

اثربخشی روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران معتاد در شهر یاسوج

سمانه عباسی، علیرضا مارد پور*

گروه روان‌شناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۷/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: در ایران، طی ۲۰ سال گذشته، میزان رشد سوء مصرف مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است. برای مقابله با این معضل، رویکردهای روان‌درمانی در سال‌های اخیر به تدریج گسترش یافته و یک موضوع مهم در ترک اعتیاد، علت اقدام به ترک اعتیاد است. هدف از پژوهش حاضر تعیین و بررسی اثربخشی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران معتاد اقدام به ترک در شهر یاسوج بود.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی، جامعه آماری دربرگیرنده تمامی معتادان در حال ترک بودند که در سال ۱۳۹۷ به مراکز ترک اعتیاد شهر یاسوج مراجعه کرده بودند. نمونه‌ها شامل ۳۰ نفر بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس روش درمانی حساسیت‌زدایی بر روی گروه آزمایش به مدت ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک بار در هفته اجرا شد و بر روی گروه گواه هیچ‌گونه عمل آزمایشی صورت نگرفت. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان گرانفسکی بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری مانکوا، آنکوا و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل کواریانس چندمتغیره برای احساس تنهایی ($F=14/42$) نشان داد بین بیماران گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p=0/001$). با توجه به نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در این دو متغیر مشخص شد، روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد موجب تنظیم شناختی هیجان در بیماران معتاد اقدام به ترک گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است.

نتیجه‌گیری: حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر تنظیم شناختی هیجان، در بیماران معتاد اقدام به ترک در شهر یاسوج مؤثر بود، لذا روان‌شناسان می‌توانند با آموزش این روش درمانی کوتاه مدت و اجرای آن بر بیماران معتاد اقدام به ترک، نقش اساسی در افزایش سازگاری این افراد، داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: حساسیت‌زدایی، حرکات چشم، تنظیم شناختی هیجان.

* نویسنده مسئول: علیرضا مارد پور، یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج، گروه روان‌شناسی

Email: ali.mared@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، نوعی بیماری روانی است که با اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری توأم است (۱).

بر پایه برآوردهای جهانی، حدود ۲۵۰-۱۵۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۸ دست کم یکبار مواد غیرقانونی را مصرف کرده‌اند که از این تعداد حدود ۱۴۷ میلیون نفر مصرف‌کننده حشیش، ۲۳ میلیون نفر مصرف‌کننده آمفتامین‌ها، ۷ میلیون نفر مصرف‌کننده اکتسی، ۱۲ میلیون نفر مصرف‌کننده کوکائین، ۱۳ میلیون نفر نیز مصرف‌کننده مواد افیونی هستند. بیشترین رکورد مصرف در سال ۲۰۰۰ مربوط به آمفتامین‌ها می‌باشد (۲). اگرچه تا کنون مطالعه دقیقی در ایران از میزان شیوع مصرف این داروی محرک گزارش نشده است، ولی تجربه پزشکان و مراکز ترک اعتیاد حاکی از آن است که میزان سوء مصرف مت آمفتامین، بسیار بیشتر از سوء مصرف مواد مخدری هم‌چون مشتقات تریاک می‌باشد (۳). بنابراین مصرف مواد محرک یک معضل جدید است و خدمات درمانی در این رابطه کمتر ارایه می‌شود، هم‌چون برنامه‌های متادون که در درمان اعتیاد به مواد افیونی موفق بوده است، کمتر در معتادان وابسته به محرک موفق بوده است. مت‌آمفتامین که کریستالیزه آن در کشور ما به نام «شیشه» معروف است، یکی از مواد اصلی است که مورد مصرف قرار می‌گیرد (۴).

با توجه به مشکلات فراوان مواد مخدر و اثرات مخرب آن‌هم برای خود فرد و هم‌خانواده و هم

اجتماع قابل تأمل است، از معضلات ناشی از محبوس بودن فرد در زندان می‌توان به گسترش مسئله اعتیاد به مواد که بیشتر ناشی از سازگاری پایین این افراد می‌باشد، اشاره کرد. از آنجا که پژوهش‌های فرا تحلیلی نشان داده‌اند بهترین شیوه برای مداخله با افراد وابسته به مواد مخدر شیوه‌های شناختی- رفتاری است (۵).

