز جنسی و روابط پرخطر مرتبط با اچ ای وی را داشتند، به ترتیب ۵ و ۶ برابر بیشتر بود.

#### راهبردهای پیشگیری، درمان و مقابله

قبل از بکارگیری هر نوع راهبرد پیشگیرانه، درمانی و توانبخشی، ابتدا باید ارزیابی روانشناختی صورت گیرد. در ارزیابی روانشناختی بایستی از آزمون های استاندارد استفاده شود (دادفر، بهرامی، دادفر و یونسی، ۱۳۸۹، دادفر، عاطف وحید، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳،

عاطف وحید، دادفر، اصغرنژاد فرید، و کاظم زاده عطوفی، ۱۳۹۴). برای مقابله با مشکلات بهداشت روانی در افراد، باید راهکارها و راهبردهای پیشگیرانه و درمانی لازم و مناسب را بکار گرفت (کولیوند، دادفر، دادفر و کاظمی، ۱۳۹۳، دادفر، دادفر و کولیوند، ۱۳۹۳، غرایبی، نوری قاسم آبادی و کولیوند، ۱۳۹۳، دادفر، عاطف وحید، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳، دادفر، صابری زفرقندی، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳، دادفر، بیرشک، دادفر، بهرامی، صادقی و کولیوند، ۱۳۹۴، دادفر، اصغرنژاد فرید، پیرمرادی، عبادی زارع و کولیوند، ۱۳۹۴). در بکارگیری راهکارها و راهبردهای پیشگیرانه و درمانی، رویکردی جامعه نگر را اتخاذ نمود (دادفر، عاطف وحید، اصغرنژاد فرید و کولیوند، ۱۳۹۳)، مسائل قانونی و حقوقی را در نظر گرفت (عاطف وحید و دادفر، ۱۳۹۴)، اصول اخلاق و رفتار حرفه‌ای را رعایت نمود (عاطف وحید و دادفر، ۱۳۹۳) و معنویت و مذهب را مدنظر قرار داد (بهرامی، دادفر و دادفر، ۱۳۹۴). در ادامه به راهبردها پرداخته می‌شود:

### ۱- راهبردهای فرهنگی

- ترویج ارزش‌های دینی: جایگزینی ارزش‌های غیر دینی، به جای ارزش‌های دینی، انواع انحرافات از جمله تجاوزات جنسی را گسترش می‌دهد. هرچه اعتقادات مردم نسبت به معنویت کم‌رنگ‌تر شود، به همان نسبت نیز گرایش به انحرافات اخلاقی در بین آنها زیادتر خواهد شد. لذا مصلحان و دلسوزان جامعه باید به احیای ارزش‌های دینی همت گمارند.

- ترویج حجاب کامل اسلامی: یکی از عوامل مؤثر در تحریک متجاوزان جنسی، وضع پوشش و رفتار قربانی است. اغلب قربانیان، ملاک‌های پوشش و رفتار را رعایت نمی‌کنند و با آرایش‌های تند و پوشش نامناسب در بیرون از منزل، زمینه و انگیزه تجاوز جنسی را فراهم می‌نمایند و با این عمل، امنیت سایر زنان را نیز به مخاطره می‌افکنند. در قرآن مجید، رعایت موازین پوشش، جهت حفظ امنیت، آرامش و آسایش زنان سفارش شده است. «ای پیامبر به

همسران و دختران و زنان مؤمن بگو با جلباب، گردن و سینه خود را بپوشانند تا بدین وسیله معلوم شود که اینان اهل عفت و سداد و صلاح هستند تا از آزار و اذیت اوباش در امان بمانند». همچنین در مواجهه با این ناهنجاری اجتماعی، نخست به زنان مؤمن دستور می‌دهد که هرگونه بهانه و مستمسکی را از دست مفسده جویان و اوباش بگیرند، سپس با شدیدترین تهدید می‌فرماید: «اگر کسانی که در دلشان مرض هست، دست از کار خود برندارند، تو را بر ضد آنها می‌شورانیم، پس در آن وقت، جز مدت کوتاهی نمی‌توانند در کنار تو در این شهر بمانند». درواقع مطابق آیات قرآن کریم، گام اول رعایت حدود پوشش از سوی زنان مؤمن است و سپس چنانچه افراد لایابالی، بی‌پروا، اذیت و آزار نمودند، آنان را مطابق احکام اسلامی به اشد مجازات محکوم می‌نماید و بهانه را از دست افراد فاسق می‌گیرد. مطابق فرامین دینی، زنان مسلمان باید در پوشیدن حجاب سهل‌انگار و بی‌اعتنا نباشند و به گونه‌ای عمل نمایند که توجه افراد هرزه را جلب نکنند.

- پوشاندن زینت‌آلات از دید نامحرمان: انگیزه برخی از متجاوزین، سرقت زیورآلات قربانیان است، به همین جهت پوشاندن زیورآلات در بیرون از منزل، علاوه بر اینکه یک واجب شرعی است، گامی در جهت افزایش ضریب امنیت اجتماعی زنان می‌باشد، چنانچه قرآن کریم می‌فرماید: «به زنان مؤمن بگو زینت‌هایشان را آشکار نکنند، مگر آنچه که به خودی خود آشکار است». به نظر بسیاری از مفسرین «زینتَهُنَّ» جواهرات و زینت‌آلاتی است که زنان استفاده می‌کنند. البته طبیعی است که آشکار کردن زینت‌آلات توأم با آشکار کردن اندامی است که زینت بر آن قرار دارد.

## ۲- راهبردهای اجتماعی

- تسهیل ازدواج: با توجه به گزارش دادگاه‌ها، اکثر جوانان متجاوز مجرد می‌باشند؛ لذا والدین و حکومت دینی باید تلاش کنند تا از طرق مختلف، جوانان را تشویق به ازدواج نمایند و زمینه‌های این امر را فراهم کنند.

- کاهش عوامل تحریک‌زا: استدلال لیبرال‌ها در ارائه آزادی‌های بی‌حد و حصر این عبارت است که «انسان نسبت به چیزی که منع می‌گردد، حریص‌تر می‌شود»، بر همین اساس معتقدند که در صورت برداشتن حریم‌های دینی در روابط نامحرم، مردان نسبت به جنس مخالف بی‌تفاوت خواهند شد. در پاسخ به چنین تفکری باید اذعان نمود که وضعیت امروز غرب و رشد سرسام‌آور تجاوز جنسی در کشورهای اروپایی و امریکا، عکس این فرضیه را ثابت می‌نماید. امروزه اثبات گردیده است که هرچه عوامل تحریک‌کننده شهوات زیادتر باشند، میزان جرائم جنسی افزایش خواهد یافت؛ بنابراین مطابق شریعت مقدس اسلام، باید عوامل تحریک‌زای جنسی را در محیط کار و اجتماع کاهش داد.

## ۳- راهبردهای فقهی حقوقی:

رالف گاروفالو، روانشناس و درمانگر متجاوزین جنسی معتقد است: «اگر مردان فکر کنند که می‌توانند از مجازات در امان بمانند، حتماً مرتکب تجاوز جنسی خواهند شد. متجاوز جنسی معمولاً یک آدم غیر عادی نیست؛ بلکه تفاوت اساسی او با مردان عادی این است که افراد طبیعی برای امیال خود راه مقبولی می‌یابند، حال آنکه متجاوزین جنسی همه ملاحظات اخلاقی و قانونی را نادیده می‌گیرند». بر اساس گفته این روانشناس، باید قوانین خشنی برای برخورد با این معضل اجتماعی تصویب شود، اما در اکثر جوامع غربی، مجازات این جرم بسیار سبک است، بدین جهت دامنه این جرم در کشورهای اروپایی و آمریکایی روز به روز



گسترش می‌یابد. در قانون جنایی آلمان، جرم کسانی که به زندانیان تجاوز می‌کنند، نهایتاً پنج سال حبس یا پرداخت جریمه مالی می‌باشد.

در دین اسلام قوانین کیفری سنگینی برای این مجازات متجاوز جنسی صادر شده است. در قانون جمهوری اسلامی ایران در ماده ۸۲ قانون مجازات اسلامی مجازات تجاوز به عنف اعدام است. متجاوزین معمولاً فقط بر اساس شهادت گواهان محکوم نمی‌شوند، بنابراین باید مدارک تأیید کننده از دیگران کسب شود. مدارک مربوط به اثبات دخول، هویت تجاوز کننده و این واقعیت که نزدیکی بدون رضایت زن رخ داده است، می‌باید فراهم گردد. احکام این جرم یا براءت است یا اعدام حد وسطی ندارد.

علیرغم آنکه از لحاظ قانونی، اشد مجازات در نظر گرفته شده است، لیکن مجریان قانون در مقام اجرا کمتر شدت عمل به خرج می‌دهند. برخی اظهار می‌دارند که «بهترین راه پیشگیری از چنین جرم‌هایی، اجرای حدود در ملاء عام است، با این کار مجرمان می‌ترسند و اعمال خلاف را کنار می‌گذارند و مردم نیز درمی‌یابند که ظالم به سزای خود می‌رسد. به این ترتیب ۸۰٪ جرائم کاهش خواهد یافت». از آنجا که حفظ آبرو برای زنان قربانی بسیار مهم می‌باشد، در اجرای قانون، باید ترتیبی اتخاذ شود که ضرورتی به حضور قربانی در دادگاه برای اثبات درگیری و مقاومت در برابر متجاوز نباشد. البته جانبداری افراطی از شکایت زنان علیه مردان و متهم کردن مردان به تجاوز، هتک ناموس و... می‌تواند بسیار مشکل‌ساز باشد. زیرا برخی از زنان که دچار اختلالات شخصیتی و عدم تعادل روانی هستند و از عقده‌ها و تعارض‌های جنسی رنج می‌برند، یا به قصد محکوم کردن مردان در دادگاه و شکنجه روانی و جسمی آنها یا به قصد اخاذی، چنین شکایت‌هایی را تسلیم پلیس و دادگاه می‌نمایند. در مواردی که تجاوز از طرف محارم می‌باشد، قوانین جزایی شدید تری باید وضع شود. اگر قربانی کودک باشد و جانی پدر مشروع او باشد، مجازات باید تشدید شود؛ حتی اگر پدر مشروع کودک اعمالی انجام دهد که به تسهیل فساد یک کودک یا استفاده از عکس او برای

اهداف جنسی یا اجبار فرزندش به خودنمایی جنسی برای دیگری بیانجامد. در تمامی این موارد، قانون باید حتی بدون شکایت مجنی علیه، جانی را مجازات کند و در کنار این مجازات قانون باید تدابیری برای سلب ولایت والدین برای تأمین سلامتی، امنیت و اخلاق کودک در نظر بگیرد و در مدت سلب قیمومیت، کودک به اعضای فامیل یا شخص ثالث یا به مراکز نگهداری کودکان سپرده شود. در صورت امکان، هر شش ماه و حداکثر هر دو سال یکبار، وضعیت کودک مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد و در این مدت باید والدین مجرم تحت آزمایشات روانپزشکی قرار گیرند؛ اگر والدین دچار بیماری حاد روانی باشند، برای همیشه می توان آنها را از حق ولایت بر کودک محروم کرد. اما اگر بیماری روانی آنها قابل درمان باشد، باید تحت درمان قرار گیرند و دوباره به زندگی عادی خود برگردند، زیرا هدف باید این باشد که به کودک و خانواده اش تا حد امکان کمک شود تا کارکردهای «طبیعی» را در زندگی خود مجدداً در پیش بگیرند.

#### ۴- راهکارهای توانبخشی و بازتوانی

حمایت از قربانیان اصولاً در ۳ مرحله قابل تصور است:

- حمایت از قربانیان بلافاصله پس از تحقق جرم: این مرحله شامل مساعدت های پزشکی و تسکین ناملايمات روحی - روانی است.

#### - حمایت از قربانیان در مرحله دادرسی:

- حمایت از قربانیان در مرحله تأمین ضرر و زیان: یکی از مهم ترین ابعاد حمایت از بزه دیدگان این مرحله است که به منظور تضمین پرداخت زیان های وارده به قربانی در زمانی که دسترسی به بزه کار ممکن نیست و یا افلاس و اعسار وی و جبران خسارت قربانی ناممکن و متعذر می باشد، انجام می شود. برخی از قانونگذاران در کشورهای مختلف تدابیر گوناگون و

مؤثرتری اتخاذ کرده‌اند؛ به عنوان نمونه می‌توان به بیمه اجباری رانندگان اتومبیل اشاره کرد. برای انجام این حمایت‌ها، اقدامات ذیل در برخی کشورها انجام شده است:

- ایجاد مرکزی برای حمایت از قربانیان تجاوز: برای کشورهایی که با بحران تجاوز مواجه هستند، ایجاد مرکز حمایت از قربانیان توصیه می‌شود تا قربانی تجاوز بتواند در اولین فرصت با این مرکز تماس بگیرد. در این مرکز، باید مددکار اجتماعی و پزشک معالج به قربانیان کمک نمایند. پزشک این مرکز باید با گردآوری مدارک جسمی محکمه‌پسند آشنا باشد. واحد مشاوره پزشکی باید در مورد مراقبت‌های پزشکی مشاوره دهد و واحد مشاوره حقوقی، زنان قربانی را راهنمایی نماید تا بدانند که چگونه به پلیس گزارش دهند تا هم متجاوز به سزای اعمالش برسد و هم آبروی قربانی حفظ شود و بتواند به زندگی عادی خود برگردد. این مرکز می‌تواند وکیل مدافع مناسب را به قربانی معرفی کند تا در صورت پیگیری موضوع، این کار را انجام دهد. در این مرکز همچنین باید آمار دقیقی از انواع تجاوزات جنسی و علل اصلی آنها گردآوری شده و قربانی، مشاوره روانی گردد و به سایر سازمان‌های اجتماعی یا بخش‌های روان پزشکی معرفی شود و در یافتن روان‌درمانگر متخصص یاری شود.

- تشویق قربانی به گزارش تجاوز: یکی از عوامل تشدید تجاوز، عدم گزارش از سوی قربانی می‌باشد، از آنجا که در چنین حوادثی، نگرش بدبینانه‌ای نسبت به زنان وجود دارد و از سوی دیگر زنان ایرانی، بسیار مقید و مأخوذ به حیا هستند و از بازگویی واقعه با پلیس مرد خودداری می‌کنند، لازم است که در تمامی کلانتری‌ها، پلیس‌های زن موظف به پیگیری پرونده تجاوز به عنف باشند، بدین ترتیب گزارش این گونه جرائم افزایش خواهد یافت. ضمناً باید خطوط تلفن ویژه، برای کمک فوری و گزارش‌دهی قربانیان، پلیس اضطراری فراهم شود. همچنین باید زنان را متقاعد نمود که هر نوع تجاوز جنسی (از سوی بیگانه یا خویشاوندان) را به پلیس گزارش دهند. حتی اگر به هر دلیلی نمی‌خواهند شناخته شوند، می‌توانند گزارش خود را بدون مشخصات به صورت تلفنی یا کتبی ارائه دهند، این کار به

مراکز قانونی (پلیس) اجازه می دهد تا گزارش های دقیقی از تعداد قربانیان و متجاوزان دریافت کنند و بتوانند با توجه به حجم جرم، مقدار مناسبی از نیروهای مادی و معنوی خود را جهت رسیدگی و درمان و مقابله با این معضل اختصاص دهند و برای قربانی های بالقوه حمایت های لازم را فراهم کنند.

- تاسیس و تجهیز سازمان های غیردولتی: از آنجایی که کودکان و زنان خیابانی به شدت در قبال این آسیب اجتماعی بی دفاع می باشند، می توان با تاسیس و تجهیز سازمان های غیردولتی و ارائه برنامه های آموزشی و حمایتی، گامی موثر برای حمایت از آنها و ممانعت از وقوع تجاوز جنسی به آنها برداشت.

#### **توصیه های ایمنی برای پیشگیری تجاوز جنسی به زنان و دختران**

در زیر به توصیه های ایمنی برای پیشگیری تجاوز جنسی به زنان و دختران اشاره شده است:

\* تمایلات و محدودیت های جنسی خود را بشناسند و صریحا آنها را بیان کند. هنگامی که پاسخ آنها منفی می باشد با صراحت و قاطعانه "نه" بگویند.

\* برای خود مرزها و حریم های شخصی آشکاری معین کنند. به فرد مقابل خود بگویند که تا چه حدی اجازه دارد به وی نزدیک گردد.

\* برخی از مردان از اینکه دختری لباس های زیبایی به تن کند و یا حاضر گردد در مکانی تنها با فرد باشد، را بمنزله تمایل دختر برای برقراری جنسی قلمداد می کنند. مراقب اینگونه افراد باشند.

\* مصرف مواد مخدر، مواد روانگردان و مشروبات الکلی از عاملین بسیار مهمی در ارتکاب این جرم توسط افراد متجاوز جنسی محسوب می گردند. بنابراین از افرادی که تحت تاثیر اینگونه مواد قرار دارند دوری کنند و مراقب رفتار و حرکاتشان باشند.

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۸۵

- \* همواره هوشیاری خود را حفظ کنند. از مصرف هرگونه مواد مخدر، روانگردان و مشروبات الکلی، به خصوص در میهمانی‌ها، جدا پرهیز کنند
- \* به احساسات درونی خود اطمینان کنند هرگاه احساس خطر کردند فوراً محلی که در آن حضور دارند را ترک کنند. و یا هرگاه تهدید شده و یا مورد آزار و اذیت واقع شدند فریاد بکشند تا توجه دیگران به آنها جلب گردد.
- \* برخی افراد سودجو در نوشیدنی قربانیان خود مواد خواب آور و یا مخدری مانند GHB (گاما هیدروکسی بوتیرات) آمیخته می‌کنند که فاقد هرگونه بو و یا طعم محسوسی می‌باشند. بنابراین بسیار مراقب نوشیدنی‌هایی که به آنها تعارف می‌شود باشند.
- \* از مکان‌های متروکه، خلوت و تاریک جدا دوری کنند.
- \* هیچگاه در قرار ملاقات‌های خود به منزل طرف مقابل خود نروند (مگر آنکه کاملاً با فرد مقابل آشنایی داشته و به وی اعتماد داشته باشند) و در مکان‌های عمومی قرار ملاقات بگذارند.
- \* معمولاً مردان برای تحت فشار قرار دادن روحی دختران آنان را تهدید به قطع رابطه و یا بدنام ساختن آنان در صورت عدم تن در دادن به رابطه جنسی می‌کنند که زنان و دختران باید هوشیارانه تسلیم این گونه تهدیدها نگردند.
- \* هیچگاه سوار تاکسی‌های مشکوک و غیر مجاز و همچنین خودروی افراد غریبه نشوند (یادگاری، ۱۳۹۰).

### رویکردهای درمانی برای متجاوزین جنسی

در ایالات متحده آمریکا سالیانه بیش از ۳۰۰۰۰ متجاوز جنسی در برنامه‌های درمانی موظفی دادگاه شرکت می‌کنند (مک گراث، کامینگ، بورچارد، زئولی و ایلیری، ۲۰۰۹). متجاوزین جنسی لازم است برای طیف وسیعی از جرائم، از جمله فحشاء، نمایشگری،

تجاوزهای جنسی، سوء استفاده جنسی از کودکان، لواط و تجاوز به عنف در درمان شرکت کنند. درمان، به طور گسترده، هم در محیط‌های امنیتی و هم مبتنی بر جامعه، در مقوله‌های زیر ارائه می‌شوند: مداخلات روان شناختی، دارو درمانی، یا برای اهداف اختگی یا درمان روانشناختی؛ درمان جراحی اخته کردن، و برنامه‌های آموزشی. اکثر برنامه‌های درمانی متجاوزین جنسی بر روش‌های گروهی، شناختی رفتاری نشات گرفته از نظریه‌های یادگیری اجتماعی، تکیه دارند (مرکز مدیریت متجاوز جنسی (CSOM)، ۲۰۰۶). رایج ترین اهداف درمان همدلی با قربانی (۸۷٪ امنیتی، ۹۳٪ اجتماعی)، انکار (۹۱٪ امنیتی، ۹۲٪ اجتماعی)، و مهارت‌های صمیمیت/ارتباطی (۸۴٪ امنیتی، ۹۱٪ اجتماعی) هستند (مک گراث و همکاران، ۲۰۰۹). اخیراً بیشتر، مداخلات مطابق با اصول خدمات اصلاحی و تادیبی موثر که با درمان مبتنی بر سطح خطر، نیازهای جرم‌زا، و سبک‌های یادگیری متجاوزین جنسی منطبق هستند، سازماندهی می‌شوند (آندریوس و بونتا، ۲۰۰۶، آندریوس و همکاران، ۲۰۰۱، بونتا، ۲۰۰۱). در ایالات متحده آمریکا، مداخلات در محیط‌های امنیتی از پنج ماه تا چهار سال ارائه می‌شوند در حالی که برنامه‌های مبتنی بر جامعه با استفاده از روش‌های درمانی، در هر زمان از هشت ماه تا تمام طول عمر زندگی متجاوز جنسی، طول می‌کشد (دالی، ۲۰۰۸). اکثر ایالاتی که رویکردهای مبتنی بر جامعه را به کار می‌گیرند، از راهبردهایی استفاده می‌کنند که برنامه‌ریزی‌های امنیتی بر زندان prison-based programming تهیه و درست می‌کنند (سارویر، مالوی و بوترز، ۲۰۱۲).

از گذشته‌های دور، یکی از روش‌های درمان متجاوزین جنسی، درمان ضد هورمون آندروژن و اخته کردن آنها است (استروپ، ۱۹۷۱، هیم و هورش، ۱۹۷۹، اورتان، ۱۹۸۰، مرکز مدیریت متجاوز جنسی (CSOM)، ۲۰۰۶، گورین و بیچ، ۲۰۱۰، باومیک، ۲۰۱۳). درمان‌های دارویی برای کاهش دادن پاسخ جنسی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

مداخلات روانشناختی متجاوزین جنسی معمولاً مبتنی بر نظریه‌های روان‌پویایی یا رفتاری می‌باشند. مداخلات روان‌پویایی ریشه در نظریه روانکاوی دارند. نظریه روانکاوی فرض می‌کند که تجاوز جنسی ناشی از عدم تعادل سه مولفه روان یعنی نهاد، خود و فراخود می‌باشد، متجاوزین عدم تعادل جنسی سرشتی در یک نهاد قدرتمند (تکانه‌های جنسی و میل جنسی فزاینده) و یک فراخود ضعیف (سطح پایین رفتار اخلاقی) دارند، که همچنین تحت تاثیر محیط اولیه قرار می‌گیرند. مداخلات رفتاری به دو گروه اصلی تقسیم می‌شوند: مداخلاتی که مبتنی بر نظریه شرطی سازی کلاسیک و/یا نظریه یادگیری عاملی هستند و مداخلاتی که مبتنی بر رویکردهای شناختی رفتاری هستند. این رویکردها ممکن است با یکدیگر همپوشانی داشته باشند. مداخلات مرتبط با نظریه یادگیری کلاسیک سنتی و یادگیری عاملی تحت عنوان اصلاح رفتار و یا رفتار درمانی نامیده می‌شوند، و به طور آشکاری بر تغییر رفتار، از طریق ارائه یک محرک و اندازه‌گیری اثر آن بر رفتار آشکار، متمرکز هستند. در درمان متجاوزین جنسی، نمونه‌هایی از این روش‌ها شامل درمان انزجاری، حساس سازی پنهان، یا شرطی سازی بویایی هستند. درمان‌های شناختی رفتاری برای تغییر فرآیندهای درونی-افکار، باورها، عقاید، احساسات، هیجان‌ها، برانگیختگی فیزیولوژیک-، در کنار تغییر رفتار آشکار مانند مهارت‌های اجتماعی یا رفتارهای مقابله‌ای بکار گرفته می‌شوند. درمان‌های شناختی رفتاری ممکن است ارتباط‌های بین افکار، احساسات و اعمال متجاوزین جنسی را در مورد رفتار جرم‌زای آنها مشخص نمایند؛ برداشت‌های نادرست و سوء تعبیرهای متجاوزین جنسی، باورهای غیرمنطقی و سوگیری‌های شناختی مرتبط با جرم آنها را اصلاح کنند، به متجاوزین جنسی برای نظارت و کنترل بر افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با جرمشان آموزش دهند؛ و روش‌های جایگزین برای مقابله با افکار و تمایلات جنسی انحرافی را ترویج و ارتقاء دهند (دنيس، خان، فیریتیر، هوباند، پاونی و دوگان، ۲۰۱۲).

درمان متجاوزین جنسی از بیش از بیست سال گذشته بوجود آمده است و این حوزه شروع به همگرایی در اصول زیربنایی کار بالینی خوب نموده است. مدل درمانی برتر در این زمینه در بیش از بیست سال گذشته، پیشگیری از عود (Relapse Prevention (RP) بوده است، یک رویکرد شناختی رفتاری که بر شناسایی و مدیریت موقعیت‌های پر خطری تمرکز می‌کند که می‌توانند منجر به عود تجاوز جنسی گردند. مدل اصلی RP در عمل به اصلاح شناخت‌های مشکل ساز، عاطفه، و رفتار مربوط به یک متجاوز جنسی، گسترش پیدا کرده است. هدف کمک به متجاوزین جنسی است برای درک الگوی جرم خود و مقابله با عوامل موقعیتی و روانشناختی که آنها را در معرض تکرار تجاوز جنسی قرار می‌دهند (وارد و هودسون، ۲۰۰۰). ایده اساسی مشتق زیربنایی RP درمانی است که بهترین روش برای کاهش میزان‌های تکرار تجاوز جنسی برای شناسایی و کاهش یا حذف آرایه متجاوز جنسی از عوامل خطر پویا است. این عوامل نیازهای بالینی یا مشکلاتی که باید به صراحت مورد هدف قرار گیرند را تشکیل می‌دهند. بنابراین برنامه‌های درمانی برای متجاوزین جنسی معمولاً مسئله مدار و معطوف به از بین بردن یا کاهش مشکلات مختلف روانشناختی و رفتاری مرتبط با رفتار سوء استفاده جنسی هستند. این مشکلات شامل نقص‌ها در صمیمیت، ترجیحات جنسی انحرافی، تحریف‌های شناختی، نقص‌ها در همدلی، و اشکالات در مدیریت و اداره حالت‌های هیجانی منفی هستند (وارد و همکاران، ۲۰۰۷).

RP نوع دیگری از مدل خطر- نیاز- تاثیر پذیری (RNR) Model Risk-Need-Responsivity است، یک نظریه توانبخشی بسیار قوی که تصریح می‌کند درمان متجاوزین جنسی باید با توجه به تعدادی اصول درمانی پیش برود. مهم‌ترین این اصول اصل خطر، اصل نیاز و اصل تاثیرپذیری هستند.

در سیاست‌های کیفری معاصر، کیفرشناسی نو ناظر به تبیین آن دسته از تدابیر کیفری است که در آنها پیروی از مبانی سیاسی خاص موسوم به "راست جدید" موجب پیدایش



رویکردهایی به مفهوم "خطر جرم" شده است که بر اساس آنها توجه نمودن به خطر جرم مجرمین به معنای لزوم روی گردانی از "بازپروری" آنها تلقی شده است. این در حالی است که مطالعات علمی نشان می‌دهد که اگر این مبانی سیاسی در سیاست گذاری‌های کیفری در قبال خطر جرم مجرمین مورد توجه قرار نگیرد، آنگاه هیچ ملازمه قطعی میان خطر جرم مجرمین و نفی بازپروری آنها وجود نخواهد داشت. در برخی از نظام‌های حقوقی که کمتر تحت تأثیر این مبانی سیاسی بوده اند، می‌توان شاهد پابندی دستگاه عدالت کیفری به لزوم بازپروری مجرمین و توجه همزمان به خطر جرم آنها و در نتیجه شکل‌گیری بازپروری‌گرایی جدید، نوعی "بازپروری خطرمدار" بود که به جای طرح دیدگاه‌های آرمانی در آن، به بازپروری مجرمین در پرتو خطر جرم آنها اهتمام می‌شود (قاسمی مقدم، ۱۳۹۲).

خطر جرم بر احتمال ارتکاب جرم در آینده و میزان شدت آن دلالت دارد (لوینز، لونکامپ و لاتيسا، ۲۰۰۹، هیفیرنان و وارد، زیر چاپ). مصداق اصلی کیفرشناسی نوروپه‌های آماری سنجش و مدیریت گروه‌های مجرم در نهادهای عدالت کیفری آمریکا است که با عنوان عدالت آماری Actuarial Justice شناخته می‌شود. دیوید گارلند در تحلیلی تدابیری مانند عدالت آماری، به تبیین جرم‌شناسی‌های غیر خودی The criminologies of others پرداخته است. وی معتقد است که در ۴ دهه اخیر نوعی جرم‌شناسی غیر خودی در میان جوامع مختلف بشری شکل گرفته است. جرم‌شناسی غیر خودی مبتنی بر این دیدگاه است که برخی از مجرمین نسبت به سایر افراد جامعه، افرادی بیگانه و غیر خودی هستند. طرفداران نظریه مؤثر بودن اندیشه بازپروری در ابتدا روانشناسان کانادایی بودند. دیدگاه‌های بسیاری از کشورها نظیر کانادا، آلمان و فنلاند، تأثیر به‌سزایی در ظهور جنبش سنجش میزان اثربخشی برنامه‌های اصلاحی درمانی What works movement و در نهایت شکل‌گیری بازپروری خطرمدار داشته است. اداره اصلاح و درمان کانادا را می‌توان یک دیوان سالاری اقتدارگرای دولتی و مرکزی دانست. این نظام نه تنها به طور قوی به اصلاح، درمان و بازپروری پایبند است، بلکه

در این راستا از متخصصان بین‌المللی مانند پل جندرو و جیمز بونتا بهره می‌برد. این امر نشان دهنده پایبندی دولت کانادا به تخصص‌گرایی کیفی و باور و اعتماد این دولت به متخصصان داخلی خود و تمایل به طراحی و اجرای راه‌حل‌های متناسب برای مسائل کیفی است. جنبش سنجش میزان اثربخشی برنامه‌های اصلاحی درمانی از یک سو بر شناسایی عوامل اثربخشی برخی برنامه‌ها در برابر برخی دیگر متمرکز شده‌اند و از سوی دیگر به کشف عوامل خطر جرم می‌پردازند (اندریوس، ۲۰۱۱).

جنبش سنجش میزان اثربخشی برنامه‌های اصلاحی درمانی رویکردی کاملاً علمی است. این جنبش بر سنجش دقیق برنامه‌های بازپروری تأکید می‌کند و این امر ریشه در مطالعات سنجشی دارد که از دهه ۱۹۶۰ میلادی آغاز شده است (قاسمی مقدم، ۱۳۸۷). در دهه‌های گذشته، اندیشمندان اصلاح و درمان، بر روی سنجش میزان اثربخشی تدابیر اصلاحی درمانی تمرکز نموده‌اند، به گونه‌ای که در حال حاضر مجموعه وسیعی از پژوهش‌های تجربی درباره اثربخشی مداخله‌های اصلاحی درمانی در کاهش میزان تکرار جرم وجود دارد. مجموعه این پژوهش‌ها را که نشان دهنده امکان کاهش میزان تکرار جرم به وسیله به کارگیری تدابیر بازپرورانه هستند، می‌توان تشکیل دهنده ادبیات جنبش سنجش میزان اثربخشی برنامه‌های اصلاحی درمانی دانست. بنابراین این جنبش دربردارنده سنجش یک برنامه یا مداخله نیست، بلکه مجموعه‌ای از دانش‌هایی است که در نتیجه بیش از ۳۰ سال پژوهش‌های تجربی و مطالعات سنجشی در آمریکای شمالی به دست آمده‌اند (لاتیسا و لونکامپ، ۲۰۰۶). بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۲۰۰۰ میلادی بیش از ۱۸ پژوهش فراتحلیلی درباره اثربخشی اصلاح و درمان به چاپ رسیده است. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان دهنده کاهش به طور متوسط ۵ تا ۱۰ درصدی میزان تکرار جرم در میان بهره‌وران برنامه‌ها بوده است (مک گویری، ۲۰۰۰). صدها مطالعه ارزیابی‌کننده‌ای وجود دارند که بر اثربخش بودن آرمان بازپروری تأکید داشته‌اند. تحلیل مطالعات انجام شده در آمریکای شمالی و اروپا روشن کرده است که برنامه‌های

بازپروری مجرمین به طور کلی در کاهش میزان تکرار جرم مؤثر بوده اند. البته یافته‌های پژوهش‌ها حاکی از آن است که برنامه‌های مختلف، تاثیرات متفاوتی را بر روی مجرمین گذاشته اند. برخی از مداخله‌ها، اثربخشی بیشتر و برخی دیگر اثربخشی کمتری را نشان داده اند (بارانوآ، وارد و کیسی، ۲۰۱۵، اریگو و وارد، ۲۰۱۵، بارانوآ و وارد، زیر چاپ). جنبش سنجش میزان اثربخشی برنامه‌های اصلاحی درمانی در طول سال‌های متمادی به سنجش برنامه‌های اصلاحی درمانی جهت شناسایی و تفکیک برنامه‌های اثربخش از مداخله‌های غیر اثربخش تأکید نموده و بدین ترتیب زمینه‌های لازم را برای شکل‌گیری نوعی بازپروری خطرمدار فراهم کرده است.

جنبش سنجش میزان اثربخشی برنامه‌های اصلاحی درمانی بر نوعی بازپروری‌گرایی تأکید دارد که در آن به جای طرح دیدگاه‌های آرمانی درباره بازپروری، باید به دید واقع‌بینانه به آن نگریسته شود. یکی از ملزومات واقع‌بینی در بازپروری‌گرایی جدید، توجه به خطر جرم مجرمین است. بر این مبنا، برنامه‌های بازپروری مجرمین بر اساس طبقه‌بندی خطر جرم آنها طراحی و به اجرا گذاشته می‌شوند (کیمشال، ۲۰۰۳). در این رویکرد جدید، بازپروری وسیله مدیریت خطر جرم مجرمین است و نه یک هدف اصلی. اگر برنامه‌های بازپروری اثربخش نباشند، می‌توان از سایر تدابیر مدیریت خطر جرم نظیر توان‌گیری استفاده کرد. رویه امروزی در مورد نقض شرایط فنی آزادی مشروط بیانگر همین مطلب است، زیرا در صورت نقض دستورهای فنی می‌توان مجرم را به زندان بازگرداند (گارلند، ۲۰۰۱). بدین ترتیب امروزه از بازپروری‌گرایی، در چارچوب رویکرد خطرمداری استفاده می‌شود، نه رویکرد رفاه‌مداری صرف. این بدان معناست که می‌توان شاهد شکل‌گیری نوعی تفکیک یا دوگانه‌سازی در استفاده از تدابیر بازپرورانه بود که به موجب آن، مجرمین بسیار خطرناک عمدتاً مشمول تدابیر توان‌گیرانه قرار می‌گیرند و برای بقیه مجرمین از تدابیر اصلاحی درمانی استفاده می‌شود (کیمشال، ۲۰۰۳). در بازپروری‌گرایی جدید در کنار مفهوم خطر جرم، به عوامل اصلاحی

درمانی بزهکاران نظیر عوامل مرتبط با نیازهای آنها و میزان تأثیرپذیری آنها از برنامه‌های بازپرورانه نیز توجه می‌شود. مدل بازپروری "خطر-نیاز-تأثیرپذیری"، مصداق بارز بازپروری گرایبی جدید تلقی می‌شود (فورنون، وارد و ویلیس، ۲۰۱۱).

آشوری و قاسمی مقدم (۱۳۹۳) گزارش دادند که گرچه نخستین روش در سنجش آماری خطر جرم، روش ایستا است که در آن صرفاً به محاسبات آماری عوامل خطر ایستا و پیشینه‌ای مانند سابقه محکومیت کیفری مجرم توجه می‌شود، بی‌توجهی به عوامل پویا و متغیری مانند اعتیاد کنونی مجرم به مواد مخدر، موجب ناتوانی این روش در سنجش دقیق خطر جرم گردیده است. به همین دلیل به تدریج روش‌های دیگری نظیر سنجش آماری پویا و سنجش ترکیبی آماری/بالینی ابداع گردیده است که در راستای افزایش دقت در سنجش‌ها به عواملی نظیر نیاز جرم‌زا و میزان تأثیرپذیری مجرمین از برنامه‌های اصلاحی درمانی توجه می‌شود. نیازهای جرم‌زا تعبیر دیگری برای عوامل خطر پویایی‌اند که در وضعیت کنونی فرد مؤثرند و برطرف نمودن آنها می‌تواند موجب کاهش خطر جرم از طریق اصلاح و درمان مجرمین گردد. مطالعه آخرین تحولات سنجش آماری خطر جرم نشان می‌دهد که نه تنها این رویکرد مخالفی با اندیشه بازپروری ندارد، بلکه با تأکید بر مدل بازپروری خطر-نیاز-تأثیرپذیری، و سه اصل آن (خطر، نیاز و تأثیرپذیری)، زمینه مناسبی را برای بازپروری هدفمند فراهم می‌سازد.

مدل بازپروری خطر-نیاز-تأثیرپذیری مبتنی بر کشف و مدیریت عوامل خطر مجرمین است، آنها را به عنوان حاملان خطر بررسی می‌کند و برنامه‌های بازپروری را بر اساس توجه به سه اصل خطر، نیاز و تأثیرپذیری طراحی و اجرا می‌کند (وارد و لانگلاندز، ۲۰۰۹). نخستین بار آندریوس، بونتا و هوگ (۱۹۹۰) بر این سه اصل تأکید نمودند. اصل خطر که بر اساس آن و برای افزایش اثربخشی برنامه‌های اصلاحی درمانی باید سطح و میزان این برنامه‌ها با سطح خطر مجرمین هماهنگ شود؛ برنامه‌های فشرده تر برای مجرمین بیش خطر و برنامه‌های ملایم تر

برای مجرمین کم خطر. دوم، اصل نیاز که بر طبق آن برنامه‌های اصلاحی درمانی باید نیازهای جرم زای مجرمین را هدف قرار دهند. سوم، اصل تأثیرپذیری که بر پایه آن باید روش ارائه برنامه‌های اصلاحی درمانی با روش یادگیری و توانایی‌های هر یک از مجرمین منطبق شود (آندریوس، بونتا و ورمیث، ۲۰۱۱).

اصل خطر به این معنا است که سطح و میزان برنامه‌های اصلاحی درمانی باید بر اساس سطح خطر مجرمین طراحی و اجرا شوند. در این باره مجرمین بیش خطر باید موضوع برنامه‌های فشرده تر قرار گیرند، زیرا این دسته از مجرمین بسیار بیشتر از سایر مجرمین از برنامه‌های اصلاحی درمانی سود می‌برند (وارد، ۲۰۱۵، وارد و بیچ، ۲۰۱۵). در واقع اصل خطر به دو مطلب اشاره می‌کند. نخست اینکه رفتار جنایی را می‌توان از طریق سنجش خطر جرم پیش بینی کرد. دوم اینکه می‌توان به طبقه بندی برنامه‌های اصلاحی درمانی بر اساس طبقه بندی‌های خطر جرم پرداخت، به گونه‌ای که به هر میزان از طبقه بیش خطر به سوی پایین حرکت شود، از برنامه‌های ملایم تری استفاده می‌شود. در نهایت، مجرمین کم خطر می‌توانند موضوع برنامه‌های حداقلی باشند (آندریوس، بونتا و ورمیث، ۲۰۱۱). بر اساس یافته‌های مطالعات تجربی، ارائه برنامه‌های اصلاحی درمانی برای مجرمین کم خطر، اثربخشی کمی، به طور متوسط نزدیک به ۳٪ در کاهش تکرار جرم داشته است. حتی برخی از مطالعات ارزیابی کننده نشانگر این مطلب هستند که هرچند ارائه برنامه‌های کمتر فشرده برای مجرمین کم خطر، نرخ تکرار جرم ۱۵ درصدی را در پی داشته است، ارائه برنامه‌های فشرده برای همین نوع مجرمین موجب افزایش میزان تکرار جرم تا ۳۲٪ شده است. هر گاه از برنامه‌های فشرده اصلاحی درمانی درباره مجرمین بیش خطر استفاده نشده است، نرخ تکرار جرم در میان آنها ۵۱٪ بود و هر گاه از این نوع برنامه‌ها در مورد آنها استفاده شده است، نرخ تکرار جرم در میان آنها ۳۲٪ بود (بونتا و آندریوس، ۲۰۰۶).

رعایت اصل نیاز مستلزم این است که در برنامه‌های اصلاحی درمانی نیازهای جرم‌زای مجرمین به عنوان عوامل تعیین‌کننده اصلاح و تغییر آن‌ها هدف‌گذاری شوند. از این منظر، مفهوم نیاز جرم‌زا، روی دیگر سکه خطر جرم است، زیرا خطر جرم یک مجرم ریشه در عدم ارضای نیازهای جرم‌زای وی دارد (وارد و مارونا، ۲۰۰۷). از دیدگاه جرم‌شناسی معاصر، مفهوم نیاز دربردارنده دو مفهوم نیاز جرم‌زا و نیاز غیر جرم‌زاست. نیاز جرم‌زای است که رابطه آن با احتمال تکرار جرم بر اساس مطالعات تجربی تایید شده است. برای نمونه، نیاز جنسی یکی از نیازهای جرم‌زا در متجاوزین جنسی است. سایر نیازهای مجرمین از قبیل نیاز به مسکن یا تغذیه مناسب در دایره مفهوم نیاز غیر جرم‌زا قرار می‌گیرند (ماوروتو، هانا-موفات، ۲۰۰۵). در حالی که اصل خطر بیانگر لزوم تطبیق سطوح برنامه‌های اصلاحی درمانی با طبقه‌های مختلف خطر جرم است، اصل نیاز نشان‌دهنده ضرورت تطبیق این نوع برنامه‌ها با نیازهای جرم‌زای هر یک از مجرمین است. در واقع رعایت اصل خطر به تعیین مجرمین مشمول برنامه‌ها می‌انجامد و رعایت اصل نیاز به تشخیص عوامل موضوع برنامه‌ها منتهی می‌شود.

بر اساس اصل تاثیر پذیری، ارائه برنامه‌های اصلاحی درمانی باید به گونه‌ای باشد که بیشترین تأثیرپذیری را از سوی مجرم به همراه داشته باشد. تاکید بر این اصل در مدل RNR نشان‌دهنده شکل‌گیری نوعی مدیریت خطر فردی شده *Individualized risk management* است که مبتنی بر ویژگی‌های فردی هر یک از مجرمین می‌باشد. این اصل را می‌توان به دو اصل تأثیرپذیری عام *General responsivity* و تأثیرپذیری خاص *Specific responsivity* تقسیم کرد. تأثیرپذیری عام به این واقعیت اشاره دارد که یادگیری شناختی اجتماعی به صورت عمومی، بهترین روش برای ارائه برنامه‌های اصلاحی درمانی به انواع مجرمین است. این روش یادگیری مبتنی بر دو اصل است. نخست، اصل ارتباط که بر اساس آن ابتدا باید یک فضای گرم، احترام‌آمیز و دوسویه با مجرم برقرار شود. دوم، اصل تدابیر سازنده که بر مبنای

آن باید از روش‌های اثربخشی نظیر آموزش حل مسئله برای تقویت رفتارهای بهنجار استفاده کرد (بونتا و آندریوس، ۲۰۰۶). تأثیرپذیری خاص مبتنی بر این ایده است که برنامه‌های اصلاحی درمانی باید با توجه به توانایی‌های فردی، روش یادگیری و عوامل زیست‌شناختی، شخصیتی و اجتماعی هر فرد، طراحی و اجرا شوند، زیرا این برنامه‌ها، دربردارنده آموزش رفتارها و شناخت‌های جدید به مجرمین هستند و برای افزایش کیفیت این آموزش و یادگیری آنها، باید به ویژگی‌های فردی هر مجرم توجه شود.

اداره خدمات اصلاحی درمانی کانادا با توجه به اصول مختلفی نظیر سوء مصرف مواد مخدر، نگرش‌ها و روابط ضد اجتماعی، خشونت خانوادگی، مدیریت خشم، پیشگیری از خشونت و مداخلات ویژه متجاوزین جنسی، برای اصلاح و درمان آنها استفاده می‌نماید (کورتونی، ۲۰۰۷). در این باره می‌توان به برنامه حفظ Attainment و برنامه متجاوزین جنسی پرخطر High risk offender در کانادا اشاره نمود. برنامه حفظ، یک برنامه سنجش و درمان برای متجاوزین جنسی کم یا میانه خطری است که از درمان‌های مؤسسه‌ای در درون زندان فارغ شده‌اند. متجاوزین جنسی مشمول این برنامه، بر حسب نیازهای جرم‌زا، تحت درمان‌های فردی یا گروهی قرار می‌گیرند. در برنامه متجاوزین جنسی پرخطر تلاش می‌شود تا با استفاده از راهکارهای روانپزشکی، روان‌شناسی، مددکاری اجتماعی و سایر تخصص‌های مرتبط به اصلاح و درمان آنها پرداخته شود.

بین روایی تشخیصی ملاک‌های پیشنهاد شده راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی ویراست پنجم DSM-5 برای تشخیص پارافیلیاهای جنسی و کاربرد قانونی این ملاک‌ها تنش پیدا شده است (ویکیفیلد، ۲۰۱۱). متجاوزین جنسی پرخطر گروه پیچیده و ناهمگنی هستند و پژوهشگران، متخصصین و سازمان‌های اجرای قانون هنوز هم اطلاعات نسبتاً کمی در مورد آنها می‌دانند. وودورث، فریموث، هوتون، کاپنتر، آگار و لوگان (۲۰۱۳) گزارش دادند که تفاوت معنی‌داری بین انواع متجاوزین جنسی برای تعدادی از متغیرهای سابقه کیفری

شامل ارتکاب جرم‌های گذشته جنسی و غیرجنسی، تعداد قربانیان، استفاده از سلاح و سن شروع جرم وجود داشت. بین انواع متجاوزین جنسی برای تم‌های خیال پردازی جنسی، تشخیص‌های پارافیلیا، و سطوح پسیکوپاتی (ضداجتماعی) تفاوت معنی دار وجود داشت. خیالپردازی‌های جنسی متجاوزین به طور معنی داری بیشتر احتمال داشت تا با نوع خاصی از شاخص جرم جنسی‌ای که مرتکب شده بودند، مرتبط باشد. متجاوزین جنسی دارای نمره بالا در پسیکوپاتی، در مقایسه با متجاوزین جنسی دارای نمره متوسط یا کم در پسیکوپاتی، به طور معنی داری بیشتر احتمال داشت مبتلا به پارافیلیای سادیستی (آزارگری) باشند.

RNRM و مدل RP مربوطه، منجر به درمان موثر و کاهش میزان‌های تکرار جرم در متجاوزین جنسی شده‌اند. برنامه RP تحت بررسی، یعنی پروژه ارزیابی و درمان متجاوزین جنسی (SOTEP) Sexual Offender Treatment and Evaluation Project، منجر به کاهش میزان‌های تکرار جرم در متجاوزین جنسی تحت درمان نگردید، و این باعث بحث گسترده در مورد محدودیت‌های RP شد. محققان SOTEP خودشان یک تحلیل انتقادی از استفاده از RP برای متجاوزین جنسی منتشر کردند. به طور خلاصه، محققان SOTEP پیشنهاد کردند که مدل RP، گرچه بسیار محکم عملیاتی شده بود، همچنین بسیار ساخت یافته و محدود به فرد بود. بنابراین، این پروژه به متجاوزین جنسی انگیزه کافی را برای تغییر نمی‌دهد و اجازه به رسیدگی به کلیه اهداف مرتبط با درمان را نمی‌دهد. یک نظریه توانبخشی، روش‌های RP / RNRM، فاقد منابع مفهومی برای هدایت درمانگران در حد کافی و برای درگیر ساختن مجرمین می‌باشد (وارد، مان و گانون، ۲۰۰۷).

هانسول و همکاران (۲۰۰۲) یک بررسی فراتحلیلی درباره اثربخشی درمان روانشناختی متجاوزین جنسی از ۴۳ مطالعه شامل ۹۴۵۴ نفر انجام دادند. به طور متوسط در تمام مطالعات، میزان تکرار تجاوز جنسی برای گروه‌های درمان (۱۲/۳٪) کمتر از گروه‌های مقایسه (۱۶/۸٪) بود. الگوی مشابهی برای تکرار تجاوز جنسی به طور کلی پیدا شد، اگرچه میزان‌های کلی به



## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۹۷

طور قابل پیش بینی بالاتر بودند (گروه‌های درمان ۲۷/۹٪)، گروه‌های مقایسه ۳۹/۲٪ در ۳۰ مطالعه). درمان‌های رایج شناختی رفتاری با کاهش هم در میزان تکرار تجاوز جنسی (از ۱۷/۴٪ تا ۹/۹٪) و هم، میزان تکرار تجاوز جنسی به طور کلی (از ۳۲٪ تا ۵۱٪) همراه بود. روش‌های قدیمی تر درمان (از قبل از سال ۱۹۸۰) بر میزان تکرار تجاوز جنسی تاثیر کمی داشتند.

در یک فراتحلیل از ۲۳ مطالعه، هانسون و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند که متجاوزین جنسی که در درمان، درمان مبتنی بر زندان یا مبتنی بر جامعه، شرکت کردند، میزان تکرار تجاوز جنسی ۴۳٪ داشتند که کمتر از میزان تکرار جرم جنسی متجاوزین جنسی‌ای بود که تحت درمان نبودند (۱۰/۹٪ در مقابل ۱۹/۲٪) و میزان تکرار کلی تجاوز جنسی در آنها ۳۴٪ پایین تر از متجاوزین جنسی‌ای بود که تحت درمان نبودند (۳۱/۸٪ در مقابل ۴۸/۳٪). تحلیل هانسون پیامدها و نتایج تکرار تجاوز جنسی را بین درمان‌هایی که از اصول درمان موثر Risk-Needs-Responsivity model (RNR) پیروی کرده بودند و درمان‌هایی که از این اصول تبعیت نکرده بودند را مقایسه کرد و وی دریافت که درمان‌های رسمی تر با کاهش بیشتر تکرار جرم جنسی همراه بودند. یافته بعدی ممکن است در پژوهش‌های درمانی متجاوزین جنسی، ناهمسو و متناقض اطلاق گردد. مطابق با مدل RNR، اهداف درمان باید یک ارتباط تجربی - نشانگر empirically-demonstrated برای تکرار جرم داشته باشند، با این حال، در برنامه‌های درمانی متجاوزین جنسی ایالات متحده آمریکا دو هدف از سه هدف رایج تر درمانی (همدلی با قربانی و انکار) با تکرار جرم جنسی مرتبط نبودند (CSOM، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها در مورد اثربخشی درمان‌های اصلاح محور متجاوزین جنسی به طور کلی نتایج مثبت، هر چند مختلطی را نشان می‌دهند (لاروشیلی و همکاران، ۲۰۱۱، لانگستروم و همکاران، ۲۰۱۳، بیر و همکاران، ۲۰۱۵).

شموکر و لوسل (۲۰۰۸) ۶۹ مطالعه را تحلیل کردند و دریافتند که میزان تکرار تجاوز جنسی در متجاوزین جنسی که تحت درمان قرار گرفته بودند در مقایسه با متجاوزین جنسی که تحت درمان قرار نگرفته بودند ۳۷٪ کمتر بود (۱۱/۱٪ در مقابل ۱۷/۵٪). همچنین در آنها میزان تکرار تجاوز جنسی کلی ۳۱٪ کمتر بود (۲۲/۴٪ در مقابل ۳۲/۵٪). آنها مداخلات ناهمگن را مقایسه کردند، تحلیل‌ها نشان داد که تنها درمان‌هایی که با تغییرات معنی‌دار در میزان‌های تکرار جرم همراه بودند، درمان‌های شناختی رفتاری و هورمونی ارائه شده در محیط‌های مبتنی بر جامعه بود. در حالی که تحقیقات قبلی اثربخشی برنامه‌های مبتنی بر جامعه را تایید می‌کنند (مک‌گراث و همکاران، ۲۰۰۹)، تفسیر این یافته سخت است به این دلیل که زندانیان در محیط‌های امنیتی به طور کلی در معرض خطر بالاتری هستند تا زندانیان آزاد شده به قید وثیقه (شموکر و لوسل، ۲۰۰۶). آوس، میلر و دریک (۲۰۰۶) دریافتند که درمان‌های شناختی رفتاری، هم برای مجرمین زندانی (پنج مطالعه) و هم برای زندانیان آزاد شده به قید وثیقه (شش مطالعه)، در مقایسه با مجرمین درمان نشده، با میزان تکرار جرم پایین‌تر همراه بودند آنها دریافتند که درمان‌های رفتاری (دو مطالعه) یا بینش‌گرا (سه مطالعه) هیچ تاثیری بر تکرار جرم نداشتند.

فرا تحلیل‌های اولیه تاثیر مثبت درمان را بر تکرار جرم در متجاوزین جنسی تایید می‌کنند (الکساندر، ۱۹۹۹؛ هال، ۱۹۹۵؛ هانسون و همکاران، ۲۰۰۲؛ پولیزی و همکاران، ۱۹۹۹) گرچه انتقادهایی بر پایه ضعف روش شناختی به مطالعات اولیه شده است (لوسیل، ۲۰۰۵). تحلیل هال (۱۹۹۵) از ۱۲ مطالعه ۳۰٪ کاهش در تجاوز جنسی را برای متجاوزین جنسی تحت درمان نشان داد، یافته‌ای که باید آن را با احتیاط تلقی کرد، به دلیل گنجاندن مطالعاتی که از گروه‌های مقایسه به طور کامل متشکل از متجاوزین جنسی‌ای استفاده کردند که از درمان اجتناب کرده بودند یا درمان را ترک کرده بودند. فقدان دقت روش شناختی در پژوهش‌های درمانی متجاوزین جنسی، در تبیین ناهمسویی و تناقض‌های موجود در مورد اینکه آیا چنین برنامه‌هایی

موثر هستند یا خیر، نقش داشته است. دو فراتحلیل اولیه تاثیر مثبتی را بر نتایج تکرار جرم برای متجاوزین جنسی تحت درمان پیدا نکردند (فوربی، وینروت و بلک، ۱۹۸۹، دفتر حسابرسی عمومی امریکا (USGAO)، U. S. General Accounting Office، ۱۹۹۶). فوربی و همکاران (۱۹۸۹) در زمان مطالعه خود، به این نتیجه رسیدند که فراتحلیل، به دلیل کمبود پژوهش‌های با کیفیت بالا، امکان پذیر نبود.

مشکلات در پژوهش تا حدی از نگرانی عمومی در مورد تکرار جرم متجاوز جنسی نشات می‌گیرند که در نتیجه این است که مجرم‌ترین متجاوزین جنسی تحت نوعی از درمان قرار می‌گیرند. در نتیجه، پژوهشگران در تلاش برای پیدا کردن نمونه‌ای از متجاوزین جنسی درمان نشده هستند تا از آنها به عنوان گروه مقایسه استفاده کنند. با توجه به میزان‌های خط پایه کم متجاوزین جنسی، در صورتی که مطالعه پیگیری دوره‌ای کمتر از سه سال باشد، تشخیص تاثیرات درمانی بر روی آنها دشوار و مشکل می‌شود (دالی، ۲۰۰۸).

سارویر، مالوی و بوترز (۲۰۱۲) در فراتحلیل خود گزارش دادند که میزان‌های تکرار جرم در گروه متجاوزین جنسی تحت درمان، در مقایسه با متجاوزین جنسی که تحت درمان نبودند، به طور معنی داری کمتر بود. توزیع اندازه‌های اثر به طور ناهمگنی معنی دار بود که به توجه به طیف مداخلات و انواع درمان متجاوزین جنسی مورد انتظار بود. تفاوت معنی داری بین تاثیرات درمانی مبتنی بر محیط‌های امنیتی و مبتنی بر جامعه در تکرار جرم و تکرار کلی جرم وجود نداشت. درمان متجاوزین جنسی که در یک محیط امنیتی ارائه شده بود با کاهش معنی دار تکرار جرم به طور کلی همراه بود. ناهمگنی یافته‌ها در مطالعات انجام شده در قالب درمان‌ها و مداخلات برای متجاوزین جنسی، دوز داروی مصرفی، کیفیت پژوهش، و وسایل سنجش قابل تبیین است. عدم تجانس در ساختارهای مطالعات از جمله اهداف درمانی، نوع درمان و مداخله، و وسایل سنجش پیامد درمان، تفسیر تاثیرات درمان را برای متجاوزین جنسی پیچیده تر می‌سازد.

پارکینز، هاموند، کلیز و بیشاپ (۱۹۹۸) گزارش کردند که باید تاکید بیشتری به ویژگی‌های علامتی (idiographic) و پویا بوسیله افراد متجاوز جنسی در ارائه و ارزیابی درمان صورت گیرد. آنها توصیه‌هایی برای برنامه‌های برخورد با متجاوزین جنسی در معرض خطر ارائه شده نمودند. دنیس و همکاران (۲۰۱۲) گزارش دادند که برای تعیین اثربخشی مداخلات درمانی بر روی متجاوزین جنسی، پژوهش‌های آینده باید بر به حداقل رساندن خطر سوگیری، به حداکثر رساندن کیفیت گزارش دهی و منجمله پیگیری برای حداقل مدت پنج سال "در معرض خطر" در جامعه، متمرکز شود.

ادبیات تحقیق بر روی تجاوز جنسی شامل کارهای زیادی روی تکرار تجاوز جنسی، با و بدون درمان است، اما از نظر روش شناسی تعداد مقایسه‌های کمی بین روش‌های درمانی مختلف وجود دارد. مطالعات پیگیری بلند مدت متجاوزین جنسی میزان‌های ناهمسویی از عدم وجود تکرار جرم را نشان داده‌اند. با این حال، به نظر می‌رسد، متجاوزین جنسی خطرناک‌تر توسط عوامل زیر مشخص می‌شوند:

- شروع زودرس سابقه کیفری با محکومیت سکس و خشونت مشخص می‌شود.
  - انواع تجاوز غالب بیرون از خانواده، تجاوز جنسی زن و تجاوز جنسی به پسر بچه
  - تجاوز جنسی متنوع - سنین / جنسیت / روابط / مکان‌های قربانی مختلف
  - سبک زندگی ضد اجتماعی، تاثیرات و نگرش‌های اجتماعی
- شخصیت پسیکوپات که توسط فهرست Hare Psychopathy Checklist - اندازه گیری می‌شود.

- تکانشگری بالا، انکار، تحریف‌های شناختی و تنهایی عاطفی
- هم‌دلی پایین با قربانی، کنترل هیجانی مهارت‌های صمیمیت و توانایی‌های حل مسئله

پایین

- انگیزتگی، خیالپردازی‌ها و اشتغالات ذهنی انحرافی جنسی

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۰۱

برنامه‌های درمانی که از روش‌های شناختی رفتاری و/ یا داروی ضد لیپیدویی برای تاکید بر نیاز موقعیت جرم برانگیز (برای مثال ویژگی‌های متجاوز که از لحاظ تجربی به جرم مربوط هستند) استفاده می‌کنند، به وضوح می‌توانند میزان جرم را بهبود دهند. بهترین شواهد برای مولفه‌های کلیدی برنامه‌های موفقیت آمیز درمانی متجاوزین جنسی شامل موارد زیر هستند:

- تاکید بر زمینه‌ها و پیش‌آمادگی‌های ایجاد شده رشدی برای ارتکاب جرم مانند وابستگی‌های ناکارآمد و سوء استفاده جنسی فیزیکی / عاطفی ("گذشته")؛ عوامل مرتبط با حفظ و نگهداری رفتار مجرمانه جنسی ("حال حاضر")؛ و ایجاد مهارت‌های پیشگیری از عود ("آینده")

- تاکید بر ایجاد بینش مجرمانه، انگیزه برای عدم ارتکاب جرم و مهارت‌های لازم برای جلوگیری از ارتکاب جرم و دستیابی به یک شیوه زندگی غیر مجرمانه

- بکارگیری روش‌های درمان عملی برای نیازهای (جرم‌زا و شخصیتی) و قابلیت‌های (عقلانی و هیجانی) مجرمین جنسی در درمان

- بکارگیری ترکیبی از محیط درمانی، گروه درمانی و درمان فردی مناسب برای انواع مختلف ارزیابی و درمان.