مطالعات نشان داده‌اند که مهارت‌های ضعیف تنظیم هیجان سطح بالایی مصرف‌الکل در دوره پس از درمان را پیش‌بینی می‌کند. در همین راستا فرا تحلیلی از ۱۱۴ مطالعه در ارتباط با آسیب‌شناسی روانی و راهبردهای تنظیم هیجان نشان داد که نشخوارگری و سرکوب هیجان با اختلالات مصرف مواد ارتباط دارند، در حالی که راهبردهای ارزیابی مجدد و پذیرش با مصرف مواد رابطه‌ای نداشتند (۶). برجعلی، اعظمی و جهان در پژوهشی نشان دادند که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منجر به کاهش هیجان خواهی در افراد وابسته به مواد مخدر می‌شود و زمینه‌ساز ترک مواد می‌باشد (۷).

تنظیم هیجان فرآیندی است که از طریق آنها افراد هیجانان خود را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند (۸). «بدتنظیمی هیجانی، یک پیش‌بین برای مصرف مواد است». هم‌سو با این نجفی، محمدفر و عبداللهی (۹) اظهار می‌کنند: «سطح پایین تنظیم هیجان که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان و مدیریت آن است در شروع اعتیاد نقش دارد».

شربیر، گرانت و اولداگ در پژوهشی که تنظیم هیجان و تکانش‌گری را در افراد وابسته به مواد مورد بررسی قرار داده بودند، به این نتیجه رسیدند که گروه دچار عدم تنظیم هیجان بالاتر، نمرات بالاتری را در دو مؤلفه تکانش‌گری شامل تکانش‌گری شناختی و اجتنابی نشان دادند (۱۰). این مطالعه بالاترین رابطه را بین عدم تنظیم هیجان و تکانش‌گری نشان می‌دهد و اشاره می‌کند که تنظیم هیجان، زمانی که افراد در معرض خطر بالای گرایش به اعتیاد قرار دارند ممکن است عامل مهمی در نظر گرفته شود. افراد در معرض خطر بالای مصرف مواد رفتارهای باثبات و تنظیم شده هیجانی اندکی نسبت به افراد در معرض خطر کمتر نشان می‌دهند (۱۱).

یکی از روش‌هایی که روی سازگاری می‌تواند تأثیرگذار باشد، حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد است که در سال‌های اخیر رایج شده است و بیشتر به عنوان درمانی برای خاطرات آسیب‌زا و پیامدهای روان شناختی آن مشهور است. این روش درمانی مدعی است که دستیابی و پردازش خاطرات آسیب‌زا را تسهیل می‌کند و آن‌ها را به یک‌راه حل سازگارانه پیوند می‌دهد که شامل؛ حساسیت‌زدایی پریشان هیجانی، صورت‌بندی مجدد شناخت‌های مرتبط و تسکین برانگیختگی فیزیولوژیکی همراه آن‌ها است (۱۲). این روش برای درمان شامل مجموعه‌ای از پروتکل‌های استاندارد شده است که از به هم پیوستن عوامل مختلفی از رویکردهای درمانی نظیر؛ مواجهه درمانی، شناخت درمانی، هیپنوتیزم و پردازش

اطلاعات تشکیل شده است (۱۳). فرآیندهای شناسایی شده در EMDR مشتمل بر؛ ذهن آگاهی، آگاهی جسمانی، تداعی آزاد، بازسازی شناختی و شرطی‌سازی است. این فرآیندها ممکن است با اثرات مثبت به دست‌آمده ناشی از EMDR تعامل داشته باشند (۱۴). این روش درمانی به‌عنوان یک رویکرد یک‌پارچه‌نگر شامل تعدادی عناصر و مواجهه کنترل شده است. افزایش توانایی مراجع برای در تماس ماندن با تصاویر آزارنده و تغییر میزان مواجهه همراه با هماهنگی شناختی، احتمالاً یکی از جنبه‌های مهم EMDR می‌باشد، به طوری که مواجهه متناوب با سطوح بالای پریشانی منحصر به این روش می‌باشد و آنچه در اینجا اتفاق می‌افتد، احساس تسلطی است که در مراجع تجربه می‌شود (۱۵). ون دن هوت و همکاران در پژوهشی به بررسی مقایسه دو روش استفاده از صدای بیب و حرکات چشم در حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد پرداختند، نتایج نشان داد که اثر استفاده از حرکات چشم بر نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه بیشتر بود (۱۶).

با توجه به مطالب فوق، حساسیت‌زدایی باحرکات چشم و پردازش مجدد یک درمان برای معتادان جنسی می‌باشد. این روش درمانی به فرد کمک می‌کند چرخه آسیب را کامل کرده و به پردازش تجربیات ناراحت‌کننده مانند تجاوز و دیگر آسیب‌ها بپردازد. حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد به عنوان رویکرد هشت مرحله‌ای شناخته

نشد. جلالی، احدی در پژوهشی به مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه پرداختند، یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که دو گروه درمانی بر شدت ولع مصرف در دو مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌دار داشتند (۲۱). نتایج پژوهش حدادی و همکاران (۲۲) حاکی از اثربخش درمانی شناختی - رفتاری کنترل تکانه و معنی‌داری تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در زیر مقیاس‌های تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد بود، لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران معتاد اقدام به ترک انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه نیمه تجربی، جامعه آماری تحقیق حاضر در برگزیده تمامی معتادان در حال ترکی است که در سال ۱۳۹۷ به مراکز ترک اعتیاد شهر یاسوج مراجعه کرده بودند. گروه نمونه تحقیق حاضر در برگزیده ۳۰ آزمودنی بود که به صورت در دسترس انتخاب شد. بدین منظور از آنجایی که تمام افراد معتاد در حال ترک در مراکز درمانی و ترک اعتیاد پرونده داشتند، اعمال ملاک‌های حذف آزمودنی‌ها صورت گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه، سن بالای ۱۵ سال، سابقه مصرف مواد مخدر بیش از یک ماه، عدم سابقه بستری در مراکز روانپزشکی و وجود پرونده در یکی از مراکز ترک اعتیاد بود. معیارهای خروج از

می‌شود. این رویکرد ترکیبی از جنبه‌های مهم انواع زیادی از درمان‌ها هم‌چون روان‌پوشی، شناختی، رفتاری و تعاملی است (۱۷).

اعتیاد به مواد محرک، یک فرآیند پیچیده با مؤلفه‌های فیزیولوژی، رفتاری، روانشناسی و اجتماعی است، لذا برای درمان آن نیز یک رویکرد دروانی چند عاملی ضروری است دو مقوله اصلی در درمان اعتیاد، دارو درمانی و روان درمانی می‌باشد. از طرفی برای درمان وابستگی به مت‌آمفتامین، مداخلات با کارآیی اثبات شده به طور کامل روانی، اجتماعی و رفتاری هستند، زیرا داروی تأیید شده‌ای برای درمان این اختلال وجود ندارد. این مداخلات روانی، اجتماعی و رفتاری به اندازه کافی قوی هستند تا به افراد متقاضی درمان کمک کنند وضعیت روانی و رفتاری خود را برای دستیابی به کاهش دایمی مصرف مواد سامان دهند (۱۸). در همین راستا، حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر پایه مجموعه‌ای از راهبردهای درمانی است که راهبردها همدیگر را کامل می‌کنند و برای ایجاد یک تجربه درمانی سرپایی ترکیب می‌شوند. این درمان مجموعه‌ای از فعالیت‌های بر پایه شواهد است که از نظر بالینی در یک سبک به عنوان برنامه هماهنگ شده‌اند. تکنیک‌های درمانی در این مدل شامل درمان شناختی- رفتاری، پیشگیری از عود، راهبردهای مصاحبه انگیزشی، اطلاعات روانی آموزشی (۱۹). در همین راستا یافته‌های پژوهش قطب (۲۰) بیانگر تأثیر درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در گروه آزمایش بود. بدین معنی که تست مورفین و مت‌آمفتامین در گروه آزمایش مثبت دیده

مطالعه شامل؛ اختلالات عمده روانپزشکی، عدم همکاری و شرکت در هر گونه جلسات روان‌درمانی به طور هم‌زمان بود، که از طریق پرونده این بیماران مورد اعمال گردید. بعد از اعمال ملاک‌های حذف آزمودنی‌ها تعداد آزمودنی‌هایی که واجد شرایط شرکت در این پژوهش بودند و آمادگی خود را بیان داشتند مشخص و به صورت تصادفی از بین آنها ۳۰ نفر انتخاب گردید و به صورت مساوی و از طریق جایگزینی تصادفی به گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند.

تعداد جلسات آموزشی برای گروه آزمایش، هشت جلسه یک ساعت و نیم (۹۰ دقیقه بود که در هفته یک بار برگزار شد. تکالیف خانگی در انتهای هر جلسه تعیین می‌شد (برای نمونه شناسایی و ثبت افکار ناکارآمد در زمان بروز هیجانات منفی) غمگینی، ناامیدی، تمرین جانشین سازی افکار تحریف‌آمیز با باورهای مثبت و واقع‌گرایانه و ثبت در برگه‌های ویژه تکالیف خانگی، انجام تمرین‌های تن آرامی در فاصله جلسات و دادن بازخورد طی جلسات، شناسایی سبک اسنادی خود در رویدادهای روزمره و ثبت آنها در فاصله بین جلسات و بحث پیرامون آن در جلسات درمانی، شناسایی فرصت‌های افراد معتاد برای فعالیت‌های کاری موفقیت‌آمیز به منظور بهبود خلق و برنامه‌ریزی برای مشارکت فرد در این فعالیت‌ها در طول روز و دریافت بازخورد طی جلسات بررسی تکالیف خانگی و رفع ابهامات مربوط به درمان در دستور کار هر جلسه قرار داشت. به منظور