ادبیات تحقیق بیانگر این واقعیت است که ارزیابی اثربخشی برنامه‌های متجاوزین جنسی مشکل‌زا باقی می‌ماند (کرایساتی، ۲۰۱۳). بررسی مطالعات اثربخشی درمان کارآزمایی بالینی تصادفی (Random Control Trial (RCT) وایت و همکاران (۱۹۹۸) نشان می‌دهد تنها سه مطالعه مطابق با معیارهای کوکران بوده است. فقط یکی از این مطالعات (مارکوئیز و همکاران، ۱۹۹۴) نیز به نظر می‌رسد مطابقت با نیازهای ذکر شده در بالا برای رسیدگی به یک طیف وسیعی از نیازهای جرم برانگیز مربوط به تکرار جرم جنسی است. دو مطالعه دیگر در روش خاص تضاد دارد که به طور خاص برای طیف گسترده‌ای از نیازها و عوامل در معرض خطر متجاوزین شرکت کننده طراحی نشده اند.

با این وجود، بررسی اخیر، نتیجه گیری‌های محتاطانه خوش بینانه را از فراتحلیل هال (۱۹۹۵) مورد تایید قرار می‌دهد. این موضوع نیاز به ادغام منافع بالینی و اقتصادی مداخلات مبتنی بر گروه را برجسته تر می‌کند، مانند برنامه درمانی متجاوزین جنسی زندانی انگلستان (UK Prison Sex Offender Treatment Program (SOTP)) که به درمان‌هایی می‌پردازد که بر تفاوت‌های بین فردی مهم بین عوامل خطر و نیازهای درمانی متجاوزین جنسی تاکید می‌کنند.

برای خطرناکترین متجاوزین جنسی که دارای آشفته ترین سابقه، ویژگی‌های شخصیتی پسیکوپاتی و تاریخچه جرم‌های شدید هستند، ترکیبی از بهترین ویژگی‌های زندان فعلی و خدمات سلامت روان قانونی توصیه می‌شود که عبارتند از:

- محیط درمانی شامل انتظارات تغییر رفتار با حمایت شخصی، و نظارت چند رشته‌ای،

نظارت و مدیریت برنامه‌های درمانی فردی

- ترکیبی از مداخلات مبتنی بر گروه، شناختی رفتاری، با تاکید بر عوامل جرم برانگیز و

شخصیتی مربوط به متجاوزین مشارکت کننده، با درمان فردی آنگونه که مورد نیاز است (برای مثال در خصوص تعدیل برانگیختگی جنسی انحرافی)، و منجمله داروهای ضد لیبیدویی به عنوان یک عنصر بالقوه برنامه درمانی.

در حالی با شناسایی نیاز به مطالعات RCT بلند مدت، اطلاع از مشکلات عملی و اخلاقی

با این رویکرد اهمیت دارد. ادبیات تحقیق قویا ارزش تغییرات ارزیابی در پیش بین‌های خطر پویا پس از درمان، همچنین فراتحلیل نتیجه مطالعات در مقیاس کوچکتر را پیشنهاد می‌نمایند. برای این کار نیاز فزاینده برای تحلیل‌های علامتی (idiographic) افزایش پیدا می‌کند که اثر تعاملات مجرم درمانی را بر روی تاثیر و پیامد درمان برجسته می‌کند.

تجاوز و خشونت جنسی تمام بخش‌های جامعه را تحت تاثیر قرار می‌دهد، لذا درمان و

پیشگیری از آن جامع و فراگیر است. درمان‌ها می‌توانند فردی، گروهی، تلاش‌های مبتنی بر

### کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۰۳

جامعه و فعالیت‌هایی جهت پیشگیری از سایر انواع خشونت جنسی دسته‌بندی شوند. گروه‌های حمایتی در آمریکا که معمولاً از طریق سازمان‌های مادر قابل دسترسی هستند فراوان هستند و شامل چند گروه آنلاین هم می‌گردند (موسسات ضد خشونت جنسی در آمریکا، ۲۰۱۵).

خشونت جنسی مردان بر علیه زنان و کودکان همچنان به صورت یک مشکل قابل توجهی اجتماعی در استرالیا باقی مانده است. لذا این کشور توجه فزاینده‌ای را به پیشگیری و درمان متجاوزین جنسی نشان داده است. در استرالیا پاسخ‌های درمانی به تمرکز فردی بر روی متجاوزین جنسی و بر ایجاد شرایط دقیق برای تحت تعقیب قانونی قرار گرفتن موفقیت آمیز متجاوزین جنسی محدود شده اند. چونگ، اولیری و هاند (۲۰۰۶) بیان کردند که توضیح‌ها و تبیین‌های نظری خشونت جنسی پاسخ‌های مداخله‌ای و عام را شکل داده اند. دیدگاه‌های غالبی بر آسیب‌شناسی روانی متجاوزین جنسی متمرکز هستند. نظریه فمینیستی معاصر و مطالعات انتقادی در مردانگی که بر شیوه‌های اجتماعی روابط جنسیتی تاکید می‌کنند، دیدگاه مهمی را برای پرداختن به خشونت جنسی در یک مقیاس بزرگتر ارائه می‌دهند، اما تا حد زیادی در دیدگاه‌های درمانی نادیده گرفته شده اند. آنها شیوع و تعاریف خشونت جنسی به طور انتقادی را مورد بررسی قرار دادند تا نشان دهند که خشونت جنسی یک تجربه نسبتاً شایع برای بسیاری از زنان استرالیایی است، به خصوص، برای مثال، هنگامی که اعمالی مانند اجبار جنسی که به عنوان بخشی از روابط عادی با جنس مخالف وجود دارند، مشمول اعمال خشونت جنسی می‌شوند. آنها پارادایم‌های مختلف درمان مورد استفاده در استرالیا را مورد انتقاد قرار دادند و مدعی شدند که به طور کلی، پاسخ‌ها به خشونت جنسی، نه جامع و بین بخشی هستند، و نه جوابگویی به قربانیان خشونت جنسی را اولویت بندی می‌کنند. این را می‌توان به تأثیرات نظری مجزا در درمان متجاوزین جنسی، پیشگیری از خشونت جنسی و حمایت از قربانیان نسبت داد. آنها نتیجه گرفتند که از طریق بررسی راهکارهای درمانی و پیشگیری بهتر می‌توان به وقوع گسترده خشونت جنسی در استرالیا رسیدگی نمود.

توانبخشی مجرمین یکی از اهداف اصلی خدمات تادیبی در سراسر استرالیا است و در عین حال همیشه دسترسی به اطلاعات در مورد برنامه‌های موجود در هر ایالت یا منطقه آسان نمی‌باشد. ارائه گزارش در خصوص برنامه‌های توانبخشی مجرمین تادیبی مبتنی بر زندان نه تنها یک دید کلی از برنامه‌های زندان در استرالیا را در اختیار پژوهشگران و علاقه‌مندان قرار می‌دهد، بلکه تفسیر و تبیینی از وضعیت فعلی و کیفیت این برنامه‌ها و مسیرهایی که به احتمال زیاد در آینده توسعه پیدا می‌کنند را ارائه می‌دهد. این گزارش به احتمال زیاد برای کسانی که علاقه مند به درک بیشتر وضعیت فعلی توانبخشی مجرمین در استرالیا هستند، یک منبع ارزشمند محسوب می‌شود (هیسلیتین، دی و ساری، ۲۰۱۱).

حوزه‌های قضایی سراسر ایالات متحده آمریکا بوضوح تشخیص داده‌اند که مدیریت موثر متجاوزین جنسی نیاز به نظارت و درمان بیشتری دارد. در واقع، مدیریت موثر متجاوزین جنسی خواستار ادغام متفکرانه این نوع مدیریت‌ها و مولفه‌های سایر مدیریت‌ها و شاید به طور اهم، مشارکت مداوم میان مسئولین انجام این فعالیت‌ها بود. مرکز مدیریت متجاوز جنسی Center for Sex Offender Management (CSOM) پروتکل ارزیابی جامع: یک مرور سیستم گسترده راهبردهای مدیریت متجاوزین جنسی بزرگسالان و نوجوانان (CAP) Strategies Sex Offender Management را برای کمک به حوزه‌های قضایی جهت بهبود رویکردهای مدیریتی خود با جمعیت متجاوزین جنسی، ایجاد کرد. CAP ابزاری است که کاربران خود را از طریق فرایند آگاهانه و سنجیده و جمع‌آوری اطلاعات و تحلیل مشارکتی بالا هدایت و راهنمایی می‌کند. CAP با درجه بالایی و ویژگی نقاط قوت رویکرد مدیریتی متجاوز جنسی حوزه قضایی و گام‌هایی که می‌توانند برای بهبود و تقویت سیستم خود بردارند را شناسایی می‌نماید (مرکز مدیریت متجاوز جنسی، پروژه وزارت دادگستری ایالات متحده آمریکا برنامه‌های دادگاه، ۲۰۰۷). در روانشناسی قانونی و روانشناسی اصلاحی/تادیبی به درمان، مدیریت و نظارت موثر متجاوزین جنسی در محیط‌های قانونی و اصلاحی توجه



## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۰۵

می‌شود (فورتون، بورکی و وارد، ۲۰۱۵، نی و وارد، ۲۰۱۵، وارد، گانون و فورتون، ۲۰۱۵)، حقوق آنها در نظر گرفته می‌شود (ویس، ۲۰۰۸، نی و وارد، ۲۰۱۵، وارد و بیرگدین، زیر چاپ، بیرگدین و وارد، زیر چاپ)، و در درمان آنها مسائل اخلاقی و حقوق بشری مدنظر قرار می‌گیرد (انجمن درمان سوء استفاده کنندگان جنسی، ۲۰۰۵، انجمن روانشناسی امریکا، ۲۰۱۰، لونسون، ۲۰۱۱، بیرگدین و کولولو، ۲۰۱۱، بیرگدین و وارد، زیر چاپ).

تونی (۲۰۰۹) گزارش داد که نظریه ذهن گسترده (Extended Mind Theory EMT) برای درمانگرانی که با تحریف‌های شناختی متجاوزین جنسی کار می‌کنند، کاربردهای بالینی زیادی دارد و مدل درمان بازسازی شناختی می‌تواند مطابق با EMT گسترش پیدا کند. شواهد روشن و واضحی وجود دارند که بسیاری از متجاوزین جنسی از عزت نفس پایین رنج می‌برند (ولیزاده و اسدالهی، ۱۳۸۶)، اکثر آنها فاقد همدلی با قربانیان خود هستند (هیلدیران و پیترز، ۱۹۸۹، هودسون، ۱۹۹۷، مارشال و همکاران، ۲۰۰۸)، تقریباً همه آنها ادراکات و افکار تحریف شده‌ای مربوط به تجاوزهایی که مرتکب شده‌اند دارند (مورفی، ۱۹۹۰، وارد، هودسون، جانسون و مارشال، ۱۹۹۷، فورتنی، لونسون، برانون و بیکر، ۲۰۰۷، اوسپاردها، گانون و ارد، زیر چاپ)، دل‌بستگی ناایمن، احساس تنهایی و نقص در روابط صمیمانه دارند (مارشال، ۱۹۹۴، سیدمن، مارشال، هودسون و روبرتسون، ۱۹۹۴، وارد، هودسون، مارشال و سیگیت، ۱۹۹۵، مارشال، بریسی، هودسون، وارد و مات، ۱۹۹۶، وارد، هودسون و مارشال، ۱۹۹۶، هودسون و وارد، ۱۹۹۷، وارد، مک کورمارک و هودسون، ۱۹۹۷). اخیراً احساس‌های شرم و گناه در متجاوزین جنسی شناسایی شده‌اند. مدل مارشال، مارشال، سیران و اوبرین (۲۰۰۹) پیشنهاد می‌کند که هر یک از این موضوعات از نظر عملکردی با یکدیگر مرتبط هستند، و ممکن است مانع پیشرفت درمان متجاوزین جنسی گردد، اما این مدل رویکردی مبتنی بر شواهد را پیشنهاد می‌کند که باید به نحو موثری بر وجود این موانع در درمان متجاوزین جنسی غلبه پیدا کند. این مدل موضوعات مختلفی مانند

عزت نفس، شرم، تحریفات شناختی و همدلی که در ادبیات پژوهشی مربوط به متجاوزین جنسی شناسایی شده اند ولی روابط بین آنها قبلاً مشخص نشده اند را با یکدیگر ادغام و یکپارچه می‌کند.

لانگستورم و همکاران (۲۰۱۳) اثربخشی مداخلات پزشکی و روانشناختی برای افراد در معرض خطر سوء استفاده جنسی از کودکان را هم برای سوء استفاده کننده‌های جنسی شناسایی شده و هم برای افراد در معرض خطر سوء استفاده جنسی از کودکان را با استفاده از مرور منظم بررسی نمودند. پس از بررسی ۱۴۴۷ خلاصه مقاله، ۱۶۷ متن کامل مطالعات بازبینی شدند و در نهایت هشت مطالعات با سوگیری کم تا متوسط در نظر گرفته شدند. نتایج پژوهش شواهد ضعیفی برای مداخلات معطوف به کاهش تکرار تجاوز جنسی را در سوء استفاده کننده‌های جنسی شناسایی شده از کودکان نشان داد. برای بزرگسالان، شواهدی از پنج آزمایش، هم در مورد مزایا و هم در مورد مخاطرات با درمان روانشناختی و دارو درمانی، کافی بود. برای نوجوانان، شواهد محدود از یک آزمایش پیشنهاد نمودند که درمان چندسیستمی از تکرار تجاوز جنسی پیشگیری نمود (ریسک نسبی ۰/۱۸). فقدان پژوهش‌های بسنده از نتیجه‌گیری‌ها درباره تأثیرات سایر درمان‌ها جلوگیری نمود. مدارک و شواهد در مورد اثربخشی درمان برای کودکان دارای مشکلات رفتاری جنسی در یک آزمایش صورت گرفته نیز ناکافی بود. در نهایت، این پژوهشگران هیچ پژوهش واجد شرایطی را بر روی روش پیشگیرانه برای بزرگسالان و نوجوانانی که کودکان را مورد سوء استفاده جنسی قرار نداده بودند، مانند افراد مبتلا به ترجیح جنسی پدوفیلیا ولی در معرض خطر بالاتری برای انجام این کار بودند را پیدا نکردند. آنها نتیجه گرفتند که ضعف‌های اساسی در شواهد علمی وجود دارند، بویژه در خصوص بزرگسالان مرد، یعنی گروه اصلی سوء استفاده کنندگان جنسی از کودکان. آنها نتیجه گرفتند که انجام مطالعات بهتر هماهنگ شده و با کیفیت بودجه بندی بالا در چند کشور ضروری و لازم است. تا بتوان به شواهد قطعی قابل دسترس دست یافت که

کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۰۷

راهبردهای بالینی واقعی ممکن است عوامل خطر خاص برای جرایم جنسی مانند مشغولیت ذهنی جنسی را در سوء استفاده کنندگان جنسی در معرض خطر برای تکرار تجاوز جنسی، کاهش دهد.

### برنامه خدمات روانشناختی راکوود

#### Rockwood Psychological Services Program (RPS)

اولین گزارش برنامه‌ای که در حال حاضر راکوود شناخته می‌شود، در سال ۱۹۷۱ شروع شد (مارشال، ۱۹۷۱، مارشال، لیام، مارشال، گریس، سیران و اوبرین، ۲۰۰۸). برنامه خدمات روانشناختی راکوود (RPS) Psychological Services Program Rockwood کار بالینی، پژوهش و خدمات نظارتی را تحت قراردادهایی برای انواعی از محیط‌های موسسه ای/نهادی و عمومی جامعه در انتاریو کانادا انجام می‌دهد. درمان مستقیم برای متجاوزین جنسی در محیط‌های مختلف ارائه می‌شود و اجرای برنامه‌های درمانی برای مدیریت خشم، خشونت خانگی و برای تصحیح نگرش و سبک‌های ضد اجتماعی طراحی و نظارت می‌شود. کارکنان خدمات روانشناختی راکوود همچنین به ایجاد و توسعه برنامه‌هایی مجرمین نوجوان از انواع مختلف کمک می‌کنند.

رویکرد بالینی برنامه خدمات روانشناختی راکوود (RPS) مبتنی بر قدرت و نیرومندی (Strength-based) است. برنامه خدمات روانشناختی راکوود (RPS) شامل رفتار درمانی (Bahvior Therapy)، رویکرد انگیزشی (Motivational approach)، آموزش مهارت‌های ارتباطی (Communication Skills Training)، آموزش مهارت‌های اجتماعی (Social Skill Training) و برنامه خودتنظیمی Self-Regulation Program است. برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی چندین دیدگاه نظری را ادغام می‌کند، از روش‌های درمانی استفاده می‌کند که اثربخشی حداکثر آنها برای درمان متجاوزین جنسی نشان داده شده

است، و رویکردهای توانبخشی مدرن (Modern rehabilitation approaches) را بکار می‌گیرد (مارشال و همکاران، ۲۰۰۸).

برنامه خدمات روانشناختی راکوود بر چگونگی رسیدن به یک زندگی رضایت بخش بیشتر و کامل تر یعنی مدل خوب زندگی کردن یا Good lives Model متمرکز است که در آن به ابعاد مختلفی از جمله معنویت توجه می‌شود و همچنین علایق و توانایی‌های متجاوز جنسی در نظر گرفته می‌شود (گلاسر، ۲۰۱۱).

بر اساس رویکردهای بکار برده شده در برنامه خدمات روانشناختی راکوود، اهداف درمانی بر موضوعاتی مانند اشکال در پذیرش مسئولیت، فقدان همدلی، نقص در مهارت‌های مقابله‌ای، عزت نفس پایین، باورها و ادراک‌های مختل، صمیمیت نابسند و ناکافی، تنهایی از نظر عاطفی، سبک‌های دلبستگی ضعیف، نقص‌های اجتماعی کلی مختلف و علایق متجاوز جنسی متمرکز می‌باشد (مارشال، مارشال، سیران و اوبرین، ۲۰۰۸).

کارکنان خدمات روانشناختی راکوود علاوه بر کار بالینی، بر روی رفتارهای مشکل ساز مرتبط با جرم مختلف، پژوهش‌های متفاوتی را انجام می‌دهند. اگر چه تمرکز اصلی پژوهش‌های کارکنان خدمات روانشناختی راکوود بر روی متجاوزین جنسی است، آنها همچنین پروژه‌های در حال اجرایی در مورد خشم، خشونت خانگی، قمار، سوء مصرف مواد و استفاده مشکل ساز از اینترنت (problematic internet use) دارند.

سرویس‌های روانشناختی راکوود آموزش، مشاوره، سخنرانی، کنفرانس را در مورد متجاوز، و به ویژه درمان و مدیریت متجاوزین جنسی انجام می‌دهند. خدمات روانشناختی راکوود آموزش برای درمانگران و کارکنان غیر درمان را ارائه داده‌اند، و مشاوره در مورد مسائل متجاوزین جنسی در بیش از ۲۵ کشور در سراسر جهان را فراهم نموده‌اند.

کتاب توانبخشی متجاوزین جنسی: یک رویکرد مبتنی بر قدرت و نیرومندی  
Rehabilitating Sexual Offenders: A Strength-based Approach برنامه خدمات

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۰۹

روانشناختی راکوود که توسط مارشال، مارشال، سیران و اوبرین در سال ۲۰۱۱ نگاشته شده است، برنده جایزه از نشست سالیانه انجمن پژوهش و درمان جنسی Society for Sex Therapy and Research (SSTAR) ۲۹-۳۱ مارس ۲۰۱۲ در شیکاگو شد (وب سایت برنامه خدمات روانشناختی راکوود، ۲۰۱۵).

با توجه به تغییرات ایجاد شده در خدمات روانشناختی راکوود و در خدمات تادیبی کانادا، راکوود دیگر خدمات درمانی مستقیم را ارائه نمی‌دهد. زمانی که راکوود با خدمات تادیبی کانادا مشغول به کار بود، برای بیش از یک هزار متجاوز جنسی درمان ارائه داد و قادر به کاهش میزان قابل توجهی از تکرار جرم شد که میزان موفقیت را بیش از ۹۶٪ نشان داد. کار کردن با کارکنان در خدمات تادیبی کانادا لذت بخش بود، نتایج پژوهش نشان داد که همه آنها به طور قابل توجهی در کاهش و میزان بسیار کم تکرار جرم کمک کرده بودند. خدمات روانشناختی راکوود برای مجرمین، کارکنان و مدیریت خدمات تادیبی کانادا بهترین آرزوها را در آینده دارد.

برنامه خدمات روانشناختی راکوود اخیراً یک سری راهنما برای برنامه‌های درمانی متجاوزین جنسی را تهیه و تکمیل کرده است که در حال حاضر برای استفاده در دسترس تعدادی از کشورها در سراسر جهان قرار دارد. این راهنماها با هزینه نسبتاً کم در دسترس هستند و می‌توان آنها را از طریق تماس با دفتر خدمات روانشناختی راکوود با این آدرس خریداری نمود: [liam@rockwoodpsyc.com](mailto:liam@rockwoodpsyc.com)

مارشال و همکاران (۲۰۰۸) برنامه مقدماتی راکوود را برای متجاوزین جنسی توصیف کردند. آنها این برنامه را در مرکز خدمات تادیبی میل هاون کانادا برای متجاوزین جنسی اجرا کردند. مراجعین، بسته به زمان حضور در زندان محل اقامت خود، یعنی جایی که آنها یک برنامه درمانی کامل را دریافت می‌کردند، برای مدت ۶ تا ۸ هفته تحت این برنامه قرار داشتند.

نتایج کارایی و اثربخشی برنامه مقدماتی خدمات روانشناختی راکوود را بر روی متجاوزین جنسی نشان داد.

### برنامه خودتنظیمی Self-Regulation Program

در برنامه خود تنظیمی برای درمان متجاوزین جنسی بر روی حس کارآمدی/کارایی/بهره وری (Sense of agency)، همدلی کلی (General empathy)، نگرش‌های جامعه پسند (Prosocial attitudes)، سبک‌ها/مهارت‌های مقابله‌ای مناسب (Adequate coping skills/styles)، مهارت‌های صمیمیت مناسب (Adequate intimacy skills)، عزت نفس مثبت (Positive self-esteem)، خودتنظیمی کلی خوب (Good general self-regulation)، خودتنظیمی جنسی خوب (Good sexual self-regulation)، درک عوامل خطر (Understands risk factors) و کیفیت برنامه‌های آینده (Quality of future plans) کار می‌شود (مارشال و همکاران، ۲۰۰۸، فورتون و وارد، زیر چاپ).

### حس کارآمدی/کارایی/بهره وری (Sense of agency)

این هدف درمانی باور و اعتقاد متجاوزین جنسی به توانایی خود برای کنترل زندگی شان، برعهده گرفتن مسئولیت برای ایجاد تغییرات زندگی و توانایی برای شناسایی گام‌های لازم در دستیابی به این اهداف را منعکس می‌کند. پس از درمان آنها باید به اهداف زیر رسیده باشند:

- توانایی برای کنترل زندگی خود را باور داشته باشند و آن را نشان بدهند.
- مسئولیت ایجاد تغییرات در زندگی خود را برعهده بگیرند.
- قادر به شناسایی اهداف شده باشند و برای رسیدن به این اهداف قدم‌هایی را برداشته باشند.

#### همدلی کلی (General empathy)

این هدف درمانی توانایی متجاوزین جنسی را برای درک احساسات دیگران، برای توانایی گذاشتن خودشان بجای دیگران، برای پاسخ هیجانی مناسب دادن به احساسات دیگران، و تلاش کردن برای آسایش و راحتی سایرین در زمان ممکن و مناسب را نشان می‌دهد. پس از درمان آنها باید به اهداف زیر رسیده باشند:

- بتوانند احساسات دیگران را درک کنند.
- قادر باشند خودشان را بجای دیگران بگذارند.
- به احساسات و عواطف دیگران، پاسخ هیجانی و عاطفی مناسب بدهند.
- برای آسایش و راحتی دیگران در زمان ممکن و مناسب تلاش کنند.

#### نگرش‌های جامعه پسند (Prosocial attitudes)

این هدف درمانی درجه‌ای را که متجاوزین جنسی مطابق با نگرش‌های عام پسند و مورد قبول جامعه سازگاری و انطباق پیدا می‌کنند و رفتار می‌کنند، نگرش‌های ضد اجتماعی بیان شده توسط سایر اعضای گروه را به چالش می‌کشند و با سرپرست/ ناظر یا کارکنان مدیریت مورد همکاری می‌کنند، را می‌سنجد. پس از درمان آنها باید به اهداف زیر رسیده باشند:

- مطابق با نگرش‌های جامعه پسند سازگاری و انطباق پیدا کنند و رفتار کنند.
- با نگرش ضد اجتماعی مطرح شده توسط سایر اعضای گروه چالش و مبارزه کنند.
- با سرپرست/ ناظر یا کارکنان مدیریت مورد همکاری نمایند.

#### سبک‌ها/مهارت‌های مقابله‌ای مناسب (Adequate coping skills/styles)

این هدف درمانی پاسخ متجاوزین جنسی به عوامل استرس‌زا با هیجان‌پذیری مناسب، توانایی آنها برای درک اینکه چگونه احساسات و عواطف می‌توانند بر توانایی شان برای مقابله

با استرس، توانایی و تمایل آنها برای مواجهه شدن با موضوعات مشکل ساز و حل و فصل مشکلات تاثیر بگذارند، را منعکس می کند. پس از درمان آنها باید به اهداف زیر رسیده باشند:

- با عواطف و هیجان‌های مناسب به عوامل استرس زا پاسخ دهند.
- درک کنند که هیجان‌ها چگونه می توانند بر توانایی آنها برای مقابله با فشار روانی و استرس تاثیر بگذارند.
- با موضوعات مشکل ساز مواجهه و روبرو شوند.
- قادر به حل و فصل مشکل بشوند.

#### مهارت‌های صمیمیت مناسب (Adequate intimacy skills)

این هدف درمانی ارزیابی می کند که آیا متجاوزین جنسی برای سایرین ارزش قائل هستند یا نه، از دیگران قدردانی می کند یا نه، قادر به خود بیانگری و خود فاش سازی مناسب هستند یا نه، با دیگران دوست می شوند یا نه و با دیگران رابطه برقرار می کنند یا نه و در مورد روابط با دیگران باورها و عقاید واقع بینانه دارند یا نه. پس از درمان آنها باید به اهداف زیر رسیده باشند:

- برای سایرین ارزش قائل شوند و از دیگران قدردانی کنند.
- خود آشکار سازی و خود افشایی مناسب داشته باشند.
- قادر به دوست شدن با دیگران بشوند، و با دیگران ارتباط برقرار کنند.
- در مورد روابط با سایرین باورهای واقع بینانه پیدا کرده باشند.

#### عزت نفس مثبت (Positive self-esteem)

این هدف درمانی گستره باورها و عقاید واقع بینانه‌ای را که متجاوزین جنسی در مورد توانایی‌های خود دارند، اینکه آنها ارزش صحبت با خود مثبت و استفاده از آن را می فهمند و



### کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۱۳

از سرزنش خود یا شوخی توهین آمیز و زیان آور اجتناب می کنند، را ارزیابی می کند. پس از درمان آنها باید به اهداف زیر رسیده باشند:

- به توانایی های خود باور داشته باشند و عقاید واقع بینانه پیدا کرده باشند.
- ارزش صحبت با خود مثبت را بفهمند و آن را بکار بگیرند.
- از سرزنش خود یا شوخی توهین آمیز و مضر استفاده نکنند.

#### خودتنظیمی کلی خوب (Good general self-regulation)

این هدف درمانی این ایده را منعکس می کند که متجاوزین جنسی بتوانند با شرایط در حال تغییر سازگاری و انطباق پیدا کنند، بیش از حد تکانشی یا منفی نباشند، بیش از حد هیجانی نشوند و احساسات، عواطف و هیجانات خود را سرکوب نکنند، و گستره ارزش و قدر ثبات در زندگی خود را بفهمند و برای درجاتی از ثبات در زندگی خود ظرفیت داشته باشند.

پس از درمان آنها باید به اهداف زیر رسیده باشند:

- بتوانند خود را با شرایط در حال تغییر وفق دهند.
- بیش از حد تکانشی یا منفی نباشند.
- بیش از حد عاطفی نباشند و احساسات خود را سرکوب نکنند.
- ارزش و قدر ثبات در زندگی خود را بفهمند و ظرفیت داشتن درجاتی از ثبات در زندگی خود را پیدا کنند.

#### خودتنظیمی جنسی خوب (Good sexual self-regulation)

این هدف درمانی علایق و تمایلات جنسی بهنجار و یک رویکرد سالم به تمایلات جنسی، اجتناب از رابطه جنسی به عنوان یک راهبرد مقابله ای و درجه ای که متجاوزین جنسی سکس را در زندگی و روابط خود بیش بها یا کم بها ندانند، نشان می دهد. پس از درمان آنها باید به اهداف زیر رسیده باشند:

- از سکس به عنوان یک راه کار مقابله با استرس استفاده نکنند.
- با سکس اشتغال ذهنی پیدا نکنند.
- علایق و تمایلات جنسی بهنجار پیدا کنند.
- رویکردی سالم به تمایلات جنسی داشته باشند.

#### درک عوامل خطر (Understands risk factors)

- این هدف درمانی درجه آگاهی‌ای که متجاوزین جنسی از موقعیت‌ها و عوامل خطر واقعی و احتمالی دارند و قادر به گرفتن بازخورد از دیگران هستند، را ارزیابی می‌کند. پس از درمان آنها باید به اهداف زیر رسیده باشند:
- از موقعیت‌ها و عوامل خطر واقعی و احتمالی آگاهی پیدا کنند.
  - قادر به گرفتن بازخورد از دیگران بشوند.