رعایت جنبه اخلاقی، افراد گروه گواه نیز در جلسات گروهی مشاوره معمولی (بدون تکنیک) شرکت نمودند که البته به دلیل محدودیت فضا و امکانات تنها ۲ جلسه برای این گروه تشکیل گردید. پس از پایان مرحله ارزیابی در جلسه پیگیری، بروشورها و خلاصه آموزش مباحث و تکنیک‌ها که طی جلسات درمانی به گروه آزمایش ارائه شده بود به گروه گواه نیز داده شد. به منظور ارزیابی میزان پایداری تأثیرات درمانی در طول زمان (پیگیری)، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، دو ماه بعد از اتمام جلسات درمانی برای هر دو گروه آزمایش و گواه تکمیل گردید. چهارچوب جلسات درمانی به طور مختصر به این شرح، در جدول ۱ نشان داده شده است.

ابزار پژوهش، پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی، پرسشنامه خودسنجی طراحی شده به وسیله گرنفسکی و همکاران است (۲۳) طراحی شده. ساختار این پرسشنامه چند بعدی بوده و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی به کار می‌رود. در مقایسه با دیگر پرسشنامه‌های مقابله‌گری که تفاوتی میان تفکرات و اعمال افراد قایل نیستند، این پرسشنامه منحصراً به تفکرات افراد می‌پردازد. نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۹ مؤلفه؛ شامل: رزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، بازارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه آمیزپنداری و سرزنش دیگران دارای ۳۶ ماده است. مواد این پرسشنامه بر اساس سازه‌های نظری و عملی طرح‌ریزی شده‌اند. هر چهار ماده یک مؤلفه را تشکیل

به ۴ خرده مقیاس کاهش یافت. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰. برای کل پرسشنامه و برای هر خرده مقیاس به این شرح گزارش شده است؛ سرزنش خود و فاجعه‌آمیز پنداری ۰/۷۷، سرزش دیگران ۰/۶۴، مثبت اندیشی ۰/۷۶، مقابله و پذیرش ۰/۷۰ به منظور بررسی همسانی گروه‌های مورد مطالعه پیش از اعمال مداخله درمانی، آزمون آماری تی مستقل انجام شد. پیش‌فرض‌های توزیع نرمال و همگونی واریانس‌ها با استفاده از آزمون‌های کولموگروف - اسمیرنوف و لوین بررسی شدند.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

می‌دهد که هر مؤلفه هم یک راهبرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. روایی و پایایی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی به وسیله یوسفی به فارسی برگردانده شد، ولی از آنجا که طبق اصل اقتصاد، پرسشنامه‌ای با تعداد سوال‌های کمتر که بتواند اعتباری مشابه با پرسشنامه با تعداد سوال‌های بیشتر داشته باشد ارجح‌تر است (۲۴). پرسشنامه را به منظور شناخت ویژگی‌های روانسجی و محاسبه اعتبار و روایی به همراه مقیاس ۴۲ ماده‌ای استرس، اضطراب و افسردگی برای ۲۵۰ نوجوان ۱۵ تا ۱۷ ساله در جامعه معرفی شده اجرا کردند. ۲۶ ماده پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی به وسیله تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه اصلی مورد بررسی قرار گرفت، که در نتیجه آن ۲۶ سؤال به ۲۶ سؤال و ۹ خرده مقیاس

جدول ۱: شرح جلسات آموزش مرتبط با مصرف مواد

ردیف	محتوی آموزشی جلسه
جلسه اول	کسب اطلاعات لازم برای طراحی درمان از درمان‌جو و برنامه‌ریزی فرآیند درمان شامل تاریخچه خانوادگی، پیشینه بالینی، علایم اختلال و چگونگی حمایت‌های اجتماعی درمانجو.
جلسه دوم	دادن آموزش‌های لازم و آماده‌سازی درمانجو شامل چگونگی وارد شدن و طی کردن مراحل و فراز و فرود آن، استعاره‌های لازم برای کنترل بهتر درمان، آموزش آرمیدگی، آموزش ثبت رویدادهای مهم و خاص در فاصله بین جلسات درمانی.
جلسه سوم	این مرحله ارزیابی است شامل انتخاب خاطره دردناک و انتخاب شناختواره منفی مربوط به آن، انتخاب شناختواره مثبت و سازگارانه مغایر با آسیب، آموزش مقیاس‌های واحد پریشانی ذهن و اعتبار شناخت و چگونگی علامت‌گذاری آن‌ها.
جلسه چهارم	حساسیت‌زدایی. این مرحله دشوارترین و طولانی‌ترین مرحله است که در آن درمان‌جو با تجسم مناظر رنج‌آور بر باورهای منفی و هیجانات و احساسات بدنی خود متمرکز میشود و هم‌زمان تحریک دوجانبه را با حرکات چشم و در تعقیب حرکت دست درمان‌گر دنبال می‌کند. سپس درمان‌جو ضمن بستن چشم، نفس عمیق می‌کشد و به سؤالات درمان‌گر پاسخ می‌دهد (احساسات بدنی و حالات عاطفی) و سپس مجموعه بعدی ادامه پیدا می‌کند.
جلسه پنجم	کارگزاری. در این مرحله هدف، کارگزاری شناختواره مثبت به جای شناختواره منفی و افزایش نیرومندی آن است.
جلسه ششم	وارسی بدنی. در این مرحله درمان‌جو به کاوش همه اندام‌های بدن از سر تا نوک پا می‌پردازد و هرگونه تنش و ناراحتی‌های جسمی را شناسایی کرده و برای قرار گرفتن در موقعیت دریافت مجموعه‌های جدید آماده می‌شود.
جلسه هفتم	بستن. در این مرحله درمان‌جو به وضعیت آرمیدگی بازگردانده می‌شود و به طور هم‌زمان افکار، هیجانات و ویژگی‌های جسمانی وی مورد بررسی قرار می‌گیرند.
جلسه هشتم	ارزیابی مجدد. تأمین شدن هدف‌های درمان بررسی می‌شود و بر اساس آن برنامه‌ریزی برای جلسات بعد صورت می‌گیرد.

یافته‌ها

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چندمتغیری، همگنی شیب‌های رگرسیون به منظور استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون در جدول ۲ آمده است همان طور که از جدول فوق ملاحظه می‌شود، در مورد هیچ کدام از متغیرهای پژوهش به جز نشخوار، F معنی‌دار نشده است (با تصحیح بنفرونی در سطح ۰/۰۰۵۵ و لذا می‌توان نتیجه گرفت که شیب‌های رگرسیون، در مورد همه ابعاد تنظیم هیجانی به جز نشخوار در مرحله پس آزمون، همگن یا موازی هستند. لذا، این پیش فرض جز در مورد نشخوار، تأیید شده است.

با توجه به این که هیچ‌کدام از مفروضه‌های آماری جز همگنی شیب خط رگرسیون در متغیر نشخوار- نقض نشده است، می‌توان از آزمون مانکوا (MANCOVA) استفاده کرد. برای بررسی اثر بخشی مداخله در مورد متغیر نشخوار از آزمون تی مستقل بر روی نمرات تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. بر طبق نتایج به دست آمده، شاخص لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیر وابسته (پس آزمون‌ها) را نشان می‌دهد، معنی‌دار است ($F=14/42$ و $p<0/01$). آماره‌های تحلیل کواریانس تک متغیری نیز در مورد هر متغیر وابسته به صورت جداگانه محاسبه شد تا منبع معنی‌داری

آماري اثر چند متغیره، تعیین شود. نتایج در جدول ۳ آورده شده است.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تفاوت بین واریانس‌های متغیر وابسته در مورد هیچ‌کدام از متغیرهای وابسته به جز ملامت دیگران معنی‌دار نشده است، لذا این پیش فرض تأیید شده است. در مورد متغیر ملامت دیگران می‌توان سطوح بالاتری از معنی‌داری را در نظر گرفت.

برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس- کواریانس لازم است از آزمون M-BOX استفاده شود، که در آن معنی‌داری آماری شاخص ناهمگنی یا نابرابری محسوب می‌شود. در این جا $(M=74/19, F=1/41, P>0/01 \text{ Box})$ به لحاظ آماری در سطح یک درصد معنی‌دار نیست و حاکی از آن است که ماتریس‌های کواریانس متغیرهای وابسته برای سطوح متغیرهای مستقل برابرند.

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، اثر گروهی در پس‌آزمون همه ابعاد بررسی شده به جز ملامت دیگران معنی‌دار شده است. نمره افراد در ابعاد راهبردهای هیجانی منفی یعنی ملامت خویش و فاجعه‌سازی، در گروه آزمایشی به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل و نمره افراد در ابعاد راهبردهای مثبت یعنی پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت و دیدگاه‌گیری، در گروه آزمایشی به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است. این امر

نشان دهنده تأثیر معنی‌دار مداخله آزمایشی بر بهبود ابعاد تنظیم هیجانی است. جهت تأثیر آموزش حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر بعد تنظیم هیجانی نشخوار، از آزمون تی مستقل بر روی نمرات تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. نتایج در جدول ۴ گزارش شده است. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که تفاضل نمرات پس‌آزمون از پیش‌آزمون در گروه آزمایشی به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است. به عبارت دیگر مداخله آزمایشی توانسته

است میزان نمرات را در گروه آزمایشی به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل تغییر دهد (گروه آزمایشی میزان نشخوار را در به نسبت پیش‌آزمون بیشتر کاهش داده است). مقایسه میانگین نمرات تفاضل نشخوار در دو گروه کنترل و آزمایش حاکی از تفاوت معنی‌دار بین دو گروه در سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌باشد که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است ($p < 0/001$ ، $t=3/902$ ، $df=16/102$) (جدول ۵).