#### کیفیت برنامه‌های آینده (Quality of future plans)

- این هدف درمانی میزان اهداف و برنامه‌های واقع بینانه‌ای که متجاوزین جنسی برای آینده دارند، حمایت‌های اجتماعی مناسب و کافی که دارند، فعالیت‌هایی که در اوقات فراغت دارند و ارزش این فعالیت‌ها را تشخیص می‌دهند و می‌دانند، و مهارت‌های شغلی که دارند و از نظر مالی مستقل هستند، را نشان می‌دهد. پس از درمان آنها باید به اهداف زیر رسیده باشند:
- اهداف و برنامه‌های واقع بینانه برای آینده داشته باشند.
  - حمایت‌های اجتماعی مناسب و کافی داشته باشند.
  - فعالیت‌های اوقات فراغت داشته باشند و ارزش فعالیت‌های اوقات فراغت را بفهمند.
  - مهارت‌های شغلی داشته باشند و از نظر مالی مستقل باشند.
- هر یک از اهداف درمانی در متجاوزین جنسی دو بار مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد: اول بر اساس درک عقلانی (Intellectual understanding) آنها از مفهوم یا هدف، و دوم بر

اساس درک عاطفی و هیجانی (Emotional understanding) آنها و پذیرش/تایید (Acceptance/Democrtration) رسمی هدف. این ارزیابی پیش و پس از درمان بوسیله مقیاس درجه بندی درمانگر (The Therapist Rating Scale) انجام می شود. این مقیاس کلیه اهداف را به صورت سوال از متجاوزین جنسی می پرسد و از آنها می خواهد که پاسخ خود را بر اساس یک طیف درجه بندی کنند. افزایش نمره در هر یک از اهداف، پس از درمان نسبت به پیش از درمان، بیانگر اثربخشی درمان در رسیدن به این اهداف درمانی می باشد.

در فرایند درمانی که توسط برنامه روانشناختی راکوود صورت می گیرد، خود فاش سازی (Self disclosure)، شرح زندگی خود (Autobiography)، جرم ها و محکومیت های قبلی، بررسی اضطراب اولیه برای مطرح ساختن جزئیات تجاوز/تجاوزهایی که مرتکب شده اند، سپس مطرح کردن این جزئیات به صورت منطقی، متمرکز شدن بر روی موضوعات مشخص مانند اشتغالات ذهنی جنسی احتمالی، پذیرش بیشتر تمایلات و علایق جنسی خود تا انکار آنها، شناسایی استرس ها به عنوان یک عامل خطر در بروز تجاوز جنسی و اقدام به این کار، شناسایی مقابله جایگزین مصرف دارو برای مقابله با سکس، توصیه به مجرد نماندن، و مطالعه کتب مقدس در تمام عمر انجام می گیرد.

خود فاش سازی منجر به افزایش اطلاعات شخصی متجاوزین جنسی می گردد، توانایی شناسایی واقعیت های کلیدی در باره خود و گذشته شان را پیدا می کنند و باعث می شود که آنها احساس سبکی کنند. دستیابی به اهداف درمانی منجر به گریز و رهایی از ارتکاب به تجاوز جنسی می گردد و آنها تا حد زیادی تمایل به ادامه درمان پیدا می کنند. در درمان متجاوزین جنسی، حمایت، همدلی و گرمی به عنوان جزیی از ارتباط درمانی مطرح شده اند.

مارشال (۲۰۱۴) اهداف راهبردهای پرداختن به تعاملات بین فردی در یک محیط

بهداشت روانی را شامل موارد زیر می داند:

- آگاهی پیدا کردن از علل زیربنایی احتمالی رفتارهای مشکل ساز دیگران

- یاد گرفتن شیوه‌های ممکن برای مواجهه با یک موقعیت دشوار
- بدست آوردن مهارت‌های ویژه‌ای برای قادر ساختن فرد به منظور توانایی داشتن برای برخورد موثر با موقعیت‌های مشکل ساز
- برخی از علل زیربنایی احتمالی مشکلات بین فردی شامل موارد زیر هستند:
  - مهارت‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ضعیف
  - ناتوانی برای تعامل موثر مانند پرس و جو در برابر شکوه و شکایت
  - توجه طلبی
  - احساس شرم
  - مشکلات فیزیکی
  - اختلال شخصیت مانند اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال شخصیت خودشیفته و اختلال شخصیت مرزی
  - حس خودارزشمندی پایین
  - نقص‌های صمیمیت
  - نقص‌های همدلی
  - سایر نیازهای برآورده نشده
- هر یک از علل فوق می‌توانند در یک متجاوز جنسی وجود داشته باشند (مارشال، ۲۰۱۴).

#### مدل مراحل تغییر رفتار و فرایندهای تغییر

##### Stages of change Model and change processes

در برنامه خدمات روانشناختی راکوود، از مدل مراحل تغییر رفتار و فرایندهای تغییر در درمان متجاوزین جنسی استفاده می‌شود (مارشال و همکاران، ۲۰۰۸، مارشال، ۲۰۱۴). نظریه‌های تغییر رفتار ساختارهایی برای آموزش دهندگان فراهم می‌کنند تا به طور

سیستماتیک برنامه‌های آموزشی را به کار برده و چرایی و چگونگی تاثیر مورد انتظار یک برنامه را توضیح دهند. هیچ نظریه‌ای نمی‌تواند تمام متغیرهای سهمیم در رفتار انسان را مطرح نماید و هیچ یک از نظریه‌ها، به تنهایی برای تمام موقعیت‌ها قابل استفاده نیستند (فراست، ۲۰۰۸). اما اجزای مختلف آنها می‌توانند برای ایجاد یک برنامه مناسب در رابطه با موضوع و جامعه هدف خاص ترکیب شوند. اغلب نظریه‌ها هشت جزء را برای تغییر رفتار مورد نظر، به منظور ارتقاء سلامت روانی مطرح می‌کنند:

- ۱- فرد تمایل مثبت قوی یا تعهد قوی برای انجام رفتار مورد نظر را دارد.
  - ۲- هیچ محدودیت محیطی برای وقوع رفتار مورد نظر وجود ندارد.
  - ۳- فرد مهارت‌های لازم برای انجام رفتار مورد نظر را دارد.
  - ۴- فرد باور دارد که منافع انجام رفتار مورد نظر بر مضرات آن می‌چربد (نگرش).
  - ۵- فرد فشار اجتماعی بیشتری (به طور بهنجار) برای انجام رفتار مورد نظر دریافت می‌کند تا برای انجام ندادن آن.
  - ۶- فرد این موضوع را در می‌یابد که انجام دادن رفتار مورد نظر با تصویر خود وی (هنجارها و استانداردهای شخصی) همخوان تر است.
  - ۷- واکنش هیجانی فرد به انجام رفتار مورد نظر مثبت تر است تا منفی.
  - ۸- فرد در می‌یابد که قابلیت انجام رفتار مورد نظر را در شرایط مختلف دارد (خودکارآمدی ادراک شده و کنترل رفتاری ادراک شده) (بارتولمو، پارسل، کول و گوتلیب، ۲۰۰۶).
- از میان هشت جزئی که از نظریه‌های مختلف معرفی شدند، سه جزء اول برای تغییر رفتار ضروری هستند، در حالی که پنج جزء بعدی قدرت و جهت یا اراده تغییر رفتار را تحت تاثیر قرار می‌دهند (فراست، ۲۰۰۸). بسیاری از نظریه‌های تغییر رفتار عناصر مطرح شده فوق را شامل می‌شوند ولی ممکن است با عبارات متفاوتی آنها را عنوان نمایند.

مدل مراحل تغییر و فرآیندهای تغییر یکی از نظریه‌ها و مدل‌های ارتقاء سلامت برای برنامه‌ریزی و اجرا است. این مدل بر این باور مبتنی است که رفتار طی یک فرآیند غیر خطی و مراحل مجزا تغییر می‌کند. فرایندهای تغییر راهبردهایی هستند که افراد مابین مراحل انجام می‌دهند مانند افزایش هشیاری و ایحاد مهارت. مراحل تغییر رفتار، مرحله آمادگی فرد برای تغییر رفتار، در هر یک از مراحل تغییر را نشان می‌دهد و شامل راهبردهای رفتاری و شناختی است که یک فرد برای تغییر رفتار خود از آنها استفاده می‌کند. این ساختار بیان می‌کند که رفتار طی مراحل خاصی رخ می‌دهد و شکل می‌گیرد. ساختار مراحل ذکر شده در این مدل برای تغییر رفتار شامل پنج مرحله متوالی است:

۱- مرحله پیش تعمق یا پیش تفکر (Precontemplation) که در آن فرد قصد تغییر رفتار را طی سه تا شش ماه آینده ندارد.

۲- مرحله تعمق یا تفکر (Contemplation) که در آن فرد به تغییر رفتار خود طی سه تا شش ماه آینده فکر می‌کند.

۳- مرحله آمادگی / برنامه‌ریزی (Preparation) که در آن فرد به برنامه‌ریزی برای تغییر در آینده نزدیک (معمولاً ۳۰ روز آینده) می‌پردازد.

۴- مرحله اقدام یا عمل (Action) که در آن فرد اقدامات رفتاری آشکاری را در سبک زندگی خود در زمینه رفتار مورد نظر به انجام رسانیده است.

۵- مرحله حفظ، تثبیت یا نگهدری (Maintenance) رفتار که در آن فرد در تلاش برای حفظ رفتار بهداشتی و پیشگیری از بازگشت به عادات غلط قبلی از شش ماه تا ۵ سال است (پروچاسکا و ولیکر، ۱۹۹۷، پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۱).

حرکت از طریق مدل مراحل تغییر به این صورت است. از مرحله پیش تعمق یا پیش تفکر تا مرحله تعمق یا تفکر، افزایش خودآگاهی و آگاهی صورت می‌گیرد. از مرحله تعمق تا مرحله اقدام برای عمل، اطلاعاتی در مورد نحوه تغییر (برای مثال مطابق درمان) و حمایت از

کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۱۹

اقدامات در مورد خودکارآمدی ارائه می‌شود. از مرحله اقدام برای عمل تا مرحله حفظ و نگهداری، شرایط زندگی آینده برای مطابقت با تغییرات بررسی و اصلاح می‌شود (مارشال، ۲۰۱۴).

در برنامه خدمات روانشناختی راکوود از مدل مرحله‌ای همدلی، فرایند همدلانه، مدل پیشنهادی مسیر مشکلات همدلی و درمان مشکلات همدلی در درمان متجاوزین جنسی استفاده می‌شود (مارشال و همکاران، ۲۰۰۸، مارشال، ۲۰۱۴).

### مدل مرحله‌ای همدلی Empathy Stage Model

مدل مرحله‌ای همدلی با قربانی به شرح زیر است:

۱- تشخیص دادن حالت عاطفی/هیجانی دیگری

۲- چشم انداز پیدا کردن

۳- فراخوانی پاسخ عاطفی و هیجانی متناسب/دلسوزانه

۴- تلاش برای کاهش تنش پریشانی دیگری، در زمان ممکن و مناسب

### فرایند همدلانه Empathic process

شکل‌گیری همدلی طی فرایند زیر صورت می‌گیرد:

- عزت نفس پایین، شناسایی آسیب را بلوکه و مسدود می‌کند و این امر منجر به پاسخ

غیر همدلانه به قربانی می‌گردد.

- عزت نفس پایین آسیب را شناسایی می‌کند و فرد غرق در پریشانی شخصی می‌شود، به

خود ضربه می‌زند و این امر منجر به پاسخ غیر همدلانه به قربانی می‌گردد.

- عزت نفس بالای کاذب، باعث عدم مراقبت از قربانی یا خصمانه بودن نسبت به قربانی

یا تمایل آزارگرانه به قربانی می‌شود و این امر منجر به پاسخ غیر همدلانه به قربانی می‌گردد.

- عزت نفس بسنده و مناسب، آسیب را شناسایی می کند، چشم اندازی پیدا می شود که باعث همدلی صحیح می گردد، پاسخ عاطفی و هیجانی می دهد، دست به عمل جبرانی می زند که این امر باعث دلسوزی می شود. همدلی صحیح و دلسوزی باعث می شود تا همدلی صورت گیرد.

#### مدل پیشنهادی مسیر مشکلات همدلی Proposed Path Model of Empathy Problems

مدل پیشنهادی مسیر مشکلات همدلی در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲- مدل پیشنهادی مسیر مشکلات همدلی

مدل مرحله ای همدلی	احساس شرم/احساس گناه	عزت نفس	دلبستگی
۴ ۳ ۲ ۱			
✓ ✓ ✓ ✓	احساس گناه	بسنده	ایمن
× ✓ ✓ ✓	احساس شرم (درونی)	کم	پرمشغله
× ✓ ✓	احساس شرم (درونی و بیرونی)	کم	هراسان
× ✓	گسستگی	به طور غیر واقعی بالا ولی متزلزل	بی اعتنا

اقتباس از مارشال و مارشال (۲۰۱۱)

#### درمان مشکلات همدلی

درمان مشکلات همدلی به شرح زیر است:

۱- تشخیص هیجان

- متجاوز جنسی هیجان خود و دیگری را تشخیص دهد.

۲- داشتن چشم انداز



– متجاوز جنسی با کارکنان/بیماران، همسر یا هر شخص دیگری همدلی کند.

۳- پاسخ هیجانی مناسب دادن

– متجاوز جنسی خودتنظیمی هیجانی پیدا کند.

۴- کاهش پریشانی دیگران

– متجاوز جنسی چگونه به دیگران کمک کند.

– متجاوز جنسی مرزهای مناسب را حفظ کند.

### معدرت خواهی Excuse-making

از نظر بین المللی درمان متجاوزین جنسی باید سعی کند تا بر روی افکار/اعتقادهایی که فرد دارد و انکار می کند (من مرتکب تجاوز جنسی نشده ام) و حداقل سازی (این کار نقص وی نیست، یک سکس توافقی بود یا او آسیبی نزده است)، کار کند.

تجربه‌های افراد از انکار کردن می‌تواند موارد زیر را در بر گیرد:

– فکر کردن برای برگشتن به زمانی که فرد منکر چیزی شده است که بوضوح می‌داند واقعا آن کار را انجام داده است.

– چرا فرد آن را انکار می‌کند؟

– چه حفاظتی از خودش می‌کند؟

– چه احساسات و افکاری پشت این تصمیم وجود دارند؟

– فرد ممکن است چه چیزی را از دست بدهد؟

– چرا فرد صادق و درستکاری نمی‌شود؟

پژوهش‌های انجام شده بر روی معدرت خواهی نشان دهنده این است که مردم به دلایل

زیر دروغ می‌گویند و منکر چیزی می‌شوند:

الف) برای اجتناب از صدمه زدن به دیگران

ب) هنگامی که احساس کنند حقیقت تهدید کننده است.

وقتی در یک موقعیت فقط دو نفر حضور داشتند، احتمال فهمیدن حقیقت چقدر است؟  
معذرت خواهی هم از نظر روانشناختی و هم فیزیکی مفید و سودمند است (دودج،  
۱۹۹۳، شلینگر و همکاران، ۲۰۰۱، به نقل از مارشال، ۲۰۱۴).

- زمانی که افراد مسئولیت کامل شکست‌ها یا اعمال منفی را به گردن خود می‌اندازند،  
در معرض خطر افسردگی قرار می‌گیرند.

- معذرت خواهی به افراد کمک می‌کند تا از دست دادن اعتماد به نفس یا تجربه  
شرم اجتناب کنند که هر دوی آنها مسدود کننده تعامل موثر در درمان هستند و شرم رفتار  
جرم‌ها را افزایش می‌دهد (مارشال، ۲۰۱۴).

مارونا (۲۰۰۱، ۲۰۰۴) گزارش داد که مجرمین، از هر دسته‌ای که باشند، در صورتی که  
برای جرم‌های خود معذرت‌خواهی کنند، در معرض خطر پایین تری برای تکرار جرم هستند.  
زمانی که افراد مسئولیت کامل شکست‌ها یا اعمال منفی را به گردن خود می‌اندازند، در  
معرض خطر افسردگی قرار می‌گیرند.

هانسن خاطر نشان کرد مجرمینی که جرم‌های خود را کمینه سازی می‌کنند حداقل نشان  
دهنده این است که آنچه که آنها انجام داده اند، یک کار اشتباه و خطا بوده است (بارباری،  
۱۹۹۱، مارشال، ۲۰۱۴).

### مهارت‌های خود آگاهی و پذیرش خود

در برنامه خدمات روانشناختی راکوود، برای افزایش عزت نفس، از مهارت‌های خود  
آگاهی و پذیرش خود در درمان متجاوزین جنسی استفاده می‌شود (مارشال و همکاران،  
۲۰۰۸، مارشال، ۲۰۱۴). رایج ترین و مهم ترین اشکالات و اختلالات رفتاری و روانشناختی به  
خود مربوط می‌شوند. خود، نظامی از مفاهیم قابل دسترسی است که افراد به منظور توصیف

خود بکار می‌برند. خودآگاهی Self-awareness یعنی آگاه بودن از عوامل و جنبه‌های سازنده خود و ساختار شخصیت. خودآگاهی یعنی اینکه فرد بداند در حال حاضر چه افکار، باورها و احساساتی دارد. و آگاه باشد که در یک زمان و مکان معین چگونه رفتار می‌کند. بخصوص خودآگاهی نسبت به ابراز احساسات. عده‌ای احساسات خود را در قالب کلمات و واژه‌ها به شوخی یا جدی ابراز می‌کنند بدون اینکه بدانند چه می‌کنند، چه کسانی از صحبت‌های آنها بهره‌مند می‌شوند و چه کسانی از صحبت‌های آنان رنجیده می‌شوند. خودآگاهی در یک دسته بندی به دو قسمت تقسیم می‌شود: خودآگاهی عمومی و خودآگاهی خصوصی. خودآگاهی عمومی یعنی آگاهی نسبت به ظاهر جسمانی، شیوه لباس پوشیدن، آراستگی ظاهر، حالت و بیان صحبت‌ها، حالت اعضای بدن، آیا راست و آرام است یا کج و خمیده و دارای حرکات نامناسب و پژمرده و غمگین. عده‌ای بیش از حد صحبت می‌کنند اما معانی بسیاری از حرف‌های خود را نمی‌فهمند و عده‌ای کمتر صحبت می‌کنند و آنها نیز ممکن است گاهی متوجه صحبت‌های خود نباشند و یا بالعکس. خودآگاهی خصوصی یعنی شواهدی که فرد خودش آنها را ساخته است اما قابل رؤیت برای دیگران نمی‌باشد مانند احساس‌های جسمانی درونی، احساسات و عواطف، افکار و خود ارزشیابی‌ها. خودشناسی یعنی دفاع زدایی. به عبارت دیگر یعنی گشوده و آزاد عمل کردن و از لحاظ شخصیتی جنبه دفاعی نداشتن. خودشناسی یعنی اینکه فرد این ظرفیت را پیدا بکند تا با احساسات، افکار و خاطرات ناخوشایند روبه‌رو شود و بتواند آنها را بدون اینکه به عمل در آورد، تحمل و تجربه کند. نتیجه خودشناسی خود باوری است و نتیجه خود باوری برداشت کلی از شخصیت خود فرد است. اگر این افکار در درون وی وجود داشته باشد، تکلیفش با خودش روشن است و قطعاً در روابط با افراد دیگر هم تاثیر مثبتی خواهد داشت. خودشناسی دارای دو وجه است: خودشناسی تجربه‌ای و خودشناسی اندیشه‌ای. خودشناسی تجربه‌ای یعنی همین حالا فرد از افکار، احساسات، باورها و اعمال و ظاهر جسمانی خودش آگاه باشد و بداند که چه می‌کند

چه می‌گوید و چه احساساتی را تجربه می‌کند، خودشناسی تجربه‌ای پیش فرض‌های فرد را اصلاح می‌کند. خودشناسی اندیشه‌ای پیش فرض‌های جدید می‌سازد. یعنی مثلاً فرد شب که وارد منزل می‌شود در مورد اعمال روزمره خود فکرمی‌کند و کارهایی که انجام داده است بعداً به فکر آنها می‌افتد که چه گفته است، چه کرده است، و چه احساسی از خود بروز داده است که ممکن است از عملکرد خود راضی نباشد و دوباره پیش فرض‌های جدید ساخته شود. برای افزایش میزان پذیرش خود (Self-acceptance)، لازم است متجاوزین جنسی نسبت به خود، آگاهی بیشتری کسب کنند و به خود احترام بگذارند. احترام به خود یعنی آگاهی نسبت به باورها، افکار، احساسات و اعمال خود، و داشتن تصور مثبت در مورد آنها. احترام به خود دارای دو مؤلفه اصلی است: احساس ارزش شخصی (Self-worth) و خودپنداره (Self-concept). احساس ارزش شخصی یعنی این احساس که او انسان ارزشمند و مفیدی هست. یعنی اینکه او موجود باارزشی هست. خودپنداره یعنی تصویری که فرد از خود دارد. تصویری که فرد از ظاهر و باطن خود دارد. احترام به خود در اثر سه عامل شکل می‌گیرد: ۱- خود ادراک شده/ واقعی (Self Perceived/Real): یعنی آنچه که فرد در حال حاضر هست. یعنی واقعیت فعلی. ۲- خود ایده آل (ideal self): یعنی آنچه که فرد آرزو دارد باشد ولی در حال حاضر آنگونه نیست که می‌تواند با تلاش زیاد بدست آید و ۳- خود خیالی (Imaginary self): یعنی آنچه که فرد در آرزوها و خیالات خود می‌خواهد باشد. تفاوت خود ایده آل و خود خیالی در این است که در خود ایده آل فرد می‌تواند با تلاش به آن اهداف خود برسد اما در خود خیالی فرد هرگز به آن نمی‌رسد. زمینه‌های احترام به خود شامل موارد زیر هستند: زمینه اجتماعی: یعنی نوع روابطی که فرد با دیگران برقرار می‌کند. هرچه مهارت‌های ارتباطی وی مناسب تر و قوی تر باشد بهتر می‌تواند خود شخصی‌اش را رشد دهد و روابط ضعیف به خود شخصی فرد آسیب می‌زند. هرچه دیگران را بیشتر دوست بدارد و دیگران نیز وی را دوست داشته باشند، هرچه بتواند در دیگران نفوذ کند و از دیگران تاثیرپذیر

باشد، خود شخصی وی از رشد بالاتری برخوردار خواهد شد. عده‌ای از افراد دیوار دفاعی بسیار بزرگی از مقاومت به دور خود کشیده اند و اجازه نمی‌دهند که با دیگران گشوده برخورد کنند. به شدت از قضاوت دیگران در مورد خود می‌ترسند. آنها از پذیرش خود پایین تری برخوردار هستند. زمینه تحصیلی: پیشرفت و موفقیت تحصیلی با سطح پذیرش خود ارتباط مستقیم دارد. به عبارتی دیگر هر چه میزان موفقیت و پیشرفت تحصیلی بالاتر و بیشتر باشد، به علت دریافت بازخوردهای مثبت از خانواده، معلمان و مدرسه، جامعه و دوستان، سطح پذیرش خود نیز افزایش می‌یابد. زمینه خانوادگی: هر چه ارتباط والدین با فرزندان خود مناسب‌تر و سالم‌تر باشد و کودک یا نوجوان از طرف والدین و همشیره‌ها در منزل مورد درک قرار گیرند سطح پذیرش خود افزایش می‌یابد. پذیرش خود از دوران کودکی و در ارتباط با والدین، همشیره‌ها و سایر افراد مهم زندگی، شکل می‌گیرد و بوجود می‌آید. بهترین عاملی که پذیرش خود را افزایش می‌دهد، میزان دریافت محبت از افراد مهم زندگی است. والدین، همشیره‌ها و افرادی که از محبت کردن دریغ می‌ورزند کودک را با کمبود محبت و خلاء عاطفی به مراحل بعدی تحولی یعنی نوجوانی، جوانی و بزرگسالی روانه می‌کنند و آنها نیز مجبورند محبت را از کانال‌های دیگر جستجو کنند. زمینه تصویر جسمانی شامل الف- ظاهر جسمانی: ظاهر جسمانی یعنی میزان خوش تیبی و زیبایی فرد که می‌تواند در پذیرش خود مؤثر باشد. البته کسانی هستند که شاید ظاهر جسمانی آنچنان خوبی نداشته باشند ولی سطح پذیرش خود بالایی دارند. شاید بخاطر این باشد که آنها رفتارها، افکار و احساسات خوبی داشته اند. به عبارت دیگر سیرت زیبا یا شخصیت زیبایی داشتند و سیرت زیبا یا شخصیت زیبا نیز به زیبایی صورت می‌افزاید. کوتاهی یا بلندی قد، چاقی یا لاغری، رنگ پوست، طرز لباس پوشیدن و غیره در میزان پذیرش خود تأثیر دارند. ب- قابلیت‌های روانی: عده‌ای از لحاظ روانی، عاطفی و ذهنی قابلیت‌ها و توانمندی‌های بیشتری دارند. این قابلیت‌ها به رشد پذیرش خود کمک می‌کند. اخلاق و رفتار خوب و مناسب، احترام به دیگران و دوست داشتن آنها،

درک وضعیت روانی و رعایت حقوق آنها، کمک به افراد، میزان پذیرش خود را افزایش می‌دهد. کمک به دیگران تأثیر دو جانبه دارد. یعنی کمکی که فرد به دیگران می‌کند هم باعث رضایت و شادابی آنها می‌شود و هم خودش از این حرکت مثبت احساس لذت و آرامش می‌کند.

افراد دارای احترام به خود قوی دارای ویژگی‌های زیر هستند: نگرش سالم در مورد خود دارند، نسبت به خود نگرش انتقادی و سرزنشی ندارند، خود را به شیوه مثبت ارزیابی می‌کنند، نسبت به نقاط قوت خود احساس خوبی دارند، از بیشتر جنبه‌های جسمانی و روانی وجود خود احساس رضایت می‌کنند، در جهت بهبودی نقاط ضعف خود تلاش می‌کنند و در صورت نرسیدن به هدف، خود را می‌بخشند. افراد دارای احترام به خود ضعیف دارای ویژگی‌های زیر هستند: نسبت به خود نگرش مثبت کاذب دارند، به علت ترس از طرد شدن توسط دیگران، گوشه‌گیری می‌شوند، معمولاً خود را به شیوه منفی ارزیابی می‌کنند، دلایل اندکی برای بالیدن به خود دارند و اعتماد به نفس پائینی دارند.

تمام مطالبی که تاکنون مورد بحث قرار گرفتند به افزایش سطح پذیرش خود Self-acceptance یعنی احساس رضایت و خوشحالی از وضعیت فعلی خود کمک می‌کنند. فرد مسئول باورها، افکار و اعمال خودش هست و پذیرفتن مسئولیت عوامل یادشده سطح پذیرش خود فرد را افزایش می‌دهد. پذیرش خود یعنی تمامی نقاط قوت و ضعف خود را قبول داشتن. نقاط قوت را تقویت و نقاط ضعف را بهبودی ببخشد و از وضعیت فعلی خود احساس خجالت و شرم نداشته باشد و خود را بخاطر نقاط ضعف و خطاها سرزنش نکند. فرایند پذیرش خود برای متجاوزین جنسی به شرح زیر است: خود و باورهایشان را بشناسند، از میزان صداقت و راستگویی و وضعیت فعلی خودشان نگرش خوبی بوجود بیاورند، بهترین کارهایی که می‌توانند انجام دهند، قضاوت‌های ارزشی را در مورد خودشان کاهش دهند، گناهان

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۲۷

خودشان را بازبینی کنند، به انگیزش‌های خودشان پی ببرند و آنها را بشناسند و ببینید چه چیزهایی را در وجود خودشان نپذیرفته‌اند، درمورد آنها از خودشان سؤال کنید.

فرد در مشاهده آنچه که در اطرافش می‌گذرد را می‌بینید و می‌شنود. درحالی که در قضاوت‌های ارزشی علاوه بر دیدن و شنیدن، ارزشیابی ذهنی (Subjective evaluation) نیز می‌کند. در قضاوت ارزشی فرد به خوبی یا بدی به اعمال یا رفتار و رویدادها برچسب می‌زند. در قضاوت ارزشی با جمله «من می‌خواهم» و «من نمی‌خواهم»، به راحتی جای خوب و بد را عوض می‌کند. معمولاً انسان‌ها از قضاوت ارزشی در مورد خودشان خوشحال نمی‌شوند. ترس شماره یک انسان‌ها قضاوت دیگران در مورد آنها است. بیشتر رفتارهای انسان‌ها برای دریافت تأیید از دیگران و افراد مهم زندگی خودشان است. برای اینکه مورد قضاوت خوب قرار بگیرند. به همین خاطر گاهی برای خوب جلوه دادن خود و کاهش اضطراب‌ها و تعارض‌های درونی سعی می‌کنند مشکلات خودشان را به دیگران فرافکنی کنند. این روش غلط میزان پذیرش خود آنها را کاهش می‌دهد. درحالی که پذیرفتن نقاط ضعف و معایب خود، سرزنش نکردن خود و تلاش در جهت بهبودی نقاط ضعف، سطح پذیرش خود را افزایش می‌دهد. کلیدهای پذیرش خود شامل موارد زیر هستند:

۱- میزان عزت نفس، و سطح دوست داشتن خود و احساس ارزشمندی هسته اصلی شخصیت را تشکیل می‌دهد. میزان انرژی و کیفیت شخصیت فرد، آن مقداری که دیگران را دوست دارد و یا برعکس مقداری که دیگران وی را دوست دارند، تمایل وی برای بدست آوردن چیزهای جدید و پذیرفتن ریسک رفتن به مکان‌های جدید، کیفیت روابط با دیگران، خانواده، دوستان، و همکاران سطح پذیرش خود فرد را تعیین می‌کند.