جدول ۲: نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون همگنی واریانس و آزمون ام باکس

همگنی شیب‌های رگرسیون		متغیر	
سطح معنی‌داری	F		
۰/۰۶۷	۴/۲۱		پس آزمون ملامت خویش
۰/۱۵۹	۲/۳۱		پس آزمون پذیرش
۰/۰۰۳	۱۵/۰۶		پس آزمون نشخوار
۰/۹۶۶	۰/۰۰۲		پس آزمون تمرکز مجدد مثبت
۰/۱۹۹	۱/۸۹		پس آزمون تمرکز مجدد بر برنامه ریزی
۰/۲۷۱	۱/۳۶		پس آزمون ارزیابی مثبت
۰/۰۶۶	۴/۲۶		پس آزمون دیدگاه‌گیری
۰/۰۲۹	۶/۴۶		پس آزمون فاجعه‌سازی
۰/۰۷۷	۳/۸۹		پس آزمون ملامت دیگران
Sig	df2	df1	F
۰/۱۵۰	۲۸	۱	۲/۱۸۶
۰/۹۸۶	۲۸	۱	۰/۰۰۰
۰/۱۴۴	۲۸	۱	۲/۲۶۰
۰/۳۱۵	۲۸	۱	۱/۰۴۶
۰/۱۳۴	۲۸	۱	۲/۳۷۹
۰/۹۲۱	۲۸	۱	۰/۰۱۰
۰/۲۱۰	۲۸	۱	۱/۶۴۷
۰/۰۳۵	۲۸	۱	۴/۹۰۶
Sig	df2	df1	F
۰/۰۵۲	۲۶۳۸/۰۴۵	۳۶	۱/۴۱۵

جدول ۳: شاخص های آماری چند متغیره در تحلیل کوواریانس متغیر های وابسته

اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلائی	۰/۹۰	۱۴/۴۲	۸	۱۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۰	۱۴/۴۲	۸	۱۳	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۸/۸۸	۱۴/۴۲	۸	۱۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه ی روی	۸/۸۸	۱۴/۴۲	۸	۱۳	۰/۰۰۱

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی متغیرهای وابسته

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
	پس آزمون ملامت خویش	۲۴۱/۳۲	۱	۲۴۱/۳۲	۶۲/۴۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون پذیرش	۱۳۹/۴۴	۱	۱۳۹/۴۴	۱۹/۲۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون تمرکز مجدد مثبت	۴۵/۳۵	۱	۴۵/۳۵	۹/۸۹	۰/۰۰۵
	پس آزمون تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۱۲۹/۸۱	۱	۱۲۹/۸۱	۲۱/۱۵	۰/۰۰۱
گروه	پس آزمون ارزیابی مثبت	۱۱۷/۳۳	۱	۱۱۷/۳۳	۲۶/۴۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون دیدگاه گیری	۱۱۱/۵۷	۱	۱۱۱/۵۷	۲۲/۶۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون فاجعه سازی	۱۲۶/۹۴	۱	۱۲۶/۹۴	۷/۲۶	۰/۰۱۴
	پس آزمون ملامت دیگران	۳۷/۸۴	۱	۳۷/۸۴	۴/۰۲	۰/۰۵۹

جدول ۵: نتایج آزمون تی مستقل بر روی نمرات تفاضل نشخوار

سطح معنی داری	df	آزمون لون		sd	M	نتیجه
		تی	F			
تفاضل نشخوار	۱۶/۱۰۲	-۳/۹۰۲	۰/۰۰۱	۱۶/۰۶۶	۱/۲۷۹۸۸	کنترل
			۰/۰۰۱	۴/۶۵۷۸۱	۵/۱۳۳۳	آزمایشی

بحث

که در حال ترک هستند در تنظیم شناختی هیجان با مشکل مواجه هستند و اثربخشی درمان هایی که به این متغیر کمک کنند از اهمیت خاصی برخوردار است (۲۵)، لذا هدف از این پژوهش آموزش حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر تنظیم شناختی هیجان بیماران معتاد اقدام به ترک بود.

امروزه اختلال های مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند آن یکی از مهم ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می رود. با توجه به موقعیت جغرافیایی کشورمان و داشتن مرز مشترک با دو کشور افغانستان و پاکستان و جوان بودن جمعیت کشور شاهد گسترش روز افزون اعتیاد در بین جوانان و نوجوانان هستیم. از طرف دیگر کسانی

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها، بر شادمانی روان شناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می‌گذارد، به عنوان مثال، نشانه‌های نارسایی تنظیم هیجان در بیش از نیمی از اختلالات و در تمام اختلالات شخصیتی محور اتفاق می‌افتد. همچنین بررسی متون و بررسی‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است. به این ترتیب که با پردازش تسریع شده و تطبیقی تمام مناطقی که به علت ناتوانی از نظر ارتباط عصبی فاقد انسجام بودند، بر اثر تحریکات دو طرفه و با واسطه انتقال‌دهندگی بین نیم‌کره‌های جسم پینه‌ای یکپارچگی و انسجام عاطفی و هیجانی مثبت را باز می‌یابد و از طریق فراوانی‌های بادامه به لوب فرونتال به تغییر خود شناختواره‌ها می‌انجامد. تعامل و ارتباط نیم‌کره‌ها به تسریع این تعامل کمک می‌کند و با حل و فصل خاطره‌های ناراحت‌کننده و تغییر خود شناخت واره‌ای منفی به خود شناخت‌های واره‌های مثبت، این انتظار می‌رود که تغییر در اولی موجب تغییر در دومی می‌شود. روش حساسیت‌زدایی از طریق حرکات منظم چشم و پردازش شناختی، با تسریع و بهبود روند و نحوه پردازش اطلاعات، فرآیندهای ذهنی و شناختی را تعدیل می‌کند و حفظ پویایی را موجب می‌شود و از طرفی مانع تحریف ذهنی و شناختی می‌شود. توانایی پردازش شناختی و سازش یافته در استفاده از روش EMDR، رویدادهای آسیب‌زا (تروماتیک) را

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغیره و چند متغیره در جدول ۴ نشان داد آموزش حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر تنظیم شناختی هیجان بیماران معتاد در حال اقدام به ترک مؤثر است. نتایج حاصل نشان داد میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون از لحاظ تنظیم شناختی هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین صورت که درمان حساسیت‌زدایی به واسطه حرکات چشم و بازپردازش توانسته تنظیم شناختی هیجانی منفی بیماران معتاد اقدام به ترک را کاهش و تنظیم شناختی هیجانی مثبت را در بیماران معتاد اقدام به ترک افزایش دهد و با پژوهش‌های هم‌پوشی دارد (۲۶-۲۸). در خصوص تبیین این هم‌پوشی‌ها می‌توان گفت هیجان رویدادی پیچیده و چندبعدی است که منجر به آمادگی برای عمل می‌شود. تنظیم هیجانی یک فرآیند محوری برای همه جنبه‌های عملکرد انسان است و نقش حیاتی در شیوه‌هایی که افراد با تجارب استرس‌زا مقابله می‌کنند و شادی را تجربه می‌کنند، ایفا می‌کند.

تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجان‌ات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجان‌ات اشاره دارد، این سازه برای به راه انداختن، افزایش دادن، حفظ کردن یا کاهش دادن هیجان‌های مثبت و منفی در پاسخ به اتفاقات محیطی، نقش اساسی دارد، زیرا فرآیندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

حساسیت‌زدایی می‌کند و بازسازی شناختی در خصوص اتفاقات آسیب‌زا را به شکلی انطباقی و سازش یافته تر نمایان می‌کند.

به این معنی که بعد از کاربست روش EMDR، خاطرات و ذهنیت (مدالیت‌های) آزاردهنده به طور معنی‌داری تغییر می‌کنند و دیگر از لحاظ هیجانی، قدرت چندان برای ایجاد تحریف ذهنی و آشفتگی عاطفی-هیجانی نخواهند داشت. همانند بسیاری از بررسی‌های انجام شده و با پژوهش‌های هماهنگی ندارد (۲۹-۳۱). و در تبیین این مسئله می‌توان گفت با توجه به محتوای جلسات درمانی و آشنایی بیماران با الگوهای فکری آسیب‌رسانی که می‌توانند باعث راه‌اندازی هیجانات منفی و رفتارهای تکانشی در آنها شده و زمینه لغزش یا برگشت مجدد به مصرف مواد را در آنها فراهم سازد، به نظر می‌رسد این آموزش‌ها سبب شده تا بیماران بهتر بتوانند تکانه‌های هیجانی خود را کنترل کنند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود شدن آزمودنی‌های مورد بررسی به جنس مذکر بوده است که این امر مسأله تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به جنس مؤنث با دشواری‌هایی روبرو می‌سازد. مسأله دیگر صداقت آزمودنی‌ها در پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌های مربوط به تحقیق می‌باشد که با وجود تلاش پژوهشگر جهت پاسخ‌دهی صحیح