۲- پذیرش خود در دوران کودکی و در اثر ارتباط با والدین، همشیره‌ها و سایر افراد مهم زندگی آغاز می‌شود. کودک نیاز شدیدی به محبت و تأیید و پذیرش افراد مهم زندگی خود

دارد. برای رشد شخصیت کودک و نهایتاً افزایش سطح پذیرش خود، حمایت عاطفی حائز اهمیت فراوانی می‌باشد.

۳- عده‌ای اعتقاد دارند هر کاری که فرد در زندگی انجام می‌دهد، یا برای بدست آوردن محبت است یا برای جبران فقدان محبت. تقریباً تمامی مشکلات فرد ناشی از دریغ کردن محبت است. اگر فرد احساس کند که توسط والدین اش پذیرفته نشده است، در زندگی آینده خود بر انگیخته می‌شود تا فقدان پذیرش را جبران کند. برای رشد فرد، درک او یک واقعیت است. اگر والدین نتوانند کودک را مورد پذیرش غیرشرطی قرار دهند، نهایتاً کودک احساس عدم پذیرش، احساس حقارت و نابسندگی را رشد می‌دهد.

۴- چنانچه فردی محبت لازم را از افراد مهم زندگی خود بخصوص پدر و مادر دریافت نکند، وقتی که جوان یا بزرگسال می‌شود، از طریق پدیده روانشناسی «انتقال» نیاز به پذیرش از طرف والدین را به اشخاص مهم دیگر در زندگی خود مثل رئیس اداره خود و غیره انتقال می‌دهد و سعی می‌کند احساسات، افکار، باورها و رفتارهای خود را همانند او کند و گاهی ممکن است بجای رئیس، یک فرد منفی قرار بگیرد و وی در راه‌های منفی قرار بگیرد.

۵- میزان پذیرش خود، توسط چگونگی احساس فرد از اینکه، چقدر توسط افراد مهم زندگی خود پذیرفته شده است تعیین می‌شود. زندگی بیرونی فرد بازتاب زندگی درونی وی است. نگرش فرد نسبت به خودش تا حد زیادی توسط نگرش‌هایی که دیگران نسبت به وی دارند تعیین می‌شود. اگر دیگران در مورد فرد، به غلط یا به درست، نگرش مثبتی داشته باشند، سطح پذیرش خود و عزت نفس وی افزایش می‌یابد و اگر دیگران در مورد او به غلط یا به درست نگرش منفی و نامناسبی داشته باشند، سطح پذیرش خود و عزت نفس وی کاهش می‌یابد.

۶- برای اینکه فرد بهتر بتواند شخصیت خود را بسازد و انگیزه‌هایش را درک کند، توصیه می‌شود که پنجره جوهری Joe Harry و اثرات آن را بر شخصیت خود مورد ملاحظه



## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۲۹

قرار دهد. پنجره جو هری نگاه فرد را نسبت به روان خودش آشکار می کند. بر طبق این نظریه شخصیت فرد همانند یک مربع به چهار قسمت تقسیم می شود. قسمت اول این پنجره (گوشه بالای سمت چپ) قسمتی از شخصیت فرد را نشان می دهد که هم بر خودش و هم بر دیگران معلوم است. این قسمت گشوده شخصیت وی است. گوشه پائین سمت چپ مربع روان فرد بر خودش معلوم است اما بر دیگران نامعلوم. این پنجره قسمتی از زندگی درونی فرد می باشد. پنجره گوشه بالای سمت راست مربع، بخشی از شخصیت فرد است که بر دیگران معلوم است اما بر خود فرد نامعلوم است. سرانجام پنجره پائین سمت راست مربع، بخشی از شخصیت فرد را نشان می دهد که هم بر خود فرد نامعلوم است و هم بر دیگران. این قسمت شخصیت عمیق تر است و بخش نیمه هشیار و ناهشیار شخصیت فرد است که مرکز امیال، غرایز، ترس ها، شک ها و هیجان هایی است که توسط سطح هوشیار شخصیت سرکوب شده اند.

Self معلوم بر خود و بر دیگران Open	Self & Others نامعلوم بر خود و معلوم بر دیگران Blind
Others معلوم بر خود و نامعلوم بر دیگران Hidden	نامعلوم بر خود و نامعلوم بر دیگران Unknown

۷- یکی از روش های اندازه گیری بلوغ فرد، روش رفتار کردن با افراد دیگر است. وقتی

عزت نفس فرد بالا است، متوجه می شود که به طور قابل توجهی احساس مثبتی دارد و نسبت به هر کس دوستانه رفتار می کند. وقتی شخصیت فرد یکپارچه و متحد است، با دیگران با احترام و عادلانه رفتار می کند.

۸- یک روش برای یکپارچه کردن شخصیت، صلح درونی و اثربخش بودن، گسترش

قسمتی از شخصیت است که هم برای فرد و هم برای دیگران معلوم است که آن را از طریق فن خودافشایی (Self-disclosure) می تواند عملی کند. خودافشایی برای درک حقیقت خود،

متوقف کردن رنج‌های ناشی از رویدادهای گذشته ضروری بنظر می‌رسند. فرد باید رنج‌ها را از سینه خارج کند. خودش را از افکار و احساساتی که ناشی از عدم درک دیگران است، آزاد کند. آزادی از افکاری که احساس گناه یا شرم و خجالت را بر حوادث رخ داده در زندگی وی ایجاد نموده اند.

۹- برای رشد شخصیت، خودافشایی لازم است، و برای خودافشایی خودآگاهی. زمانی فرد می‌تواند حقیقت افکار و احساسات خود را برای اشخاص دیگر (حداقل یک نفر) ابراز کند که از آنها آگاهی داشته باشد. هرگاه شخصی بدون اظهار نظر و بدون انتقاد کردن از فرد دیگری، به راحتی به حرف‌های وی گوش دهد، فرصت مناسبی برای کسب آگاهی بیشتری از خود را بدست می‌آورد. آنگاه وی از طریق خودافشایی به خودآگاهی می‌رسد و از طریق هر دو به پذیرش خود می‌رسد. آنگاه خودش را با وجود تمام بدی‌ها و خوبی‌ها، توانمندی‌ها و ضعف‌ها و یا نقص‌های طبیعی یک انسان می‌پذیرد.

۱۰- انسان برای شاد زیستن نیازمند این است که با واقعیات زندگی کند، انتظار نداشته باشد که حتماً باید کامل باشید. تلاش برای کمال گرا نبودن و بدست آوردن یک احساس پرشور، خوب بودن فرد را در یک دنیای واقعی نشان می‌دهد.

۱۱- فرد در دوران‌هایی از زندگی خود در مورد اینکه دیگران در مورد وی چه فکری می‌کنند، خیلی نگران است. این نگرانی در دوره‌های بعدی کمتر می‌شود.

۱۲- افراد خوش بین همیشه به خوبی‌ها و مثبت‌ها فکر می‌کنند و افراد بدبین همیشه بدی‌ها و منفی‌ها را می‌بینند.

۱۳- برای افزایش سطح پذیرش خود باید یک رابطه صادقانه با خدا برقرار نمود، به امکانات آینده فکر کرد، و اینکه ظرفیت فرد برای پیشرفت نامحدود است. برای آنچه که می‌خواهد بشود، به اهدافی که می‌خواهد برسد، به شخصی که می‌خواهد بشود، فکر کند و

کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۳۱

اهداف و طرح‌های کوچک و بزرگ را به صورت گام به گام برای پیشرفت در جهت رسیدن به حقیقت اجرا نماید.

۱۴- الگوی مناسب انتخاب کند.

۱۵- عادت‌های کاری خوب را در خودش رشد دهد و کارها و تحصیلاتش را با کارآمدی و اثربخشی بالایی انجام دهد.

۱۶- مسئولیت قسمت‌های گوناگون زندگی خودش را بپذیرد مثل باورها، افکار، احساسات و اعمال.

۱۷- به گذشته خودش با عصبانیت نگاه نکند و به آینده خودش با ترس نگاه نکند بلکه با آگاهی بیشتر به زمان حال و اکنون فکر کند.

۱۸- بخاطر انتظارات مردم خودش را مورد ارزیابی قرار ندهد.

۱۹- از خودش مراقبت کند و منتظر انجام این کار از طرف دیگران نباشد.

۲۰- به خودش اجازه بدهد که بدون حسادت و کینه به عقاید و موضوعات دیگران با متانت گوش بدهد و آستانه تحمل خودش را بالا ببرد.

۲۱- قسمت‌های خوب و جذاب خودش را پیدا کند، روی آنها تمرکز کند و به خودش به طور مثبت بنگرد.

۲۲- از خودش بخاطر وظیفه‌ای که باید انجام دهد بازخواست بعمل بیاورد. ضعف‌هایش را بپذیرد و بخاطر آنها خودش را سرزنش نکند.

۲۳- قسمت‌هایی از وجود فرد که جذاب نیستند و در وی استرس ایجاد می‌کنند را تغییر دهد.

۲۴- فرد زمانی جذاب تر می‌شود که شخصیت قابل پیش بینی از خودش ارائه دهد.

۲۵- خودانتقادگری موجب می‌شود که نسبت به خودش حس نامناسبی پیدا کند و از شادی و خوب بودن دور شود.

برای افزایش پذیرش خود در درمان متجاوزین جنسی موارد زیر باید در نظر گرفته شوند: آنها به صورت فردی یا گروهی مورد احترام و پذیرش قرار گیرند و ببینند که درمانگر از دیدن و حضور آنها خوشحال است. درمانگر بدون قید و شرط و بدون سرزنش و انتقاد آنها را بپذیرد. به صحبت‌های آنها با دقت و همدلانه گوش فرا دهد. در صورت دروغ بودن حرف‌های او، بطور مستقیم نگوید که دروغ می‌گویند. با سؤال‌های متعدد و محترمانه، آنها را با دروغ‌های خودشان مواجه کند تا متوجه دروغ‌های خودشان بشوند. طوری صحبت و سؤال شود که متوجه پیامدهای بد دروغ گفتن خود بشوند. از آنها بخواهد که نکات مثبت خودشان را نام ببرند. درمانگر نیز به آنها کمک کند تا نکات مثبت ناشناخته خودشان را بازشناسی نمایند. از والدین و اطرافیان نزدیک آنها بخواهد تا نکات مثبت آنها را بازشناسی و بازگو نمایند. روش‌ها و راه‌حلهای موجود برای حل مشکل آنها را با یکدیگر مورد بررسی قرار دهد و سعی کند با کمک او بهترین راه حل را انتخاب کند. در جلسات بعدی میزان موفقیت آنها در حل مشکل خودشان را پیگیری کند و موفقیت‌های آنها را تشویق کند تا زمانی که رفتار نامناسب آنها برطرف شود. درمانگر با توصیه‌های مستقیم و غیرمستقیم می‌تواند تصویر بدنی متجاوزین جنسی را از خودشان اصلاح و حتی تقویت نماید مانند تیپ ظاهری و قابلیت‌های روانشناختی، جهت موفقیت در زمینه‌های گوناگون. لازم است درمانگر بداند که آنها به نوعی به دنبال جلب توجه و نشان دادن قدرت خود هستند. لذا استعدادهای آنها را شناسایی نموده، به آنها بازخورد مناسب دهد، و آنها را مورد تشویق قرار دهد تا رشد کنند. انجام فعالیت‌های گروهی، گروه بندی کردن متجاوزین جنسی، و ایجاد رقابت سالم در گروه، زمینه‌های تلاش بیشتر و احساس خودارزشمندی و افزایش پذیرش خود را برای آنها فراهم می‌نماید. درمشاوره‌ها و نشست‌های گروهی یادآوری نکات مثبت واقعی متجاوزین جنسی سبب افزایش احترام به خود و ارتقاء پذیرش خود می‌گردد. دادن جایزه و تشویق به مناسبتهای و رفتارهای مطلوب موجب افزایش اعتماد به خود در متجاوزین جنسی می‌گردد. در رابطه با

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۳۳

رفتارهای مناسب تقویت مثبت، برای رفتارهای نامناسب تقویت منفی و در صورت لزوم تنبیه در نظر بگیرد. از انتقادهای بی مورد، سرزنش و تحقیر بی دلیل و بعضاً بادلایل، و ایجاد احساس گناه در متجاوزین جنسی خودداری کند. از زدن برچسب‌های منفی و تحقیرکننده به متجاوزین جنسی پرهیز نماید. تفاوت‌های فردی در پیشبرد بهتر درمان حائز اهمیت فراوانی می‌باشد، لذا توجه به این تفاوت‌ها موجب می‌شود که به نیازهای متجاوزین جنسی در درمان بهتر پاسخ داده شود.

### مدل زندگی خوب (GLM) Good Live Model

مطابق با مدل زندگی خوب (GLM) همه انسان‌ها به دنبال چیزهای خوب اولیه (Goods) (برای مثال، فعالیت‌ها یا تجربیاتی که برای آنها مفید هستند) هستند و مجرمین برای دنبال کردن این چیزهای خوب، تلاش‌هایی را انجام می‌دهند، ولی در راه‌هایی که مورد قبول جامعه نیست و آسیب رسان به فرد و سایرین است (بارناو، روبرتسون و وارد، ۲۰۱۰).

آلاردیسی (۲۰۱۵) چیزهای خوب اولیه Goods را به شرح زیر فهرست کرده است:

– سالم بودن (ذهن و بدن) **Being Healthy** (body & mind)

– سرگرمی داشتن و دستیابی به (تحریک، لذت، وضعیت، دانش، مهارت در بازی و کار)

**Having Fun & Achieving** (Excitement, enjoyment, status, knowledge, mastery in play & work)

– برای خود بودن (استقلال، خودمختاری، خودمدیریتی، کنترل دیگران/شرایط)

**Being my own person** (independence, autonomy, self management, control of others / situations)

– هدف داشتن و تفاوت بوجود آوردن (معنویت، تحقق بخشی، امید و سخاوت)

**Having Purpose & Making a Difference** (spirituality, fulfilment, hope, and generosity)

– داشتن افراد در زندگی خود (روابط دلبستگی، صمیمی، عاشقانه، خانوادگی، اجتماعی و

جامعه)

**Having People in My Life** (attachment, intimate, romantic, family, social and community relationships)

- امنیت داشتن (خود و دیگران، روال معمول، قوانین، نظم و ترتیب).

**Staying Safe** (self & others, routine, rules, order)

مدل زندگی خوب بر اساس موارد زیر تعریف می‌شود:

۱- زندگی (شامل زندگی کردن و عملکرد سالم)

**Life** (including healthy living and functioning)

۲- دانش افراد آگاه چگونه چیزهایی که برای آنها مهم هستند را به خوبی احساس می‌کنند)

**Knowledge** (how well informed one feels about things that are important to them)

۳- برتری در بازی (سرگرمی‌ها و شغل‌های تفریحی)

**Excellence in play** (hobbies and recreational pursuits)

۴- برتری در کار (از جمله تجربیات مسلط)

**Excellence in work** (including mastery experiences)

۵- برتری در کارآمدی/کارایی/بهره‌وری (استقلال، قدرت و خودرهبری)

**Excellence in agency** (autonomy, power and self-directedness)

۶- آرامش درونی (رها از استرس و پریشانی و ناراحتی عاطفی)

**Inner peace** (freedom from emotional turmoil and stress)

۷- ارتباط (از جمله روابط صمیمانه، عاشقانه و خانوادگی)

**Relatedness** (including intimate, romantic, and familial relationships)

۸- جامعه (ارتباط و پیوند با گروه‌های اجتماعی وسیع‌تر و گسترده‌تر)

**Community** (connection to wider social groups)

۹- معنویت (در مفهوم وسیع پیدا کردن معنا و هدف در زندگی)

**Spirituality** (in the broad sense of finding meaning and purpose in life)

۱۰- لذت بردن (احساس خوب داشتن در اینجا و اکنون)

**Pleasure** (feeling good in the here and now)

۱۱- خلاقیت (ابراز و بیان خود از طریق شکل‌ها و ترکیب‌های جایگزین)

**Creativity** (expressing oneself through alternative forms)

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۳۵

مدل زندگی خوب GLM رویکرد معاصر را برای توانبخشی مجرمین ارائه می‌دهد (وارد، ۲۰۰۲، وارد و استوارت، ۲۰۰۳، وارد و مارونا، ۲۰۰۷، لاوز و وارد، ۲۰۱۱) که با رویکردهای مبتنی بر ارزیابی خطر سنتی متفاوت است، گرچه تمرکز اصلی اش بجای مدیریت صرف خطر یا کاهش دادن نقص‌ها، به ایجاد نقاط قوت در مراجع است. GLM مکمل مدل خطر-نیاز-تاثیرپذیری RNR است (لومان، دیسکی و آبراسین، ۲۰۰۵، آندریوس و بونتتا، ۲۰۰۶، بونتتا و اندریوس، ۲۰۱۰) و پژوهش‌های تجربی اولیه نشان می‌دهند که GLM می‌تواند رویکردهای مبتنی بر RNR را بویژه در قالب افزایش درگیر ساختن مراجع در درمان، افزایش دهد (سیمونز، مک کولار و تایلر، ۲۰۰۶، گانون، کینگ، میلز، لوکربی و ویلیز، ۲۰۱۱).

مدل زندگی خوب GLM چارچوب نظری جدیدی را در برنامه‌های درمانی متجاوزین جنسی ارائه می‌دهد؛ با این حال، تنوع قابل توجهی مشاهده شده است در قالب اینکه GLM چگونه به ایده‌ها و شیوه‌هایی که بکار گرفته شده‌اند، مرتبط می‌شود. با ادغام مناسب GLM، پتانسیل برای بهبود نتایج/پیامدهای متعاقب یک رویکرد شناختی رفتاری و کار کردن مطابق با عملیاتی ساختن محدود اصول خطر-نیاز-تاثیرپذیری RNR فراهم می‌شود. برعکس، ادغام گمراه‌کننده یا ضعیف به شیوه‌ای دیگر، می‌تواند متخصصین را جهت کار کردن برای پیشگیری از تجاوز جنسی و مدیریت متجاوزین جنسی در معرض خطر زیادی قرار دهد. GLM می‌تواند با CBT و RNR ادغام شود. GLM تلویحات بالینی زیادی دارد که با اهداف و جهت‌گیری برنامه، ارزیابی و برنامه‌ریزی، محتوی و ارائه مداخله مرتبط هستند (ویلیز، یاتس، گانون و وارد، ۲۰۱۳، ویلیز، وارد و اونسون، ۲۰۱۴).

### مدل جامع زندگی خوب

#### Good Lives Model-Comprehensive (GLM-C)

وارد، مان و گانون (۲۰۰۷) عناصر عملی مدل جامع زندگی خوب Good Lives Model-Comprehensive (GLM-C) برای توانبخشی متجاوزین جنسی را بسط دادند و

بررسی دقیقی از ارزیابی و تلویحات درمانی آن را ارائه نمودند. در GLM-C فرض می‌شود که متجاوزین جنسی به این دلیل مرتکب جرایم کیفری می‌شوند که فاقد قابلیت‌ها برای تحقق بخشیدن به نتایج و پیامدهای ارزشمند در انجام امورات شخصی و شیوه‌های قابل قبول اجتماعی هستند. آنها پیشنهاد کردند که GLM-C می‌تواند به عنوان یک نظریه پل زدن/متصل کردن (bridging theory) عمل کند، با توضیح کامل بیشتر، از طریق بسط و شرح سبب شناختی برخی از مفروضات آن، این آن چیزی است که مجرمین از طریق اقدامات ضد اجتماعی دنبال می‌کنند.

GLM-C یک چارچوب نظام مند و جامع را برای مداخله درمانی با انواع متجاوزین جنسی فراهم می‌کند. سه سطح یا مولفه برای GLM-C وجود دارد: (الف) مجموعه‌ای از اصول و فرضیه‌های کلی که ارزش‌هایی را مشخص می‌کنند که زیربنای عمل توانبخشی و نوعی از اهداف کلی هستند و متخصصین بالینی باید برای آنها تلاش کنند؛ (ب) تلویحات و پیامدهای این فرضیه‌های کلی برای توضیح دادن، تبیین کردن و درک کردن متجاوز جنسی و عملکردهایش؛ و (ج) تلویحات و پیامدهای درمان متمرکز بر اهداف (چیزهای خوب)، راهبردهای خود تنظیمی و متغیرهای زیست محیطی (وارد و همکاران، ۲۰۰۷).

درخواست تجدید نظر مدل زندگی خوب بر توجیه مدل از پدرگرایی (Paternalism) قرار دارد: هر زیان و ضرری در طول فرایند توانبخشی بر متجاوزین جنسی وارد شود، در نهایت برای خیر و صلاح و خوبی خودشان است. اما پدرگرایی محدودیت‌های خود را دارد که شامل این موارد می‌باشد: نقض‌ها و تعدی‌های بالقوه استقلال و حقوق انسانی متجاوزین جنسی، خطر تحمیل ارزش‌ها و نگرش‌های درمانگران به آنها، و ادعاهای کاذبی مبنی بر توجیه کردن اینکه مداخلات آسیب رسان، برای متجاوزین جنسی سودمند هستند. علاوه بر این، برخی از مطالعات تجربی اخیر نشان می‌دهد که متجاوزین جنسی خودشان لزوماً اهداف بهزیستی شخصی در روش‌های مدیریت خطر را ترجیح نمی‌دهند و برخی از متجاوزین جنسی



## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۳۷

آن را برای ادغام و یکپارچه کردن اصول "زندگی خوب" در یک سبک زندگی ضد اجتماعی پیشرونده به طور درناکی سهل و آسان تشخیص می دهند. این محدودیت ها به هنگام بکارگیری رویکرد زندگی خوب باید به حساب آورده شود (گلاسر، ۲۰۱۱).

بارناو، روبرتسون و وارد (۲۰۱۰) بررسی کردند که چگونه می توان برای استفاده یک جمعیت قانونی، گروهی ناهمگن از افرادی که ویژگی مشترک آنها رابط عدالت کیفری و سیستم های بهداشت روان است، مدل زندگی خوب را بوجود آورد. تلویحات مفهومی، بالینی و فلسفی استفاده از مدل زندگی خوب بهداشت روانی قانونی Good Lives Model of Forensic Mental health (GLM-FM) را کاوش کردند. آنها از سه مطالعات موردی استفاده کردند برای نشان دادن راه هایی که در آن مدل غنی شده بتواند یک رویکرد جامع را برای مفهوم سازی مجرم ارائه دهد که در بافت اختلال های روانی و در هدایت طرح و برنامه ریزی درمان اتفاق می افتد. آنها بیان کردند که مدل تکمیل شده یک چارچوب بالینی انعطاف پذیر و اخلاقی را برای فرمولبندی کردن موضوعات درمانی برای موارد قانونی فراهم نمود.

اثر بخشی مدل زندگی خوب برای درمان متجاوزین جنسی مبتلا به اختلال های روانی گزارش شده است (گانون و همکاران، ۲۰۱۱). کارایی برنامه درمانی مبتنی بر جامعه متجاوزین با استفاده از رویکرد مدل زندگی خوب تایید شده است (هارکینز، فلاک، بیچ و وودهامز، ۲۰۱۲). تاثیر مثبت مدل زندگی خوب برای توان بخشی و بازپروری متجاوزین جنسی گزارش شده است (فورتون، وارد و مان، ۲۰۱۵، پورویس، وارد و ویلیز، ۲۰۱۵، چهو و وارد، زیر چاپ، وارد و ویلیز، زیر چاپ). استفاده از مدل زندگی خوب در برنامه ریزی درمانی متجاوزین جنسی موثر و سودمند نشان داده شده است (سینز، مک کولار و تیلور، ۲۰۰۶، سرویس روانشناختی راکوود، ۲۰۱۵). ادغام مدل زندگی خوب در برنامه های درمانی متجاوزین جنسی موجب کارایی بیشتر درمان می گردد (ویلیز، یاتس، گانون و وارد، ۲۰۱۳).

مدل زندگی خوب یک پارادایم برای بهداشت روانی قانونی است (بارانوآ، وارد، کیسی، زیر چاپ، بارانوآ، وارد و روبرتسون، زیر چاپ).

### استفاده از اقدامات مبتنی بر شواهد (Evidence Based Practices (EBP) در حوزه

#### ارزیابی و درمان متجاوزین جنسی در محیط‌های تادیبی/اصلاحی

اخیرا تلاش‌هایی برای مطرح کردن استفاده از اقدامات مبتنی بر شواهد (EBP) Evidence Based Practices در حوزه ارزیابی و درمان متجاوزین جنسی صورت گرفته است. فهرستی از رایج‌ترین رویکردهای مورد استفاده برای متجاوزین جنسی و درجه بندی آنها به عنوان یک EBP بالقوه فراهم شده است. نقش یک مدل یکپارچه درمان متجاوزین جنسی (IMSOT) Integrated Model of Sex Offender Treatment در استفاده از EBP مورد بحث می‌باشد. در EBP برنامه‌های درمانی باید به طور مداوم یافته‌های پژوهشی را مرور کنند و مطابق با آنها بروز شوند. دوز درست مصرف دارو ارائه شود، عوامل خطر پویا در درمان مورد هدف قرار گیرند و درمان انفرادی بکار گرفته شود (دیمینگ و باسینجر، ۲۰۱۵).

مک گراث و همکاران (۲۰۱۰) برنامه‌های درمانی متجاوزین جنسی در امریکا و کانادا را بررسی کردند. نتایج نشان داد که از سه نظریه در حد چشمگیری استفاده می‌شود: درمان شناختی رفتاری (بیش از ۹۰٪)، پیشگیری از عود (بیش از ۶۰٪) و مدل زندگی خوب (حدود ۳۵٪). اهداف اصلی درمان متجاوزین جنسی شامل مسئولیت پذیری متجاوز جنسی (حدود ۹۰٪)، آموزش مهارت‌های اجتماعی (حدود ۹۰٪)، و آگاهی از/همدردی با قربانی (حدود ۹۰٪) بودند. بهترین اقدامات شامل موارد زیر بودند:

- ارزیابی خطر ایستا و پویا
- یک رویکرد درمانی شناختی رفتاری
- گروه درمانی به عنوان روش اصلی

- پیشگیری از عود به عنوان یک مولفه درمانی اصلی

- مدل زندگی خوب

- مدل خودتنظیمی

- مسئولیت پذیری به عنوان یک الزام اصلی (مک گراث و همکاران، ۲۰۱۰).

EBP یکپارچه سازی بهترین پژوهش های در دسترس با تخصص بالینی یک متخصص، در متن ویژگی های مراجع، فرهنگ و ترجیحات می باشد (انجمن روانشناسی امریکا، ۲۰۰۶). EBP سه شاخه دارد که شامل پژوهش، تخصص بالینی، و ویژگی های مراجع، فرهنگ و ترجیحات است. همه سه مولفه سه شاخه EBP می توانند شواهد اقدام موثر را تشکیل دهند ولی فرض بر این است که بهترین پژوهش در دسترس، اولویت اول را دارد (دیمینگ و باسینجر، ۲۰۱۵).

در EBP، شاخه پژوهش به عنوان منبع اولیه شواهد محسوب می گردد. بهترین پژوهش های در دسترس می توانند مربوط به شیوع، ارزیابی، درمان، و جمعیت های مراجعین در محیط های مختلف باشند. بهترین پژوهش های در دسترس باید مبتنی بر مرور سیستماتیک، اندازه های اثر مناسب و معقول، معنی داری بالینی و آماری، و بدنه ای از شواهد حمایت کننده باشد (دیمینگ و باسینجر، ۲۰۱۵).

شاخه تخصص بالینی می تواند شامل تعلیم، آموزش، و تخصص حرفه ای مرتبط با ارزیابی و تشخیص، درمان و پیشرفت نظارت شده و کنترل شده باشد. لازم است که متخصص از محدودیت های مهارت فرد آگاهی داشته باشد و به عواملی که می توانند بر قضاوت بالینی تاثیر بگذارند، توجه کند. رابطه سازمانی با سازمانی و نهادی که برای درمان و پژوهش بر روی متجاوزین جنسی اختصاص یافته است، داشته باشد. آموزش سالیانه یا منظم و آموزش مداوم در مورد ارزیابی و درمان متجاوزین جنسی ببیند (دیمینگ و باسینجر، ۲۰۱۵).

در شاخه ویژگی‌های مراجع، فرهنگ و ترجیحات نقاط قوت فردی، بافت اجتماعی فرهنگی و ترجیحات مراجع باید با تصمیم‌گیری‌های بالینی، برای ارائه بهترین خدمات، یکپارچه گردد. تصمیم‌گیری‌های بالینی باید شامل مشارکت مراجع و توجه به هزینه‌ها/منفعت‌های احتمالی، نه به طور مستقیم مورد تأکید از طریق پژوهش در دسترس، باشد. درمان انفرادی را در نظر داشته باشد (دیمینگ و باسینجر، ۲۰۱۵).

در EBP وضعیت‌های دشوار و تنگناهایی وجود دارند که به آنها پرداخته می‌شود. انواع پژوهش‌هایی که به اقدام موثر کیفیت می‌بخشند شامل موارد زیر هستند: استاندارد طلایی در پژوهش کارآزمایی بالینی تصادفی یا RCT است، فراتحلیل‌ها، مطالعات کنترل شده با مشارکت کنندگان محدود، و مطالعات موردی. در خصوص نتایج و پیامدهای درمان، رشته پزشکی اغلب شاخص‌های فیزیکی برای نتایج درمان دارد. پیامدهای بهداشت روانی بعضی اوقات برای سنجش دشوارتر هستند. کیفیت خود گزارشی‌های مراجع هم در این مورد مطرح هستند. در حوزه درمان متجاوزین جنسی، دستورالعملی کردن درمان، پیامدها و نتایج درمان را بهبود می‌بخشند. برای پیامدها و نتایج درمان لازم است که بیماران مداخلات یکسانی/همانندی را دریافت کنند. دستورالعملی کردن اغلب به عنوان یک پیش‌نیاز برای EBP محسوب می‌شود. معهذاً یک نظر مختلط در باره سودمند و مفید بودن دستورالعمل‌ها/راهنماهای درمان وجود دارد.

ساموئلز جی آر (۲۰۱۳) گزارش داد که جهت ایجاد دستورالعمل‌ها و رهنمودها برای خدمات درمانی و مدیریتی متجاوزین جنسی در زندانیان بوریانو در امریکا، بیانیه برنامه به زبان ساده شامل مجموعه‌ای جامع از دستورالعمل‌های عملیاتی برای برنامه‌های درمانی و مدیریتی متجاوزین جنسی توسط روانشناسان، متخصصین درمان، و دیگر کارکنان بوریانو تهیه شده است که از آن استفاده می‌شود.

بسیاری از پژوهش‌ها نمی‌توانند به دنیای واقعی تعمیم داده شوند. ترجمان علم به خدمت رسانی به مراجع می‌تواند سخت و دشوار باشد. در پژوهش‌های پزشکی و زیست پزشکی، عامل تغییر، طبی، جراحی و غیره، غالباً واضح و مشهود است. پیامدها و نتایج بهداشت روانی اغلب شامل متغیرهای سبک/شیوه درمانگر، انگیزه مراجع و غیره هستند که مربوط به خود مداخله درمانی نمی‌شوند. نتایج پژوهش‌ها، و انتشار نتایج پژوهش‌ها غالباً تحت تاثیر توابع نظری، منابع بودجه و سوگیری‌های بشری هستند. EBP غالباً صرفاً با شرایط درمانی یا شرایط پلاسبو مقایسه نمی‌شوند. EBP باید همچنین سایر شرایط درمانی را بهتر کند. در بسیاری از مطالعات تنوع مراجع مانند نژاد، قومیت، جنسیت، جهت گیری جنسی، سطح اجتماعی اقتصادی، و سایر عواملی که می‌توانند بر نتایج و پیامد درمان تاثیر بگذارند، مورد تاکید یا مطالعه قرار نمی‌گیرند. باید سنجید که آیا EBP اعتباریابی شده بر روی اکثریت جمعیت‌ها، برای مراجعینی که در پژوهش‌ها شرکت نداشته‌اند نیز معتبر است.

ادبیات پژوهشی اندکی برای استفاده از EBP در متجاوزین جنسی وجود دارد. یاتس (۲۰۰۵) مرور خوبی بر ادبیات تحقیق کرد ولی نتایج کاربرد EBP را بوضوح مشخص نکرد. دپارتمان توانبخشی و اصلاح اوهایو "بهترین کیت ابزاری: ارزیابی و درمان متجاوزین جنسی" را تهیه کرد. مقالات اندکی EBP و سیاست‌گذاری عمومی در خصوص متجاوزین جنسی را مورد بحث قرار دادند (توکسبوری، لیوینسون، ۲۰۰۷، هریس و لوریگیو، ۲۰۱۰). در نهایت چندین مقاله استفاده از EBP را در محیط‌های اصلاحی و تادیبی مرور کردند (سرین، ۲۰۰۵، انستیتو سیاست‌گذاری عمومی واشنگتن، ۲۰۰۶، ویلیامز، ۲۰۰۸). انجمن روانشناسی بالینی انجمن روانشناسی آمریکا (بخش ۱۲) درمان‌های روانشناختی حمایت شده پژوهشی را روی وب سایت Psychological treatment.org فهرست می‌کند. در این وب سایت هیچ درمان روانشناختی حمایت شده پژوهشی مرتبط با متجاوزین جنسی، رابطه جنسی غیرقانونی یا رفتار ناسالم جنسی فهرست نشده است. اداره کل سوء مصرف مواد و خدمات بهداشت روانی

امریکا US Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)، در سال ۲۰۰۷ ثبت ملی اقدامات و برنامه‌های مبتنی بر شواهد National Registry of Evidence-based Practices and Programs (NREPP) را به آدرس [www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov) راه اندازی کرد. درمان چندسیستمی برای جوانان دچار رفتارهای جنسی مشکل دار شامل درمان کار مجدد اخلاقی (EBP برای تکرار جرم کیفری)، پیشگیری از عود (برای استفاده متجاوزین جنسی فهرست نشده است)، آموزش مهارت‌های اجتماعی (برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی فهرست شده است) هستند (دیمینگ و باسینجر، ۲۰۱۵).

استانداردها و ملاک‌های بکار برده شده برای تعیین EBP شامل موارد زیر هستند: تعیین و کیفی سازی حمایت پژوهشی مبتنی بر شواهد می تواند چالش برانگیز باشد. رویکرد مورد استفاده در پژوهش‌های بهداشت روانی، رویکردی است که توسط چامبلس و همکاران (۱۹۹۹) مطرح شد، مطالعات قوی، خوب طرح ریزی شده، خوب انجام شده، که از اثربخشی حمایت می کنند. کمیته مشارکتی جمع آوری داده‌ها Collaborative Outcome Data Committee (CODC) در سال ۱۹۹۷ برای ارزیابی نتایج و پیامدهای درمانی متجاوزین جنسی تشکیل شد که برای ارزیابی پژوهش‌ها از یک مقیاس چهار نقطه‌ای شدید، خوب، ضعیف و بد استفاده می کند و هفت ملاک را مقوله بندی می کند: کنترل اجرایی مرحله IV آزمایش‌های بالینی برای شناسایی و ارزیابی اثرات طولانی مدت داروها و درمان‌های جدید در طی یک دوره طولانی مدت برای تعداد بیشتری از بیماران، انتظارات آزمایشگر، اندازه نمونه، فرایند یا عمل سایش، تعادل گروه‌ها، متغیرهای پیامد و مقایسه درست انجام شده (دیمینگ و باسینجر، ۲۰۱۵).

اخیرا مرور جامع ادبیات پژوهشی متجاوزین جنسی توسط پروژه بین المللی برای اقدامات مبتنی بر شواهد سوء استفاده کنندگان جنسی The International Project for Evidence Based Practices with Sexual Abusers (IPEPSA) در حال انجام است. در این پروژه

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۴۳

چهار حوزه یا حیطه در حال مرور هستند: ارزیابی، درمان، نظارت جامعه و سیاست گذاری عمومی. در هر حیطه، مقوله‌های مجزا (از کار بالینی) شناسایی می‌شوند و یک EBP ارائه می‌شود. برای مثال مقوله ارزیابی - ایستا ۹۹، درمان - انکار، نظارت جامعه COSA، و سیاست گذاری عمومی - ثبت قوانین.

به منظور مرور فعلی پژوهش‌ها برای اقدامات مبتنی بر شواهد با متجاوزین جنسی مقوله‌های زیر مدنظر قرار می‌گیرند: شدید، متوسط، کم، فاقد حمایت و غیر موثر. توصیف درجه بندی هر یک از مقوله‌های EBP مبتنی بر پژوهش‌های در دسترس به صورت زیر انجام می‌گیرد: مقوله قوی (مطالعات انجام شده چندگانه (حداقل ۳ مطالعه) بسیار خوب طراحی شده، تکرار نتایج بین مطالعات به طور کلی، و نشان دادن نتیجه/ نتایج فرض شده یا مورد نظر معتبر به طور مداوم بر روی همان موضوع پژوهش یا همان متغیر پژوهش)، مقوله متوسط (یک یا دو مطالعه خوب طراحی شده، نشان دادن یک نتیجه/ نتایج فرض شده یا مورد نظر بر روی همان موضوع پژوهش یا همان متغیر پژوهش)، مقوله کم (یک یا چند مطالعه نشان دهنده روند نتیجه/ نتایج فرض شده یا مورد نظر، ولی با اعتبار زیر سوال یا با نتایج مختلط در مطالعه یا بین چند مطالعه و/یا فقط حمایت نسبی نتیجه/ نتایج فرض شده یا مورد نظر معتبر بر روی همان موضوع پژوهش یا همان متغیر پژوهش)، مقوله فاقد حمایت (فاقد حمایت نظری اولیه، فاقد حمایت تجربی و/ یا تا به امروز هیچ پژوهشی بر روی همان موضوع پژوهش یا همان متغیر پژوهش انجام نشده است)، و مقوله غیر موثر (یک مطالعه یا چند مطالعه بسیار خوب طراحی شده بر روی همان موضوع پژوهش یا همان متغیر/متغیرهای پژوهش، تکرار نتایج بین مطالعات به طور کلی، و نشان دادن این نتایج که پیشنهاد می‌کنند که این رویکرد در دستیابی نتیجه/ نتایج فرض شده یا مورد نظر بی تاثیر است) (دیمینگ و باسینجر، ۲۰۱۵).

تصمیم‌گیری در خصوص پایگاه اطلاعاتی داده‌های پژوهشی EBP به این نحو است که پژوهش‌ها بر این اساس مورد ارزیابی قرار گیرند که اقدامات عینی انجام داده باشند، مقالات

نظری یا تشریحی / تفسیری موجود در پایگاه اطلاعاتی داده‌های پژوهشی EBP "غیر تجربی" در نظر گرفته شوند. صرفاً پژوهش‌های منتشر شده یا پژوهش‌های انجام شده توسط یک نهاد عمومی را شامل شوند. IPEPSA همه مقالات پژوهشی مرور شده را در یک "پایگاه اطلاعاتی داده‌های EBP متجاوزین جنسی" فهرست می‌کند که به زودی برای استفاده عمومی و مروری در دسترس خواهند بود. پایگاه اطلاعاتی داده‌ها شامل استنادها به همه پژوهش‌های مرور شده، "قدرت تجربی" برای ارزیابی هر مقاله پژوهشی، و مقبولی کلی ارزیابی EBP می‌باشد.

جهت‌گیری‌های آینده برای پایگاه اطلاعاتی داده‌های پژوهشی EBP ممکن باید بدنبال پاسخ به سوال‌های زیر باشد: مقوله بندی صرفاً برای عوامل خطر پویا؟ مقوله بندی ویژگی‌های متجاوزین جنسی؟ مقوله بندی صرفاً برای تکرار جرم؟ جهت‌گیری‌های آینده باید موضوعات متجاوزین جنسی زن، متجاوزین جنسی DD / MR، وجود تجاوز جنسی بیشتر در نوجوانان و تعهد مدنی بپردازد.

استفاده دراز مدت چندسطحی از EBP در حوزه درمان متجاوزین جنسی به شیوه‌های زیر می‌تواند تسهیل شود: تحلیل این سیستم برای مشخص ساختن جایی که انجام پژوهش لازم است، جستجوی مشارکت و ورود رهبران به این حوزه و مشارکت افراد ذینفع کلیدی مانند متخصصین، مراجعین، اعضای خانواده و گروه‌های قربانیان.

مهارت‌های اصلی در اجرای EBP شامل این موارد هستند: یک متخصص چگونه باید مراجعین را از چشم انداز EBP درمان کند؟، پرسیدن سوال اختصاصی، دسترسی به بهترین پژوهش‌های در دسترس (برای مثال پایگاه اطلاعاتی داده‌های EBP دمی‌نگ)، ارزیابی پژوهش‌ها، تبدیل پژوهش‌ها به عمل، ادغام تخصص بالینی و ویژگی‌های مراجع با پژوهش‌ها و ارزیابی اثر بخشی فرایند کار متخصص.



### مدل یکپارچه درمان متجاوزین جنسی

#### Offender Treatment An Integrated Model of Sex (IMSOT)

هدف IMSOT، ایجاد یک رویکرد نیمه ساخت یافته برای درمان متجاوزین جنسی است که مبتنی بر بهترین پژوهش‌های در دسترس مربوط به ایجاد و حفظ رفتار جنسی غیرقانونی/سوء استفاده گرانه، ارزیابی و درمان آن است. این مدل ضرورتاً پویا است و بایستی قادر به پاسخگویی به پژوهش‌های تجربی و پیاده سازی یافته‌های جدید به صورت مداوم، در عمل باشد.

استفاده از IMSOT به این دلایل صورت می‌گیرد: هدف ترکیب و استفاده معنی دار از رویکردها و مداخلات درمانی است که بیشترین اثربخشی را نشان می‌دهند، مجوز برای استفاده از دو یا چند تا از بهترین رویکردهای درمانی به یک رویکرد یکپارچه. ادغام رویکردهای درمانی در این حوزه سال‌ها یک فرایند مستمر بوده است. با این حال، ادغام، غالباً تا حدودی اتفاقی و ساخت نیافته صورت می‌گیرد برای مثال ادغام درمان شناختی رفتاری متجاوزین جنسی.

برای درمان متجاوزین جنسی، مدل‌های زیر در گذشته و حال ادغام شده اند: شوارتز (متجاوز جنسی، ۱۹۹۵)، ریچ (۲۰۰۳) - (درمان متجاوزین جنسی نوجوان)، انسان‌گرایی یکپارچه (باومن و کوپ، ۲۰۰۴)، تجربی (نوجوانان) (لونگو، ۲۰۰۴)، رفتار درمانی جدلی (شینگلر، ۲۰۰۴)، مدل خطر، نیاز، تاثیرپذیری (آندریوس و بونتا، ۲۰۰۶)، بیل مارشال و همکاران (۲۰۰۶)، روانشناسی فردی (جانسون و لوکی، ۲۰۰۷)، مدل زندگی خوب/مدل خود تنظیمی (یاتس و وارد، ۲۰۰۸)، و درمان پذیرش و تعهد.

در مداخلات درمانی متجاوزین جنسی، کاوش تجربیات مراجع و درمانگر تحت عنوان ایجاد یک مدل از رویدادهای مهم مطرح شده است (اوهالوران، اوریلی، تراورز، موئین، استاک، مارتین، فینیگان، و ایوارت-بویلی، ۲۰۱۴). نقش خطر در ادراک‌های متجاوزین

جنسی از رابطه مراجع درمانگر مشخص شده است (بلاسکو و جیگلیک، ۲۰۱۴). رضایت متجاوز جنسی از درمان در تعهد مدنی آنها (لونسون، پری اسکات، ۲۰۰۹، لونسون، پری اسکات و جومپر، ۲۰۱۴) و درگیر شدن فعال در درمان (لونسون، پری اسکات و دامارو، ۲۰۱۰) و درگیر شدن فعال در گروه درمانی در محیط‌های امنیتی (لونسون، مک گاون، مورین، و کوتر، ۲۰۰۹) تاثیر دارد. واتسون، دافیرن و توماس (۲۰۱۵) گزارش دادند که در درمان متجاوزین جنسی، تاثیر سبک بین فردی و تکمیل کنندگی بین فردی بر اتحاد درمانی بین درمانگران و متجاوزین جنسی تاثیر می‌گذارد. میزان امید می‌تواند در بروز رفتارهای مجرمانه در متجاوزین جنسی نقش داشته باشد و در مداخلات درمانی برای آنها باید به این مفهوم توجه شود (مارتین و استیر مارک، ۲۰۱۴).

#### برنامه مدیریت و نظارت متجاوز جنسی ایندیانا

##### Monitoring Program Indiana Sex Offender Management and (INSOMM)

این برنامه بسیار موثر و کارآمد است و دارای سه مرحله می‌باشد: مرحله ۱) ارزیابی، مرحله ۲) درمان و مرحله ۳) مدیریت جامعه. این برنامه یک مدل یکپارچه EBP و BP مانند موارد زیر را بکار می‌گیرد:

مدل یکپارچه درمان متجاوزین جنسی IMSOT باید در نظریه سبب شناسی مربوط به ایجاد و حفظ رفتار جنسی غیر قانونی/ ناسالم از اساس و پایه محکم برخوردار باشد، باید قادر به تاکید و انطباق با نیازهای فردی متجاوزین جنسی باشد مانند افراد دارای سوابق تجاوز جنسی مختلف وسیع، دارای توانایی‌های شناختی، و دارای انگیزه برای تغییر. به طور موثری "عوامل مشترک" درمانی و متغیرهای درمانگر که تاثیر مثبت آنها تایید شده و تغییر فردی و نتایج/پیامدهای درمان را تسهیل می‌کنند، و همچنین "عوامل اختصاصی" درمانی که از نظر تجربی در درمان متجاوزین جنسی معتبر و موثر شناخته شده اند، را بکار بگیرد. باید طیف وسیعی از نیازهای درمانی که معمولاً در متجاوزین جنسی دیده می‌شود، از جمله اهداف

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۴۷

درمانی اختصاصی برای متجاوزین جنسی مرد و زن و اهداف درمانی مربوط به درمان متجاوزین جنسی را در برگیرد. مداخلات درمانی، در صورت امکان، باید مبتنی بر رویکرد معتبر تجربی اثربخش و رویکرد مبتنی بر شواهد باشند.

مؤلفه‌های اصلی یک EBPIMSOT شامل موارد زیر هستند: ارزیابی خطر آماری و پویا، آماده سازی و آمادگی درمان، درمان مبتنی بر خطر و درمان فردی، مداخلاتی که مبتنی بر عوامل خطر پویا و اهداف درمانی اختصاصی برای متجاوزین جنسی هستند، رویکردهای پیشگیری از عود، مؤلفه‌هایی که ثانویه به مداخلات درمانی اصلی هستند، بحث در مؤلفه‌هایی که پس از تغییر رفتاری/فردی اساسی بوجود آمده اند، و مؤلفه‌هایی که برای حفظ دستاوردهای درمانی بکار برده می‌شوند.

ارزیابی در IMSOT باید نقش‌های زیر را ایفا کند: ارزیابی باید مداوم و مستمر باشد، باید از تصمیم‌های درمانی خبر دهد، باید منجر به استفاده کارآمدتر از منابع شود، باید منجر به نتایج/پیامدهای درمانی بهتری شود، باید مراجع را به عنوان یک مشارکت کننده آگاه در فرایند درمان درگیر کند.

در خصوص عوامل خطر و اهداف درمانی، مان و همکاران (۲۰۱۰) قدرت شواهد مرتبط با عوامل خطر مشکوک را گزارش نمودند. عوامل خطر مهم، شامل این عوامل هستند: یک منطق قابل قبول وجود دارد که این عامل، علت ارتکاب به تجاوز جنسی می‌باشد. شواهد قوی وجود دارد که این عامل تکرار تجاوز جنسی را پیش بینی می‌کند. آنها مفهوم گرایش‌ها در برابر خطر ایستا/پویا را تشریح کردند. در مورد عوامل خطر، پنج مقوله مبتنی بر یافته‌های این پژوهش گزارش شد (عوامل خطر حمایت شده از نظر تجربی شامل عوامل خطر امید بخش، استثنای حمایت نشده ولی جالب، کاوش/پیگردی با ارزش، همبستگی پایین یا عدم همبستگی با ارتکاب تجاوز جنسی). عوامل خطر حمایت شده از نظر تجربی شامل اشتغال ذهنی جنسی، وجود هر نوع گرایش جنسی انحرافی مانند انواع پارافیلیاها یا چند نوع پارافیلیا،

نگرش‌های حمایت‌کننده جرم، تجانس/تناسب عاطفی با کودکان، فقدان روابط صمیمانه عاطفی با بزرگسالان، تکانشگری در سبک/شیوه زندگی، مشکلات خودتنظیمی کلی برای مثال عدم ثبات شغلی، مقاومت در برابر قوانین و نظارت، شکوه و شکایت/خصوصیت و تاثیرات اجتماعی منفی بودند.

در IMSOT، درمان فردی بر حسب لزوم، در فرایند گروه درمانی و/یا درمان فردی، مورد هدف قرار می‌گیرند. درمانگر متجاوز جنسی باید از دو لایه در حال پیشرفت در فرایند درمان آگاهی داشته باشد: نیازها و پیشرفت فردی مراجع، و پویایی‌ها در فرایند گروه درمانی که در هر فردی، بر تاثیر درمانی نفوذ می‌کند و آنها را تسهیل می‌کنند.

مداخلات درمانی در IMSOT شامل عوامل مشترک و عوامل اختصاصی درمانی هستند. عوامل مشترک شامل فلسفه برنامه آماده سازی درمان، عوامل درمانگر و پویایی‌های گروهی که فرایند تغییر را تسهیل می‌کنند، می‌باشند. عوامل اختصاصی این موارد را دربر می‌گیرند: هسته درمان، پیشگیری از عود نیست. مداخلات درمانی ترجیحاً، بر مشکلات کلی و جنسی مرتبط با نقص‌های مهارتی، اختلال عملکرد شناختی و تنظیم رفتاری تاکید می‌کنند، تکنیک‌های پیشگیری از عود، به عنوان راهی برای حفظ دستاوردهای درمان، در پایان درمان معرفی می‌شوند. مداخلات درمانی در IMSOT شامل رشد مهارتی، برطرف ساختن اختلال عملکرد شناختی، حل کردن نقص‌ها/افراط‌های رفتاری، حفظ دستاوردهای درمان و افزایش خودنیرومندی/رفتار سالم هستند.

برای رشد مهارتی، مداخلات روانی آموزشی صورت می‌گیرد. مداخلات روانی آموزشی شامل کار بر روی گوشه‌گیری/انزوای اجتماعی و روابط اجتماعی، فقدان مهارت‌های صمیمانه عاطفی با بزرگسالان و نقص‌های کلی صمیمیت، شیوه‌های مقابله ناکارآمد با استرس و مدیریت استرس، و درمان اختلال‌های روانپزشکی در محور I می‌باشند.

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۴۹

برای برطرف ساختن اختلال عملکرد شناختی، بازسازی شناختی صورت می‌گیرد. مداخلات بازسازی شناختی شامل باورها/نگرش‌های جرم‌زا و حمایت‌کننده جرم، خصومت نسبت به زنان، همانندی و تجانس عاطفی با کودکان، فقدان نگرانی برای دیگران و رشد همدلی با دیگران، مدیریت هیجانی/مدیریت خشم، عزت نفس و خودپنداره، و درمان اختلال‌های روانپزشکی در محور II می‌باشند.

برای تنظیم رفتاری، از درمان‌های رفتاری استفاده می‌شود. درمان‌های رفتاری شامل استفاده از تکنیک‌های رفتاری برای تنظیم جنسی/مدیریت برانگیختگی جنسی، گرایش‌های جنسی انحرافی، مشغولیت‌های جنسی، کنترل تکانه و تکانشگری در سبک/شیوه زندگی، مقاومت در برابر قوانین و نظارت، و سوء مصرف/وابستگی دارویی می‌باشند.

برای حفظ دستاوردهای درمان از مداخلات پیشگیری از عود استفاده می‌شود. در این رابطه از برنامه‌ها و طرح‌های شناختی رفتاری پیشگیری از عود، مدیریت و اداره عوامل خطر حاد (در درجه اول مورد استفاده برای متجاوزین جنسی متوسط خطر و پرخطر)، دسترسی به قربانیان، و تاثیرات اجتماعی منفی می‌باشند.

برای افزایش خودنیرومندی/رفتار سالم، مداخلات شامل درمان حمایتی می‌باشند. از انواع اقدامات در درمان‌های حمایتی برای متجاوزین جنسی، ایجاد و حفظ فعالیت‌های مهم و لذت بخش و فعالیت‌های سالم اوقات فراغت، ایجاد روابط و هویت از طریق انجام فعالیت‌های کاری و شغلی، افزایش عزت نفس، مدیریت و اداره کردن موضوعات ورود مجدد به جامعه، انگ اجتماعی و هویتی (طرد شدن از طرف دوستان و فرهنگ) می‌باشند.

ویژگی‌های برنامه IMSOT شامل موارد زیر هستند: برنامه‌ای ساخت یافته به گونه‌ای که مراجعین در آن جهت بر عهده گرفتن مسئولیت در درمان و درگیر فعالانه شدن در درمان، مصرف‌کننده مطلع و آگاه شدن در پژوهش‌ها و ارائه اطلاعات مرتبط با ارتکاب به خشونت و سوء استفاده جنسی، و ارزیابی و درمان آن، مورد تشویق قرار می‌گیرند و به آنها پاداش داده

می‌شود. این برنامه به آماده سازی برای درمان و جهت گیری پیش از درمان اهمیت و ارزش می‌دهد (مارشال و همکاران، ۲۰۰۸). توضیح فلسفه درمان در این برنامه واضح، منسجم، استوار و محکم است. به برقراری ارتباط درمانی با متجاوزین جنسی، و ظرفیت ایجاد تغییر مثبت در آنها اعتقاد و باور دارد و برای هر مراجعی، به عنوان یک شخص، ارزش و احترام قائل است (دیمینگ و باسینجر، ۲۰۱۵).

### سنجش فرایند اجرای برنامه‌ها/راهبردها و رویکردهای جامع برای متجاوزین جنسی

سنجش فرایند اجرای برنامه‌ها/راهبردها، و رویکردهای جامع برای متجاوزین جنسی به

شرح زیر هستند:

- تعداد تماس چهره به چهره بین ارائه دهنده درمان و متجاوز جنسی
- تعداد جلسات بین متجاوز جنسی، درمانگر، و اداره ناظر
- تعداد بازدیدهای ادارات از منزل متجاوز جنسی آزاد شده با قید ضمانت، جهت بررسی حسن رفتار آنها
- تعداد ماه‌های حبس در زندان
- تعداد ماه‌های درمان در زندان
- تعداد غربالگرهای ادرار برای مصرف مواد/الکل
- تعداد عوارض جانبی ناشی از دارو
- سطح نظارت اجتماعی دریافت شده
- نوع درمان دارویی دریافت شده
- نوع عوارض جانبی ناشی از دارو
- دوز درمان دارویی

## سنجش نتایج/پیامدهای اجرای برنامه ها/راهبردها، و رویکردهای جامع برای متجاوزین

### جنسی

سنجش نتایج/پیامدهای اجرای برنامه ها/راهبردها، و رویکردهای جامع برای متجاوزین

جنسی به شرح زیر هستند:

- نسبت ارتکاب‌های مجدد برای جرایم جنسی
- نسبت ارتکاب‌های مجدد برای جرائم خشونت آمیز
- نسبت ارتکاب‌های مجدد جرم‌های دیگر (غیر جنسی و بدون خشونت)
- نرخ حبس مجدد
- نسبت بازداشت و عدم بازداشت برای ارتکاب جرم
- تغییر در انگیزه درمان
- تغییر در تعامل درمان
- افزایش در سلامت یا سازگاری/انطباق عاطفی متجاوزین جنسی
- افزایش در اعتماد به نفس متجاوزین جنسی
- افزایش در بهزیستی و رفاه متجاوزین جنسی
- افزایش در خود شکوفایی متجاوزین جنسی
- افزایش در رضایت متجاوز جنسی از درمان
- کاهش در نگرش‌های قبل از ارتکاب تجاوز جنسی
- کاهش در خیالپردازی‌های جنسی
- کاهش در میل جنسی
- کاهش در انگیزگی جنسی
- کاهش در رفتار جنسی
- کاهش در سطوح تستوسترون سرم

منابع حمایتی مرتبط با برنامه‌ها/راهبردها و رویکردهای جامع برای متجاوزین جنسی در  
امریکا

برخی از منابع حمایتی مرتبط با برنامه‌ها/راهبردها، و رویکردهای جامع برای متجاوزین

جنسی در امریکا به شرح زیر هستند:

American Probation and Parole Association (APPA)  
Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA)  
California Coalition on Sexual Offending  
Center for Sex Offender Management (CSOM)  
Child Molestation Research and Prevention Institute  
Colorado Department of Corrections Sex Offender Treatment and Monitoring  
Program (SOTMP)  
International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO)  
National Sex Offender Public Registry  
National Sexual Violence Resource Center  
San Diego County Sex Offender Management Council  
Sex Offender, Sentencing, Monitoring, Apprehending, Registering, & Tracking  
(SMART)  
Sexual Abuse Treatment, Referral, Resource, and Research Page  
State and Local Sex Offender Programs/Strategies Resources  
The Safer Society Foundation  
Utah Department of Corrections, Sex Offender Treatment  
Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors



## منابع

- آشوری، محمد، قاسمی مقدم، حسن (۱۳۹۳). روش‌های سنجش آماری خطر جرم. فصلنامه مطالعات حقوق خصوصی (فصلنامه حقوق سابق)، ۴۳، ۴، ۱۸-۱.
- آقاجانی، نصرالله (۱۳۸۳). تکثر خشونت در آزارهای خیابانی. مطالعات راهبردی زنان، سال ششم، شماره ۲۳، ۱۸۸-۱۶۰.
- بوالهری، جعفر، دادفر، محبوبه (۱۳۷۹). مشکلات بهداشت روانی زنان و کودکان پناهنده و آواره. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی کودکان و زنان پناهنده جهان. تهران: ۴ اسفند ماه.
- بهرامی، فاضل، دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۹۳). اثربخشی آموزه‌های دینی در کاهش افسردگی سالمندان. محله مطالعات ناتوانی. ۴، ۴، ۶۵-۵۵.
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۴). افسردگی زنان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). روان‌درمانی مذهبی در درمان بیماران مضطرب و افسرده. مقاله منتشر نشده موجود در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران.
- دادفر، محبوبه (۱۳۸۳). بررسی نقش مذهب در بهداشت روانی و فرآیندهای روان‌درمانی، نقد و نظر، سال نهم، شماره سوم و چهارم، ۱۲۱-۸۴.
- دادفر، محبوبه، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، پیرمرادی، محمدرضا، عبادی زارع، سعید، کولیوند، پیر حسین (۱۳۹۴). گروه درمانی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل، فرشته، دادفر، یونسی سید جلال (۱۳۸۹). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه سرشت و منش. فصلنامه توانبخشی، سال یازدهم، شماره ۳ (پیاپی ۴۳)، ۲۴-۱۵.
- دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، طیبه، بهرامی، فاضل، صادقی، لیلا، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۴). اندیشه روان‌درمانی انسان‌گرایانه با آموزه‌های ادبی و عرفانی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). افسردگی نوجوانان: راهنمای عملی برای نوجوانان و والدین. تهران: انتشارات رویان پژوه.
- دادفر، محبوبه، صابری زفرقندی، محمدباقر، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات میرماه.

- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). شاخص‌های تشخیصی آزمون‌های روانشناسی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، کاظم زاده عطوفی، مهرداد (۱۳۹۴). ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی. تهران، انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی (۱۳۹۴). افسردگی کودکان: راهنمای عملی برای والدین. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، غرابی، بنفشه، نوری قاسم آبادی، ربابه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۳). بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۳). حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (برای کودکان). تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، عبادی زارع، سعید (۱۳۹۳). حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (برای بزرگسالان). تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۳). حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (برای امدادگران). تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، نصر اصفهانی، مهدی، عاطف وحید، محمد کاظم، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۴). مراقبت‌های روانشناسی برای بیماران مبتلا به سرطان. تهران، انتشارات میرماه.
- رمضان نرگسی، رضا (۱۳۸۳). تجاوز و بزه دیدگی زنان. مطالعات راهبردی زنان، سال ششم، شماره ۲۳، ۱۰۴-۶۸.
- رمضانی فرانی، عباس، دادفر، محبوبه (۱۳۸۴). معرفی یک مدل مداخله شناختی- رفتاری دینی در درمان اختلال وسواسی- جبری، نقد و نظر، شماره ۳۷ و ۳۸، ۳۳۸-۳۴۸.

## کاربرد برنامه خدمات روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی / ۱۵۵

رمضانی فرانی، عباس، کاظمی، هادی، کولیوند، پیر حسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل (۱۳۹۳). معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی-جبری. تهران: انتشارات میرماه.

رمضانی فرانی، عباس؛ عمادی، سید کمال‌الدین، عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۰). راهبردهای تأمین سلامت روانی در قرآن. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران ۲۷-۳۰ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. طباطبایی، سید محمد حسین (۱۴۱۷). المیزان فی تفسیر القرآن، ج ۴، ص ۲۳۴، دفتر انتشارات اسلامی، قم، چاپ پنجم.

طبرسی، ابوعلی فضل بن حسن (۱۳۸۰). مجمع البیان، ترجمه: علی کرمی، ج ۸، تهران، سازمان چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، چاپ اول.

عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان). تهران: انتشارات میرماه.

عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۴). روانشناسی قانونی. تهران: انتشارات میرماه. عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کاظم زاده عطوفی، مهرداد (۱۳۹۴). مشاوره قبل از ازدواج. تهران، انتشارات میرماه.

عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۴). برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران. تهران: انتشارات میرماه.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۳). بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش‌ها. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴، ۵۷-۴۱.

فاضل لنکرانی، شیخ محمد (۱۴۲۲). تفصیل الشریعه فی شرح تحریرالوسیله، کتاب الحدود، تحقیق مرکز فقهی ائمه اطهار (ع)، قم انتشارات مرکز فقهی ائمه اطهار (ع)، چاپ دوم.

فاضل مقداد، جمال‌الدین (۱۳۸۰). کنز العرفان فی فقه القرآن، ۲ ج، مجمع‌العالمی للتقریب بین المذاهب الاسلامیه، تهران، چاپ اول.

قاسمی مقدم، حسن (۱۳۸۷). مبانی ارزیابی اثربخشی کیفی‌های اجتماع محور و تحلیل یافته‌های آن با تأکید بر مطالعه موردی دوره مراقبت در ایالات متحده آمریکا و انگلستان. مجله حقوقی دادگستری، شماره ۶۴.

قاسمی مقدم، حسن (۱۳۹۲). واکاوی رابطه میان خطر جرم بزهکاران و بازپروری آنان در سیاست‌های کیفری معاصر از نقد مبانی سیاسی کیفرشناسی نو تا شکل‌گیری بازپروری خطرمدار. آموزه‌های حقوق کیفری، دانشگاه علوم اسلامی رضوی، شماره ۶، ۲۰۳-۱۷۳.

قرآن کریم. ترجمه مهدی الهی قمشه ای.

کولیوند، پیر حسین، دادفر، طیبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میرماه.

کولیوند، پیر حسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل، سیف، محمد، دادفر، طیبه، قاسمی، سجاد (۱۳۹۴). بهزیستی مذهبی معنوی. تهران: انتشارات میرماه.

گیل، الینا (۱۳۹۲). کمک به کودکان آزار دیده و آسیب دیده. ترجمه مهرزاد فراهتی. تلفیق رویکردهای مستقیم و غیر مستقیم. تهران: انتشارات ارجمند.

لرکی، منا، تفضلی، مهین، لطیف نژاد رودسری، رباب، شاکری، محمد تقی، بابایی، علی (۱۳۹۳). بررسی نیازهای آموزشی درک شده زنان آسیب دیده در رابطه با رفتارهای پرخطر جنسی. مجله مامایی و نازایی زنان. ۱۷، ۱۳۰، ۳۱-۲۱.

محقق داماد، مصطفی (۱۳۸۵). مجازات عمل منافی عفت در قرآن. مجله تحقیقات حقوقی، شماره ۴۳، ۵۸-۹.

محمدیان، مهرداد، دادفر، محبوبه، بوالهروی، جعفر، کریمی کیسمی، عیس (۱۳۸۴). غربالگری اختلال‌های روانی در مهاجران افغان مقیم تهران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (فصلنامه اندیشه و رفتار)، سال یازدهم، شماره ۲۷۷، ۲-۲۷۰.

مداح، محید، خیرخواهان، ابراهیم (۱۳۹۰). تجزیه و تحلیل اثر انگیزه‌های اقتصادی در ارتکاب جرم (مطالعه موردی زندانیان شهر سمنان). فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، ۲۵، ۱۳۰-۱۰۷.

مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۷۴). تفسیر نمونه، ج ۳، ص ۳۰۷، دار الکتب الإسلامیه، تهران، چاپ اول. ولیزاده، شاهرخ، اسدالهی، عبدالرحیم (۱۳۸۶). بررسی و مقایسه بین عزت نفس و جایگاه مهار مجرمین جنسی در زندان زنان خوزستان. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۷۰.

یادگاری، هاجر (۱۳۹۰). در مورد تجاوزات جنسی بیشتر بدانیم. وبلاگ در دسترس. کلینیک مشاوره ی حکمت و استاد روزبه.

Abel, G. G., Mittelman, M., Becker, J. V., Rathner, J. & Rouleau, J. (1988). Predicting child molesters' response to treatment. *Annals of the New York Academy of Science*. 528 - 223-234.

- Allardyce, S. (2015). The Good Lives Model of offender rehabilitation: recent developments and challenges. National Youth Justice Development Team. The Development Centre for Scotland, Social Work in Youth and Criminal Justice (CJSW).
- Alleyne, E., Gannon, T. A., Ciardha, C. Ó., & Wood, J. L. (2014). Community males show multiple-perpetrator rape proclivity: development and preliminary validation of an interest scale. *Sex Abuse*, 26, 82-104.
- American Psychological Association (APA) Ethical Principles of the Psychologists and Code of Conduct, 8-21-02.
- American Psychological Association Task Force of Evidence Based Practice (2006). Evidence based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). The psychology of criminal conduct (4th edition). Newark, NJ: Anderson, LexisNexis.
- Andrews, D. A., Bonta, J. (2010). The psychology of criminal conduct. 5th ed. LexisNexis Matthew Bender.
- Andrews, D.A, Bonta, J., & Wormith, S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 7, 735-755.
- Andrews, D.A. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model of correctional assessment and treatment, in using social science to reduce violent offending, by: Joel Dvoskin, Jennifer Skeem, Raymond Novoca, Kevin Douglas, Oxford University Press.
- Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). Evidence-based adult corrections programs: What works and what does not. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates (Document 06-10-1201). Olympia, WA: Washington Institute for Public Policy.
- Arrigo, B. & Ward, T. (2015). Response, rehabilitation, and reconciliation: The normative dimension of offenders desistance journey. *Criminal Justice and Behavior*, 42, 2, 219-224.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA): Practice Standards and Guidelines (2005) and Professional Code of Ethics (2001).
- Bahrami, F., Dadfar, M., Unterrainer, H. F., Zarean, M., & Mahmood Alilu, M. (2015). Intercultural dimensions of religious spiritual well-being in college students. *International Journal of Biology, Pharmacy and Allied Sciences (IJBPAS)*, 4, 6, 4053-4069.
- Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (Eds.). (2005). The juvenile sex offender (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barbaree, H.E. (1991). Denial and minimisation among sex offenders: Assessment and treatment outcome. *Forum on Corrections Research*. 3, 300-333.

- Barnao, M & Ward, T. (in press). Sailing uncharted seas without a compass: A Review of Interventions in Forensic Mental Health. *Aggression and Violent Behavior*.
- Barnao, M., Robertson, P., & Ward, T. (2010). Good Lives Model applied to a forensic population. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17, 2, 202-217.
- Barnao, M., Ward, T., & Casey, S. (2015). Looking beyond the illness: Forensic service users perceptions of rehabilitation. *Journal of Interpersonal Violence*, 30, 1025-1045.
- Barnao, M., Ward, T., & Casey, S. (in press). Taking the good life to the institution: Forensic service users' perceptions of the Good Lives Model. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.
- Barnao, M., Ward, T., & Robertson, P. (in press). The Good Lives Model: A new paradigm for forensic mental health. *Psychiatry, Psychology, & Law*.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kol, G., & Gottlieb, N. H. (2006). *Planning health promotion programs*. (2nd ed.) San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bauman, S. & Kopp, G. (2004). An integrated humanistic approach to outpatient groups for adult sex offenders. American Counseling Association, *Vistas Online*.
- Beach, A., Bourgon, G., Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Langton, C., Marques, J., Miner, M., Murphy, W., Quinsey, V., Seto, M., Thornton, D., & Yates, P. (2007). *Sexual Offender Treatment Outcome Research: CODC Guidelines and Overview*. Public Safety Canada, 2.
- Beech, A., & Ward, T. (Eds.) (in press). *Theories of sex offending*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Beier, K. M., Neutze, J., Mundt, I. A., Ahlers, C. J., Goecker, D., Konrad, A., et al. (2015). Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: first results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse Negl*, 33, 545-249.
- Bhaumik, S. (2013). Indian medical experts shun chemical castration for rapists. *BMJ*, 346:f64.
- Birgden, A., & Cucolo, H. (2011). The treatment of sex offenders: evidence, ethics, and human rights. *Sex Abuse*, 23, 3, 295-313.
- Birgden, A. & Ward, T. (in press). Human rights and sex offending. In B. Francis & T. Sanders (Eds.), *The Oxford Handbook on Sex Offences and Sex Offenders: Confronting and challenging the issues*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Birgden, A. & Ward, T. Ethical sex offender treatment. In L. Marshall & W. Marshall (Eds.) *The treatment of sex offenders*. Oxford, UK: Blackwell-Wiley.
- Blasko, B. L., & Jeglic, E. L. (2014). Sexual offenders' perceptions of the client-therapist relationship: the role of risk. *Sex Abuse*, 0: 1079063214529802v1-1079063214529802
- Bonta, J. (2001). *Offender rehabilitation: From research to practice: 1997-2001*. Cat. No. JS4-1/1997-1. Ottawa, Canada: Public Works and Government Services Canada.

- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2006). Risk-Need-Responsivity Model for offender assessment and rehabilitation, *Cat*: ps 3-1.
- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *J Consult Clin Psychol*, 77, 1, 26-37.
- Buddie, A. M., & Miller, A. G. (2001). Beyond rape myths: a more complex view of perceptions of rape victims. *Sex Roles: A Journal of Research*, 45, 3, 139-160.
- Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: ten-year follow-up. *J Consult Clin Psychol*, 74, 482-488.
- Center for Sex Offender Management (CSOM). (2007). The comprehensive assessment protocol: a systemwide review of adult and juvenile sex offender management strategies. A project of the Us Department of Justice office of Justice programs, Bureau of Justice Assistance.
- Center for Sex Offender Management. (2006). Understanding treatment for adults and juveniles who have committed sex offenses. Silver Springs, MD: Author.
- Chanbless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Christoph, P.C., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. & . Woody, S.R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., et al. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*, 85, 618-629.
- Choe, J. (2008). Income inequality and crime in the United States. *Economics letters*, 101, 31-33.
- Chu, C. M & Ward, T. (in press). The good lives model of offender rehabilitation: Working positively with sex offenders. In N. Ronel & D. Segev (Eds.) *Positive Criminology*. Abingdon, United Kingdom: Routledge.
- Chung, D., O'Leary, P. J., & Hand, T. (2006). Sexual violence offenders: Prevention and intervention approaches. *Issues*, 5, Australian centre for the study of sexual assault.
- Cortoni, F. (2007). Managing risk through effective correctional rehabilitation, In: *Risk assessment and risk management: A Canadian criminal justice perspective*, International Center for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy.
- Craissati, J. (2013). Treatment for sexual offenders against children. *BMJ*, 347:f5397

- Curtis, N. M., Ronan, K. R., & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *J Fam Psych*, 18, 411-419.
- Dadfar, M., Bolhari, J., & Dadfar, F. Integration of prevention of child sexual abuse in Primary Health Care (PHC) in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7, 40, 22-23, 2012 Suppl.
- Dadfar, M., Lester, D., Atef Vahid M. K., Abdel-Khalek, A. M., Mohammadian, M., Bolhari, J., Bahrami, F., & Asgharnejad Farid, A. A. (2015). Mental disorders signs in Afghan immigrants/refugees. *International Journal of Management and Sustainability*, 4, 2, 26-38. And Paper presented at 2nd International Conference on Business Strategy and Social Sciences in Dubai, 16-17 February, 2015.
- Daffern, M., Jones, L., & Shine, J. (2010). *Offence paralleling behaviour: a Case formulation approach to offender assessment and intervention*. Wiley.
- Daly, R. (2008). *Treatment and reentry practices for sex offenders: an overview of states*. New York: Vera Institute of Justice.
- Davidson, P. R. (1984). *Behavioral treatment for incarcerated sex offenders: post-release outcome. A conference on sex offender assessment and treatment*. Kingston, ON, Canada.
- Deming, A., & Basinger, J. (2015). *Toward the use of evidence based practices with sexual offenders in correctional setting*. American correctional Association, Winter Conference, Long Beach, CA, February 10.
- Dennis, J. A., Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M. J., & Duggan, C. (2012). *Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending*. Cochrane Library, John Wiley. Cochrane Database Syst Rev, 12:CD007507.
- Dumond, R. W. (1995). *Ignominious victims: effective treatment of male sexual assault in prison*. August 15, p. 2; states that «evidence suggests that [male-male sexual assault in prison] may a staggering problem»). Quoted in Mariner, Joanne; (Organization), Human Rights Watch (17-4-2001). *No escape: male rape in U.S. prisons*. Human Rights Watch. p. 370.
- Durrant, R., & Ward, T. (2015). *Evolutionary criminology: towards a comprehensive explanation of crime and its management*. New York, NY: Academic Press.
- European Union Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse . (2007). Council of Europe. Treaty Series, 201. <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=201&CL=ENG>
- Forsman, M., & Långström, N. (2012). *Child maltreatment and adult violent offending: population-based twin study addressing the “cycle of violence” hypothesis*. *Psychol Med*, 42, 1977-1983.
- Fortney, T., Levenson, J., Brannon, Y., Baker, J. N., (2007). *Myths and facts about sexual offenders: implications for treatment and public policy*. *Sexual Offender Treatment*, 2, 1.



- Fortune, C. A. & Ward, T. (in press). Self-regulation targets. In L. E. Marshall & R. Mann (Eds.). *Treatment of sexual offenders*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Fortune, C. A., Ward, T. & Mann, R. (2015). Good lives & the rehabilitation of sex offenders: A positive treatment approach. In A. Linley and S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Fortune, C. A., Ward, T., & Willis, G. (2012). The rehabilitation of offenders: reducing risk and promoting better lives. *Psychiatry, Psychology and Law*, 19, 5, 646-661.
- Fortune, CA, Bourke, P., & Ward, T. (2015). Expertise and child sex offenders. *Aggression and Violent Behavior* 20, 33-41.
- Frost, R. (2008). *Health promotion theories and models for program planning and implementation*. Mel & Enid Zuckerman College of Public Health, University of Arizona.
- Furby, L., Weinrott, M. R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 105, 1, 3-30.
- Gallagher, A., Wilson, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M.B., MacKenzie, D. L. (1999). A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly*, 3, 19-29.
- Gannon, T. A., King, T., Miles, H., Lockerbie, L., & Willis, G. M. (2011). Good lives sexual offender treatment for mentally disordered offenders. *British Journal of Forensic Practice*, 13, 153-168.
- Garland, D. (2001). *The culture of control*. Oxford University Press.
- Glaser, B. (2011). Paternalism and the Good Lives Model of sex offender rehabilitation. *Sex Abuse*, 23, 3, 329-345.
- Göbbels, S., Thakker, J., & Ward, T. (in press). Desistance in mentally disordered offenders. In J. Winstone (Ed.) *Perspectives on Mentally Disordered Offending: key issues for justice and health responses*. London, UK: Palgrave MacMillan.
- Gronnerod, C., Gronnerod, J. S., & Grondahl, P. (2015). Treatment for sexual offenders against children: A meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma Violence Abuse*, 16, 3, 280-290.
- Grubin, D., & Beech, A. (2010). Chemical castration for sex offenders: doctors should avoid becoming agents of social control. *BMJ*, 340:c74.
- Guyatt, G., Oxman, A., Vist, G., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., et al. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*2008;336:924.
- Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 5, 802-809.
- Hanson, R. H., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 9, 865-891.
- Hanson, R. K. (1997). Invoking sympathy: Assessment and treatment of empathy deficits among sexual offenders. In B.K. Schwartz and H.R.

- Cellny (Eds.) *The Sex Offender: New Insights, Treatment Innovations and Legal Developments*. New Jersey: Civic Research Institute.
- Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 2, 348-362.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse*, 14, 169-194.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (2003). Notes on the development of the static 2002 (User Report No. 2003-01). Ottawa, on: Solicitor General Canada.
- Harkins, L., Flak, V. E., Beech, A., & Woodhams, J. (2012). Evaluation of a community-based sex offender treatment program using a Good Lives Model approach. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24, 519-543.
- Harkins., & Beech, A. R. (2008). Examining the impact of mixing child molesters and rapists in group-based cognitive-behavioral treatment for sexual offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 52, 1, 31-45.
- Harris, A.J., & Lurigio, A.J. (2010). Introduction special issue on sex offenses and offenders: toward evidence-based public policy. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 5, 477-481.
- Heffernan, R & Ward, T. (in press). The conceptualization of dynamic risk factors in child sex offenders: An agency model. *Aggression and Violent Behavior*.
- Heim, N. & Hursch, C. J. (1979) Castration for sex offenders: treatment or punishment? A review and critique of recent European literature. *Archives of Sexual Behaviour*, 8, 281-304.
- Heseltine, K., Day, A., & Sarre, R. (2011). Prison-based correctional offender rehabilitation programs: The 2009 national picture in Australia AIC Reports Research and Public Policy Series 112, Australian Institute of Criminology.
- Hildebran, D., & Pithers, W.D. (1989). Enhancing offender empathy for sexual abuse victims. In D.R. Laws (Ed). *Relapse Prevention with Sex Offenders*. Guildford press.
- Hudson, S.M., & Ward, T. (1997). Intimacy, loneliness and attachment Style in Sexual Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*. 12 (3), 323-339.
- Human rights watch no escape: male rape In U.S. prisons. Part VII. Anomaly or epidemic: the incidence of prisoner-on-prisoner rape. ; estimates that 100000-140000 violent male-male rapes occur in U.S. prisons annually; compare with FBI statistics that estimate 90000 violent male-female rapes occur annually.
- Johnson, D.A., & Lokey, J.P. (2007). Individual psychology approaches to group sex offender treatment. *Professional Issues in Psychology*.

- Jonas, S., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Jenkins, R., Kuipers, E., et al. (2011). Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol Med*, 41, 709-719.
- Kemshal, H. (2003). *Understanding risk in criminal justice*, McGraw-Hill International.
- Kenworthy, T., Adams, C. E., Bilby, C., Brooks-Gordon, B., Fenton, M. (2004). Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD004858.
- Kingston, D. A., Malamuth, N. M., Fedoroff, P., & Marshall, W. L. (2009). The importance of individual differences in pornography use: Theoretical perspectives and implications for treating sexual offenders. *Journal of Sex Research*, 46, 216-232.
- Långström, N., Enebrink, P., Laurén, E. M., Lindblom, J., Werkö, S., & Hanson, R. K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. *BMJ*, 347, f4630.
- Larochelle S, Diguier L, Laverdière O, Greenman PS. (2011). Predictors of psychological treatment noncompletion among sexual offenders. *Clin Psychol Rev*, 31, 4, 554-562.
- Latessa, J. E. & Lowenkamp, C. (2006). What works in reducing recidivism? *University of ST. Thomas Law Journal*, 3, 3, 551-535.
- Laws, D. R., & Ward, T. (2011). *Desistance and sexual offending: alternatives to throwing away the keys*. New York, NY: Guildford Press.
- Levenson J.S., & Socia, K. M. (2015). Adverse childhood experiences and arrest patterns in a sample of sexual offenders. *J Interpers Violence*, 0: 0886260515570751v1-886260515570751
- Levenson, J. S. (2011). But I didn't do it: ethical treatment of sex offenders in denial *Sex Abuse*, 23, 3, 346-364.
- Levenson, J. S., & Prescott, D. S. (2009). Treatment experiences of civilly committed sex offenders: a consumer satisfaction survey. *Sex Abuse*, 21, 1, 6-20.
- Levenson, J. S., Macgowan, M. J., Morin, J. W., & Cotter, L. P. (2009). Perceptions of sex offenders about treatment: satisfaction and engagement in group therapy. *Sex Abuse*, 21, 1, 35-56.
- Levenson, J. S., Prescott, D. S., & Jumper, S. (2014). A consumer satisfaction survey of civilly committed sex offenders in Illinois. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 58, 4, 474-495.
- Levenson, J. S., Prescott, D. S., & D'Amora, D. A. (2010). Sex offender treatment: consumer satisfaction and engagement in therapy. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 54, 307-326.
- Levenson, J. S., Willis, G. M., & Prescott, D. S. (2015). Adverse childhood experiences in the lives of female sex offenders. *Sex Abuse*, 27, 258-283.
- Longo, R.E. (2004). An integrated experiential approach to treating young people who sexually abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13, 3-4, 193-213.

- Looman, J., Dickie, I., & Abracen, J. (2005). Responsivity issues in the treatment of sexual offenders. *Trauma Violence Abuse*, 6, 4, 330-353.
- Lösel, F. (1995). The efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations. In *What works: Reducing reoffending—Guidelines from research and practice*, ed. J. McGuire, 79-111. New York: Wiley & Sons.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol*, 1, 117-146.
- Lovins, B., Lowenkamp, C. T., Latessa, E. J. (2009). Applying the risk principle to sex offenders: Can treatment make some sex offenders worse? *Prison Journal*, 89, 344-357.
- Magaletta, P. R., Morgan, R. D., Reitzel, L. R., & Innes, C. A. (2007). Toward the one: strengthening behavioral sciences research in corrections. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 933-944.
- Mann, R.E., Hanson, R.K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 191, 217.
- Marques, J. K., Miederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's sex offender treatment evaluation project (SOTEP). *Sex Abuse*, 17, 1, 79-107.
- Marshall W. L. (1971). A combined treatment method for certain sexual deviations. *Bahviour Research Therapy*, 9, 292-294.
- Marshall W. L. (1979). Satiation therapy: a procedure for reducing deviant sexual arousal. *Journal of Applied Behavioural Analysis*, 12, 377-89.
- Marshall, L. E. (2014). Strategies for dealing with challenging interpersonal interactions in a mental health setting. Waypoint Centre for Mental Health Care & Rockwood Psychological Services.
- Marshall, L. E., & Marshall, W. L. (2010). The factorial structure of The Sexual Addiction Screening Test (SAST) in sexual offenders and socio-economically matched community non-offenders. *Sexual Addiction and Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 17, 210-218.
- Marshall, L. E., & Marshall, W. L. (2011). Empathy and anti-social behaviour. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22, 742-759.
- Marshall, W. L. & Marshall, L. E. (2000). The origins of sexual offending. *Trauma, Violence, & Abuse: A Review Journal*, 1, 250-263.
- Marshall, W. L. (2009). Manualization: A blessing or a curse? *Sexual Aggression*, 15, 109-120.
- Marshall, W. L., & Burton, D. (2010). The importance of therapeutic processes in offender treatment. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, 15, 141-149.
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2010). Attachment and intimacy in sexual offenders: An update. *Sexual and Marital Therapy*, 25, 86-90.

- Marshall, W. L., Booth, B., Bradford, J. M. W., & Marshall, L. E. (2009). Management of mentally disordered sexual offenders. *World Psychiatry*, 8, 70.
- Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., & Marshall, L. E., & Serran, G. A. (Eds.). (2006). *Sexual offender treatment: Controversial issues*. Chichester, UK: John Wiley & Sons. (Translated in 2010, into Japanese by K. Kobayaski, A. Satomi, M. Tani, A. Ohmori, E. Saito, I. Kadamoto, & A. Nishida.)
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., & Ware, J. (2009). Cognitive distortions in sexual offenders: Should they all be treatment targets? *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*, 2, 70-78.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & Fernandez, Y. M. (2006). *Treating sexual offenders: An integrated approach*. New York: Routledge. (Translated in 2010, into Korean by Kevin Kim & Won Young Song).
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & O'Brien, M. D. (2011). *The rehabilitation of sexual offenders: Strengths-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Marshall, W. L., Thornton, D., Marshall, L. E., Fernandez, Y. M., & Mann, R. (2001). Treatment of sexual offenders who are in categorical denial. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 57-67.
- Marshall, W.L. (1994). Poverty of bonding and deficiencies in intimate relationships in the sexually aggressive. *Criminologie*, 27 (2), 55-69.
- Marshall, W.L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: influence on indices of change. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 2, 109-116.
- Marshall, W.L. Fernandez, Y.M., Marshall, L. E., & Serran, G. A. (2005). *Sexual offender treatment: controversial issues*. Wiley.
- Marshall, W.L. Marshall, L.E Serran G.A. & O'Brien M.D. (2009). Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: their integration and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15, 2 & 3, 217-234.
- Marshall, W.L., & Marshall, L.E. (2007). The utility of the random controlled trial for evaluating sexual offender treatment: The gold standard or an inappropriate strategy? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 175-191.
- Marshall, W.L., Bryce, P., Hudson, S.M., Ward, T., & Moth, B. (1996). The enhancement of intimacy and the reduction of loneliness among child molesters. *Journal of Family Violence*. 11, 3, 219-235.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Fernandez, Y. M., Malcolm, P.B., & Moulden, H. M. (2008). The Rockwood preparatory program for sexual offenders: Description and preliminary appraisal. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20, 1, 25-42.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A., & Fernandez, Y.M. (2006). *Treating sexual offenders: an integrated approach*. New York: Routledge.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A., & O'Brien, M.D. (2009). Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders:

- Their integration and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15, 217-234.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Srran, G. A., & O'Brien, M. D. (2008). Sexual offender treatment: a positive approach. *Psychiatric Clinic of North America*, 13, 4, 681-695.
- Martin, K., & Stermac, L. (2010). Measuring hope: is hope related to criminal behaviour in offenders? *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 54, 5, 693-705.
- Maurutto, P., & Hannah-Moffat, K. (2005). Assembling risk and the restructuring of penal control. *The British Journal of Criminology*, 46, 3, 438-454.
- McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2009). Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey. Brandon, VT: The Safer Society Press.
- McGrath, R. J., Cumming, G. F., Hoke, S. E., & Bonn-Miler, M. O. (2007). Outcomes in a community sex offender treatment program: a comparison between polygraphed and matched non-polygraphed offenders. *Sex Abuse*, 19, 381-393.
- McGrath, R. L. & Cumming, G.F. (2003). Sex offender treatment needs and progress scale manual. Silver Springs, MD: Center for Sex Offender Management, U.S. Department of Justice.
- McGrath, R. L. Hoke, S., & Vojtisek, J. (1998). Cognitive-behavioral treatment of sex offenders: a treatment comparison and long-term follow-up study. *Crim Justice Behav*, 25, 203-225.
- McGrath, R., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American survey. Brandon, Vermont: Safer Society Press.
- McGuire, J. (2000). What works in reducing criminality. Australian Institute of Criminology, Conference Reducing Criminality.
- Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn. En systematisk litteraturöversikt. [Medical and psychological methods for preventing sexual offences against children. A systematic review.] (2011). Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), [www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Sexuella-overgrepp-mot-barn/](http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Sexuella-overgrepp-mot-barn/)
- Murphy, W.D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds). *The Handbook of Sexual Assault: Issues, theories and treatment of the offender*. New York: Plenum.
- Nagayama Hall, G. C. (1995). Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. *J Consult Clin Psychol*, 63, 802-809.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people. 158. NICE.<http://guidance.nice.org.uk/CG158>

- Nee, C., & Ward, T. (2015). Expertise and offending: themes for future research. *Aggression and Violent Behavior, 20*, 92-93.
- Nee, C., & Ward, T. (2015). Review of expertise and its general implications for correctional psychology and criminology. *Aggression and Violent behavior, 20*, 1-9.
- Norcross, J.C., Hogan, T.P., and Koocher, G.P. (2008). Evidence-Based Practice in psychology. *The Register Report, 34*, 10-15.
- Ó Ciardha, C., Gannon, T. A. & Ward, T. (in press). The cognitive distortions of child sexual abusers: evaluating key theories. In T. Ward & A. Beech (Eds.) *Theories of sex offending*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- O'Halloran D. M., O' Reilly, G., Travers, O., Quinn, P., Stack, J., Cartin, M., Finnegan, E., & Ewart-Boyle, S. (2014). Exploring client and therapist experiences of sexual offender intervention: developing a model of "significant events". *Sex Abuse, 0*: 1079063214535815v1-1079063214535815
- Ohio Department of Correction (2007). Best practices tool-kit: Sex offender assessment and treatment. Institute for Excellence in Justice.
- Ortmann, J. (1980). The treatment of sexual offenders. Castration and antihormone therapy. *International Journal of Law and Psychiatry, 3*, 443-451.
- Paras, M. L., Murad, M.H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., et al. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA, 302*, 550-561.
- Pedneault, A., & Beauregard, E. (2014). Routine activities and time use: a latent profile approach to sexual offenders' lifestyles. *Sex Abuse, 26*, 34-57.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev, 29*, 328-328.
- Perkins, D., Hammond, S., Coles, D., & Bishopp, D. (1998). Review of sex offender treatment programmes. Department of psychology Broadmoor Hospital, Prepared for the High Security Psychiatric Services Commissioning Board (HSPSCB) November 1998-30.
- Polizzi, D. M., MacKenzie, D. L., & Hickman, L. J. (1999). What works in adult sex offender treatment? A review of prison- and non-prison-based treatment programs. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 43*, 357-374.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy and Psychosomatics, 38*, 4, 443-448.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*, 38-48.
- Procter, E. (1996). A five year outcome evaluation of a community-based treatment programme for convicted sexual offenders run by the probation service. *J Sex Aggression, 2*, 3-16.

- Purvis, M., Ward, T, & Willis, G. (2015). Applying the Good Lives Model of offender rehabilitation to sex offenders. In M. Carich & S. Mussack (Eds.), *The Safer Society Handbook of Adult Sexual Offense Assessment and Treatment*. Safer Society Press.
- Review: insufficient evidence on the effectiveness of interventions to prevent child sexual abuse in individuals at risk of abusing. (2014). *Evid Based Mental Health*, 17, 1, 24.
- Rich, P. (2003). *Understanding, assessing, and rehabilitating juvenile sexual offenders*. John Riley & Sons: Hoboken, New Jersey.
- Rockwood Psychological Services: Rockwood (2015). Kingston, Ontario, Canada, rockwoodpsyc.com/
- Sagtani, R. A., Bhattarai, S., Adhikari, B. R., Baral, D., Yadav, D. K., Pokharel, P. K. (2013). Violence, HIV risk behaviour and depression among female sex workers of eastern Nepal. *BMJ open*, 3, 6, pii: e002763. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002763.
- Samuels Jr, C. E. (2013). *Sex offender programs. The Program Statement*. U.S. Department of Justice. Federal Bureau of Prisons.
- Sarver, C. M., Molloy, J. K. & Butters, R. P. *Utah cost of crime sex offender treatment (Adults): Technical Report (2012)*. Utah Criminal Justice Center, The University of Utah. 1-17.
- Schmucker, M., & Losel, F. (2008). Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicotherma*, 20, 10-19.
- Schwartz, B.K. (1995). Introduction to the integrative approach. In Schwartz, B.K. and Cellini, H.R. (Eds.), *The sex offender: corrections, treatment, and legal practice*. (1995). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Seidman, B.T., Marshall, W.L., Hudson, S.M., & Robertson, P.J. (1994). An examination of intimacy and loneliness in sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 9 (4), 518-534.
- Serin, R.C. (2005). *Evidence-based practice: Principles for enhancing correctional results in prisons*. National Institute of Corrections.
- Serran, G. A., & Marshall, W. L. (2010). Therapeutic process in the treatment of sexual offenders: A review article. *British Journal of Forensic Practice*, 12, 4-16.
- Seto, M. C., Kjellgren, C., Priebe, G., Mossige, S., Svedin, C. G., Långström, N. (2010). Sexual victimization and sexually coercive behavior: a population study of Swedish and Norwegian male youth. *Child Maltreat*, 15, 219-228.
- Shingler, J. (2004). A process of crossfertilization: What sex offender treatment can learn from dialectical behaviour therapy. *Journal of Sexual Aggression*, 10, 171-180.
- Simons, D. A., McCullar, B., & Tyler, C. (2006, September). Evaluation of the Good Lives Model approach to treatment planning. Paper presented at the 25th Annual Association for the Treatment of Sexual Abusers Research and Treatment Conference, Chicago, Illinois.



- Smallbone, S., Marshall, W. L., & Wortley, R. (2008). Preventing child sexual abuse: Evidence, policy and practice. Cullompton, Devon, UK: Willan Publishing.
- Stirpe, T., Wilson, R.J., & Long, C. (2001). Goal attainment scaling with sexual offenders: a measure of clinical impact at post treatment and at community follow-up. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 65-77.
- Struckman-Johnson, C., & Struckman-Johnson, D. (2006). A comparison of sexual coercion experiences reported by men and women in prison. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 12, 1591-1615.
- Sturup, G. K. (1971). Treatment of the sex offender. castration: the total treatment. *International Journal of Clinical Psychiatry*, 8, 175-96.
- Tewksbury, R., & Levenson, J. (2007). When evidence is ignored: residential restrictions for sex offenders. *Corrections Today*, 69, 6, 54-57.
- Thornton, D., & Laws, R. (2009). Cognitive approaches to the assessment of sexual interest in sexual offenders. Wiley.
- Tony, W. (2009). The Extended Mind Theory of cognitive distortions in sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 15, 3, 247-259.
- United Nation Organization (UNO). (2014). Report of rape in six countries [http://www.bbc.co.uk/persian/blogs/2014/03/140322\\_144\\_nazeran\\_rape\\_culture.shtml](http://www.bbc.co.uk/persian/blogs/2014/03/140322_144_nazeran_rape_culture.shtml)
- United States General Accounting Office. (1996). Sex offender treatment: Research results inconclusive about what works to reduce recidivism. Report to the Chairman, Subcommittee on Crime, Committee on the Judiciary, House of Representatives. Washington, DC: Author.
- Vess, J. (2008). Sex offender risk assessment: Consideration of human rights in community protection legislation. *Legal and Criminological Psychology*, 13, 2, 245-256.
- Wakefield, J. C. (2011). DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: tensions between diagnostic validity and forensic utility. See comment in PubMed Commons below *Int J Law Psychiatry*, 34, 3, 195-209.
- Ward, T. & Beech, A. (2015). Dynamic risk factors: Atheoretical dead-end?. *Psychology, Crime & Law*, 21, 100-113.
- Ward, T. & Beech, A. (in press). Introduction. In T. Ward & A. Beech (Eds.) *Theories of sex offending*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Ward, T. & Beech, A. (in press). Looking to the future: Risk and explanation. In T. Ward, T. & Beech, A. *Theories of sex offending*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Ward, T. & Beech, A. (in press). The integrated theory of sexual offending. In T. Ward, T. & Beech, A. (in press). *The explanation of sexual offending*. B. Francis & T. Sanders (Eds.), *The Oxford Handbook on Sex Offences and Sex Offenders: Confronting and challenging the issues*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ward, T. & Birgden, A. The rights of clients of risk assessment. In L. Craig & M. Rettenberger (Eds). *The assessment of sex offenders*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

- Ward, T. & Langlands, R. (2009). Repairing the rupture: restorative justice and the rehabilitation of offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 3, 205-214.
- Ward, T. & Maruna, SH. (2007). *Rehabilitation*. Routledge.
- Ward, T. & Willis, G. (in press). Dynamic Risk Factors and Offender Rehabilitation: A Comparison of The Good Lives Model and The Risk-Need Responsivity Model In D. R. Laws & W, O'Donohue, (Eds.), *Treatment of sex offenders: Strengths and weaknesses in assessment and intervention*. Springer.
- Ward, T. (2015). The detection of dynamic risk factors and correctional factors. *Criminology & Public Policy*, 14, 105-111.
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63.
- Ward, T., & Gannon, T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The Good Lives Model of rehabilitation for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77-94.
- Ward, T., & Hudson, S. M. (2000). A self-regulation model of relapse prevention. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp. 79-101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ward, T., & Hudson, S.M. (1998). The construction and development of theory in the sexual offending area: a metatheoretical framework. *Sexual Abuse*, 10, 47-64.
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353-360.
- Ward, T., Gannon, T, & Fortune, C. (2015). Restorative Justice informed moral acquaintance: Resolving the dual relationship problem in forensic and correctional psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 42, 45-57.
- Ward, T., Hudson, S.M., & Marshall, W.L. (1996). Attachment style in sex offenders: A preliminary study. *The Journal of Sex Research*. 33, 1, 17-26.
- Ward, T., Hudson, S.M., Johnson, L., & Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: an integrative view. *Clinical Psychology Review*, 17, 479-507.
- Ward, T., Hudson, S.M., Marshall, W.L., & Siegert, R. (1995). Attachment style and intimacy deficits in sexual offenders: A theoretical framework. *Sexual Abuse*, 7, 4, 317-335.
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 87-107.
- Ward, T., McCormack, J., & Hudson, S.M. (1997). Sexual offenders' perceptions of their intimate relationships. *Sexual Abuse*. 9, 1, 57-74.
- Watson, R., Daffern, M., & Thomas, T. (2015). The impact of interpersonal style and interpersonal complementarity on the therapeutic alliance

- between therapists and offenders in sex offender treatment. *Sex Abuse*, 0: 1079063215580969v1-1079063215580969.
- White, P., Bradley, C., Ferriter, M., & Hatzipetrou, L. (2000). Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD000251.
- Williams, D. J. (2004). Sexual offenders' perceptions of correctional therapy: what can be learned? *Sexual Addiction and Compulsivity*, 11, 145-162.
- Williams, T. H. (2008). What works? Evidence-based practices in parole and probation. *Interviews with Policy Makers*.
- Willis, G. M., Ward, T., & Levenson, J. S. (2014). The Good Lives Model (GLM): an evaluation of GLM operationalization in North American treatment programs. *Sex Abuse*, 26, 58-81.
- Willis, G. M., Yates, P. M., Gannon, T. A., & Ward, T. (2013). How to integrate the Good Lives Model into treatment programs for sexual offending: an introduction and overview. *Sex Abuse*, 25, 2, 123-142
- Woodworth, M., Freimuth, T., Hutton, E. L., Carpenter, T., Agar, A. D., & Logan, M. (2013). High-risk sexual offenders: an examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics. *Int J Law Psychiatry*, 36, 2, 144-156.
- Worling, J. R. (2012). Assessment and treatment of adolescents who sexually offend: clinical issues and implications for secure settings. *Criminal Justice and Behavior*, 39, 814-841.
- Worling, J. R., Litteljohn, A., Bookalam, D. (2010). 20-year prospective follow-up study of specialized treatment for adolescents who offended sexually. *Behav Sci Law*, 28, 1, 46-57.
- Wormith, L. S., Althouse, R., Simpson, M., Reitzel, L. R., Fagan, T. L., Morgan, R. D. (2007). The rehabilitation and reintegration of offenders: the current landscape and some future directions for correctional psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 879-892.
- Yalom, I.D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yates, E., Barbaree, H. E. & Marshall W. L. (1984). Anger and deviant sexual arousal. *Behaviour Therapy*, 15, 287-294.
- Yates, H. M. (2005). A review of assessment and treatment of sex offenders. Pennsylvania Department of Corrections Office of Planning, Research, Statistics, and Grants.
- Yates, P. M. & Ward, T. (2008). Good lives, self-regulation, and risk management: an integrated model of sexual offender assessment and treatment. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*, 1, 1, 3-20.

منابعی برای مطالعه بیشتر

- Abel, G. G. & Blanchard, E. B. (1974). The role of fantasy in the treatment of sexual deviation. *Archives of General Psychiatry*, 4, 467-75.
- Badger, D.G. (1998). Researching the effectiveness of a small scale experimental project for sex offenders. In J. Cheetham and M.A.F. Kazi (Eds.) *The Working of Social Work*. London: Jessica Kingsley.
- Badgley, R. (1984). *Sexual offences against children*. Canadian Government Publishing Center: Ottawa.
- Baker, A. and Duncan, S.I. (1985). Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse and Neglect*, 9, 457-467.
- Barbaree, H.E. and Marshall, W.L. (1988). Deviant sexual arousal, offense history and demographic variables as predictors of reoffense among child molesters. *Behavioural Sciences and the Law*, 6, 267-280.
- Beckett, R., Beech, A., Fisher, D., & Scott Fordham, A. (1994). *Community based treatment for sex offenders: An evaluation of seven treatment programmes*. London: Home Office Publications Unit.
- Beech, A., Fisher, D., Beckett, R., & Scott-Fordham, A. (1998). *An evaluation of the prison sex offender treatment programme*. Home Office Research, Development and Statistics Directorate. Research Findings No. 79.
- Beutler, L.E., Hinton, R.M., Crago, M. and Collier, S. (1995). Evaluation of fixed propensities to commit sexual offenses: A preliminary report. *Criminal Justice and Behaviour*, 22, 284-294.
- Bourke, M. L. & Donohue, B. (1996). Assessment and treatment of juvenile sex offenders: An empirical review. *Journal of Child Sex Abuse*, 5, 1, 47-70.
- Bradford, J.M.W. (1990). The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. In W.L. Marshall, D.R. Laws and H.E. Barbaree (Eds) *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York: Plenum Press.
- British Psychological Society. (1994). Guidelines for PPG usage. *Forensic Update*. Issue 38.
- Brown, C.M., Traverso, G., & Fedoroff, J.P. (Aug 1996). Masturbation prohibition in sex offenders: A crossover study. *Archives of Sexual Behaviour*, 25, 397-408.
- Burgess, A.W., Hartman, C., Ressler, R.K., Douglas J.E. and McCormack, A. (1986) Sexual homicide: A motivational model. *Journal of Interpersonal Violence*, 1(3), 251-272.
- Carlson T.M. & Noseworthy W.J. (1988). *Perspectives on correction*. Vol 3. Toronto: John Howard Society of Newfoundland.
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Christiansen L. & Mendoza, J.L. (1986). A method of addressing change in a single subject: An alteration of the RC index. *Behaviour Therapy*, 17, 305-308.

- Coleman E., Cesnik J., Moore A. & Dwyer S.M. (1992). An exploratory study of the role of psychotropic medications in the treatment of sex offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*. 18, 75-88.
- Cook, D.A., Fox, C.A., Weaver, C.M., & Rooth, F.G. (1991). The Berkeley Group: Ten years' experience of a group for non-violent sex offenders. *British Journal of Psychiatry*. 158, 238-243.
- Cowburn, M. (1990). Work with male sex offenders in groups. *Groupwork*. 3, 157-171.
- Darnell S.W. (1989). No more victims: alternative treatment methods for the incarcerated sex offender. *The Prison Journal*. 2, 68-69.
- Davies A. (1990). The use of DNA profiling and behavioural science in the investigation of sexual offences. *Medicine, Science and the Law* 31, 95-101.
- Dominelli L. (1991). *Gender, sex offenders and probation practice*. London: Novata Press.
- Doren, D.M. (1998). Predicting recidivism: Moving towards and actuarial Process. Paper presented at The Association for the Treatment of Sexual Abusers Conference, Vancouver, Canada.
- Doren, D.M. (1998). Recidivism base rates, predictions of sex offender recidivism, and the "Sexual Predator" commitment laws. *Behavioural Sciences and the Law*. 16, 97-114.
- Dozois, J. (1994). Adolescent sexual aggressors: an evaluative study; adolescent et agresseur sexuel. *Criminologie*. 27, 71-85.
- Emory, L. E., Cole, C. M. & Meyer, W. J. (1992). The Texas experience with DepoProvera 1980-1990. *Journal of Offender Rehabilitation*. 18, 125-137.
- Erooga, M., Clark, P. & Bentley, M. (1990). Protection; control; treatment: groupwork with child sexual abuse perpetrators, *Groupwork*, 3, 172-190.
- Fedoroff, J. P., Wisner-Carlson, R., Dean, S. & Berlin, F. S. (1992). Medroxy-progesterone acetate in the treatment of paraphillic sexual disorders. *Journal of Offender Rehabilitation*. 18, 109-123.
- Finkelhor, D., Hottaling, G. T., Lewis, I. A. & Smith C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 19-28.
- Fisher D. (1998). The assessment of sex offenders who target children. PhD. Thesis. University of Birmingham.
- Fisher, D. & Thornton, D. (1993). Assessing risk of re-offending in sexual offenders. *Journal of Mental Health*, 2, 105-117.
- Furby, L., Weinrott, M.R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: A review. *Psychology Bulletin*, 105, 3-30.
- Gendreau, P. (1996). Offender rehabilitation: What we know and what needs to be done. *Criminal Justice and Behaviour*, 23, 144-161.
- Gilbert, C. M. (1992). Sibling incest: a descriptive study of family dynamics *Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 5-9.

- Grand, S. (1997). On the gendering of traumatic dissociation: A case of mother-son incest. *Gender Psychoanalysis*, 2, 55-77.
- Grubin D., Kelly, P., & Ayis, S. (1997). Linking serious sexual sssaults. Report for the Police Research Group: Home Office.
- Grubin, D. (1997). Inferring predictors of risk: Sex offenders. *International Review of Psychiatry*, 9, 225- 231.
- Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-Analysis of Recent Treatment Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63, 802-809.
- Hanson R.K. & Harris A. (1998). Dynamic predictors of sexual recidivism. Report of the Research Department of the Solicitor General Canada.
- Hanson, R.K., & Bussiere, M.T. (1998). Predictors of sexual offender recidivism: A meta-analysis. Ministry of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R.K., Cox, B.J., & Woszcznya, C. (1991). Assessing treatment outcome for sex offenders. *Annals of Sexual Research*, 4 (3-4), 177-208.
- Hanson, R.K., Steffy, R.A., & Gauthier, R. (1993). Long-term recidivism of child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61 (4), 646-652.
- Hare, R. (1980). A scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*. 1, 111-119.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Holmes R.M. (1991). *Sex crimes*. Beverly Hills: Sage.
- Houston J. (1998). *Making sense with offenders: personal constructs, therapy and change*. Chichester: Wiley.
- Houston J., Thomson, P. & Wragg, J. (1994). A survey of forensic psychologists' work with sex offenders in England and Wales. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 4, 118-129.
- Ingersoll S.L. & Patton S.O. (1990). *Treating perpetrators of sexual abuse*. New York: Lexington Books.
- Janus, E.S. and Meehl, P.E. (1997). Assessing the legal standard for predictions of dangerousness in sex offender commitment proceedings. *Psychology, Public Policy and Law*. 3, 33-64.
- Johnson, P., Hudson, S.M., & Marshal, W.L. (1992). The effects of masturbatory reconditioning. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 559-561.
- Kauffman; J. P. (1988). Breaking the cycle of child sexual abuse. *Journal-of-the-American-Academy-of-Physician-Assistants* 1, 136-140.
- Kiersch, T.A. (1990). Treatment of sex offenders with Depo-Provera. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*. 18, 179-187.
- Kilmann, P.R., Sabalis, R.F., & Gearing, M.L. et al (1982). The treatment of sexual paraphilias: A review of the outcome research. *Journal of Sex Research*. 18 (3), 193-252.

- Klerman, G.L. (1990). The psychiatric patient's right to effective treatment: Implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. *Journal of Psychiatry*, 147, 409-418.
- Knight, R.A., & Prentky, R.A. (1990). Classifying sexual offenders: the development and corroboration of taxonomic models. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree, (Eds). *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offenders*. New York: Plenum Press.
- Lanyon, R.I. (1991). Theories of sex offending. In C.R. Hollin & K. Howells, (Eds). *Clinical approaches to sex offenders and their victims*. London: John Wiley & Son.
- Lanyon, R.I. (1991). Theory and treatment in child molestation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 14, 176-182.
- Lawless, J. (1987). Negative binomial and mixed Poisson regression. *Canadian Journal of Statistics*, 15, 209-225.
- Laws, D. R. & Marshall W. L. (1991). Masturbatory reconditioning with sexual deviates: An evaluation review. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 13-25.
- Laws, D. R. (1989). *Relapse Prevention with Sex Offenders*. New York: Guilford Press.
- Lloyd, C. (1987). Working with the female offender: a case study... assessment and treatment of a female incest offender. *British Journal of Occupational Therapy*, 50, 44-6.
- Lockhart L.L., Saunders B.E. and Cleveland P. (1989). Adult male sexual offenders: An overview of treatment techniques. In *Treatment of Sex Offenders in Social Work and Mental Health Settings*. New York: Haworth Press.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Trocme, N., Boyle, M. H., Wong, M., Racine, Y. A., Beardslee, W. R. & Offord, D. R. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: Results from the Ontario Health Supplement. *Journal of the American medical Association*, 278, 131-135.
- Malamuth, N.M. and Brown, L.M. (1994). Sexually aggressive men's perceptions of women's communications: testing three explanations. *Personality and Social Psychology*, 67, 699-712.
- Maletzky, B.M. (1991) *Treating the sexual offender*. London: Sage.
- Maletzky, B.M. (1993). Factors associated with success and failure in behavioural and cognitive treatment of sexual offenders. *Annals of Sex Research*, 6, 241-258.
- Maletzky, B.M. (1998). Treatment outcome, technique efficacy, and assessment of risk: a five to twenty-fiveyear follow-up of 7,500 sexual offenders. Paper presented at The Association for the Treatment of Sexual Abusers Conference, Vancouver.
- Maletzky; B. M. (1980). Self-referred versus court-referred sexually deviant patients: Success with assisted covert sensitization. *Behaviour Therapy*, 11, 306-314.

- Marques, J. K. (1988). The sex offender treatment and evaluation project: California's new outcome study. *Annals of the New York Academy of Science*, 528, 235-243.
- Marques, J., Nelson, C., West, M.A., Day D.M. (1994). The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters. *Behaviour Research and Therapy*. 32, 577-588.
- Marques, J.K., Day, D.M., Nelson, C., & West, M.A. (1994). Effects of cognitive-behaviour treatment on sex offender recidivism: preliminary results of a longitudinal study. *Criminal Justice and Behaviour*, 21, 28-54.
- Marshall W. L. (1979). Satiation therapy: a procedure for reducing deviant sexual arousal. *Journal of Applied Behavioural Analysis*, 12, 377-89.
- Marshall W.L. & Eccles A. (1991). Issues in clinical practice with sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*. 6, 69-93.
- Marshall W.L. & Eccles A. (1998). The value of community treatment programs for released sex offenders. *Forum*, 3(4), 1-8.
- Marshall W.L. and Barrett S. (1990). *Criminal neglect: Why sex offenders go free*. Toronto: Doubleday.
- Marshall, W.L. (1994). Treatment effects of denial and minimisation in incarcerated sex offenders. *Behaviour, Research and Therapy*, 32, 559-564.
- Marshall, W.L. (1996). Assessment, treatment and theorising about sex offenders: developments during the past twenty years and future directions. *Criminal Justice and Behaviour*, 23, 162-199.
- Marshall, W.L., & Hudson, S.M. (1993). *The juvenile sex offender*. New York: Guildford press.
- Marshall, W.L., & Pithers, W.D. (1994). A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and Behaviour*. 21, 10-27.
- Marshall, W.L., Laws, D.R. & Barbaree, H.E. (1990). *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*, New York: Plenum.
- Matek, O. (1986). The use of fantasy training as a therapeutic process in working with sexual offenders. Special issue: social work practice in sexual problems. *Journal of Social Work & Human Sexuality*, 4, 109-123.
- Mazure, T., & Michael (1992). Outpatient treatment for adolescents with sexually inappropriate behaviour. *Journal of Offender Rehabilitation*, 18, 191-203.
- McConaghy, N. (1995) Are sex offenders ever cured? Treatment options are limited by a lack of scientific evidence. *The Medical Journal of Australia*. 162, 397.
- McConaghy, N., Blaszczyński, A. & Kidson, W. (1988). Treatment of sex offenders with imaginal desensitization and/or medroxyprogesterone. *Acta Pstchiatrica Scandanavica*, 77, 199-206.
- McFall, R.M. (1991). Manifesto for a science of clinical psychology. *The Clinical Psychologist*, 44, 75-88.



- McGrath, R.J. (1991). Sex-offender risk assessment and disposition planning: a review of empirical and clinical findings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35, 329-350.
- Meyer, W.J. Depo provera treatment for sex offending behaviour: An evaluation of outcome.
- Morrison, T., Erooga, M. & Beckett, R.C. (1990). Sexual offending against children: Assessment and treatment of male abusers. London: Routledge.
- Nicholaichuk, T.P. (1998). Process and outcome evaluations of Canadian sex offender treatment programmes. Paper presented at The Association for the Treatment of Sexual Abusers Conference, Vancouver.
- O'Donohue, W., & Letourneau, E. (1993). A brief group treatment for the modification of denial in child sexual abusers: Outcome and follow-up. *Child Abuse and Neglect*, 17, 299-304.
- Ogles B.M. and Lunnen K.M. (1996). Assessing outcome in practice. *Journal of Mental Health*. 5(1), 35-46.
- Pearson, H. (1990). Paraphilias, impulse control and serotonin. *Journal of Clinical Pharmacology*, 10, 133-134.
- Perkins, D. E. (1991). Psychological treatment programme for sex offenders. In B. McGurk, D. Thornton & M. Williams (Eds). *Applying Psychology to Imprisonment*. London: HMSO.
- Perkins, D.E. (1993). Psychological perspectives on working with sex offenders. In J.M. Ussher & C.D. Baker (Eds). *Psychological perspectives on sexual problems*. London: Routledge.
- Perkins, D.E., Hilton, M. & Lucas M. (1990). A study of serial offenders in special hospital and prison settings. Report of the Home Office Science and Technology Group.
- Pfafflin F. (1992). What is in a symptom: a conservative approach in the therapy of sex offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*. 18, 191-203.
- Pithers, W. D., Kashima, K. M., Cumming, G. F., Beal, L. S. & Buell, M. M. (1988). Relapse prevention of sexual aggression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 244-260.
- Pithers, W.D. (1993) Consideration in treatment of rapists. In G. Hall, J. Hirschman, R. Graham and M. Zaragoza (Eds.) *Sexual Aggression: Issues in etiology, assessment and treatment*. Washington, D.C.: Taylor and Francis.
- Pithers, W.D. (1994). Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders' empathy for sexual abuse survivors. *Behavioural Research Therapy*, 32, 365-570.
- Polaschek, D.L.L., Ward, T., & Hudson, S.M. (1997). Rape and rapists: theory and treatment. *Clinical Psychology Review*, 17 (2), 117-144.
- Prentky, R.A., Lee, A.F., Knight, R.A., & Cerce, D. (1997). Recidivism rates among child molesters and rapists: A methodological analysis. *Law and Human Behaviour*, 21, 635-659.

- Proctor, E., & Flaxinton, F. (1996). Community based interventions with sex offenders organized by the probation service: a survey of current practice. Association of Chief Officers of Probation.
- Quinsey, V.L., Khanna, A. & Malcolm, B. (1998). A retrospective evaluation of the Regional Treatment Centre Sex Offender Treatment Program.
- Quinsey, V.L., Rice, M.E., & Harris, G.T. (1995). Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 85-105.
- Quinsey; V. L., Chaplin T. C. & Carrigan W. F. (1980). Biofeedback and signaled punishment in the modification of inappropriate sexual age preferences. *Behaviour Therapy*, 11 567-576.
- Resnick P.A. and Markaway B.E.G. (1991). Clinical treatment of adult female victims of sexual assault. In C.R. Hollin and K. Howells (Eds.) *Clinical approaches to sex offenders and their victims* Chichester: Wiley.
- Rice M.E. & Harris G.T. (1997). Cross validation and extension of the violence risk appraisal guide for child molesters and rapists. *Law and Human Behaviour*, 21, 231-241.
- Rice M.E., Harris, G.T. and Quinsey, V.L. (1990). A follow-up of rapists assessed in a maximum security psychiatric facility. *The Journal of Interpersonal Violence*, 5, 435-448.
- Rice M.E., Quinsey V.L. and Harris G.T. (1991). Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 381-386.
- Risley, T.R. (1970). Behaviour modification: An experimental-therapeutic endeavour. In L.A. Hamerlynck, P.O. Davidson and L.E. Acker (Eds.) *Behaviour Modification and Ideal Mental Health Services*. Calgary: University of Calgary Press.
- Russell, D. (1984). *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Salter, A.C. (1988). *Treating child sex offenders and their victims: a practical guide*. London: Sage.
- Sampson A. (1994). *Acts of abuse: sex offenders and the criminal justice system*. London: Routledge.
- Schwartz, I. L. (1991). Sexual violence against women: prevalence; consequences; societal factors; and prevention. *American Journal of Preventative medicine*, 7, 6, 363-373.
- Solicitor General of Canada (1990). *The management and treatment of sex offenders. Report of the working group, sex offender treatment review*.
- Soothill K. L. and Gibbens T. C. N. (1978). Recidivism of sexual offenders: a re-appraisal. *British Journal of Criminology*, 18, 267-276.
- Soothill, K. L. (1976). Rape: a twenty-two year cohort study. *Medicine, Science and the Law*, 16, 21-34.
- Stava, L. (1984). The use of hypnotic uncovering techniques in the treatment of pedophilia: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 350-355.

- Sturup, G. K. (1968). Treatment of sexual offenders in Herstedvester Denmark: The rapists. *Acta Psychiatrica Scandinavia Supplement*, 204 5-62.
- Suen, H.K. (1990). *Principles of test theories*. New Jersey: Erlbaum.
- Thornton, D., & Hogue, T.E. (1993). The provision of programmes for imprisoned sex offenders: issues, dilemmas and progress. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 3, 371-380.
- Vaughn M.S. & Sapp A.D. (1989). Less than utopian: sex offender treatment in a milieu of power struggles, status positioning and inmate manipulation in state correctional institutions. *The Prison Journal*, 68, 110-124.
- Waterhouse, L., Dobash, R.P. and Carnie J. (1994). Child sexual abuse. Report of the Scottish Office Central Research Unit.
- White, P., Brasley, C., Ferriter, M. and Hatzipetrou, L. (1998). Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sex offenders. Report for the High Security Psychiatric Services Commission Board.
- Wiederholt, I. (1992). The psychodynamics of sex offenses and implications for treatment. *Journal of Offender Rehabilitation*, 18, 19-24.
- Wodarski, J. S. & Whitaker D. L. (1989). Issues in treating sex offenders in the community. In *treatment of sex offenders in social work and mental health settings*. New York: Hawarth Press.
- Wold, S. (1998). A model of sexual aggression/addiction. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 1, 1.
- Worling, J . R. (1995). Adolescent sibling-incest offenders: Differences in family and individual functioning when compared to adolescent non-sibling sex offenders. *Child Abuse and Neglect*, 19, 633-643.

# Application of Rockwood Psychological Services Program in the Treatment of Sexual Offenders

---



by:

**Dr. Mahboubeh Dadfar**  
Clinical psychologist  
International Campus,  
Iran University of Medical Sciences

**Dr. Mohammad Kazem Atef Vahid**  
Clinical psychologist  
School of Behavioral Sciences and Mental Health  
Iran University of Medical Sciences-Tehran Institute of Psychiatry