به سوالات، امکان پاسخ‌های گمراه کننده وجود داشته است. کنترل وضعیت و پیشینه خانوادگی شرکت کنندگان و عدم امکان پیگیری نتایج از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، لذا با توجه این استفاده از این روش درمانی محدودیت‌ها به عنوان یک مکمل درمانی برای عوارض روانی ترک اعتیاد توصیه می‌شود. نظر به اثربخش بودن، این نوع روش مداخله در بهبود کیفیت زندگی و کاهش احساس گناه، به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر و کم هزینه پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد می‌شود از در پژوهش‌های آتی از ابزارهای تشخیصی هم‌چون مقیاس و مصاحبه نیز استفاده شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی با کد ۱۲۰۲۰۷۰۶۹۶۲۰۰۱ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج می‌باشد و با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج اجرا شده است.

از مدیریت محترم اداره کل سازمان بهزیستی نیز که نهایت همکاری را در اجرای این تحقیق با نویسندگان داشتند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Dallas TX, David W, Julie K. Staley behavioral neuroscience of drug addiction. *Biosocieties* 2010; 39: 22-6.
2. Orkie M, Makarie A, Kiani Zibari M. The relationship between glass craving (methamphetamine) and personality traits in methadone maintenance recipients. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2013; 3: 177-86.
3. Haddadi R, Rostami R, RahimiNejad A, Akbari Zardkhaneh S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy, impulse control on impulsivity reduction, craving and addiction severity in cracker drug addicts. *Addiction* 1388; 3(10): 29-52.
4. Ghotb I. A study on the clinical effectiveness of the matrix model in the treatment of glass abusers. *Quarterly Journal of Drug Abuse Studies* 2012; 6(24): 27-37.
5. Anderws DA, Zinger I, Hoge RD, Bonta J, Gendreau P, Cullen FT. Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed metaanalysis. *Criminology* 1990; 28(3): 369-404.
6. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2014; 30(2): 217-37.
7. Borjali A, A'zami Y, Jahan H. The effectiveness of exercise therapy strategies on threat reduction in drug users. *Clinical Psychology* 2016; 8(2): 33-42.
8. Carrico AW, Flentje A, Gruber V, Woods W, Discepolo M, Dilworth S, et al. Community-Based harm reduction substance abuse treatment with methamphetamine-using men who have sex with men. *Journal of Urban Health* 2014; 91(3): 555-67.
9. najafi M, mohammadifar M, abdollahi M. Emotional Dysfunction and Tendency to Substance Abuse: the Role of Emotion Regulation, Distress Tolerance and Sensation Seeking. *sh-addiction*. 2015; 2 (5) :53-68.
10. Schreiber LRN, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research* 2012; 46(5): 651-8.
11. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health: Alongitudinal inquiry. *American Psychologist* 1990; 45(5): 612-30.
12. Kazemi F. The investigation of the effect of desensitization by eye movement method and EMDR reprocessing in psychological compatibility increasing and decreasing the agitation disorders after PTSD event among adolesseents of Bam city offer earthquick. Al-Zahra Publishing Co 208.
13. Spector J, Read J. The status of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Psychotherapy* 1999; 6: 165-74.
14. Gunter RW, Bodner GE. EMDR works But How? Recent progress in the search for treatment mechanisms. *Gournal of EMDR Practice and Research* 2009; 3: 161-3.
15. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. *Basic Principles, Protocols and Procedures* 2001; 128-35.
16. Van den Hout MA, Engel Hard IM, Rijke Boer MM, Koekebakker J, Horn Sveld H, leer A, et al. EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy* 2011; 49(2): 92-8.
17. Lessa N, Scanlon W. *Wiley concise guides to mental health: substance use disorders*. New York: John Wiley; 2006.
18. Kusek JW, Lee JY, Smith DE, Milligan S, Faulkner M, Cornell CE. Effect of drug abuser on quality of life. *Controlled Clinical Trials* 1996; 17: 40-6.
19. McKetin R, Kelly E, McLaren J. The relationship between crystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Druge and Alcohol Dependence* 2006; 85(3): 198-204.
20. Sugarman DE, Nich C, Carroll KM. Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors* 2010; 24(4): 689-95.
21. Jalali I, Ahadi H. Comparison of the Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment and Mindfulness on the Rate of Craving and Cognitive Therapy in Consumers of Glass *Journal of Research in Addiction Research* 2017; 9(36): 95-109
22. Haddadi R, Rostami R, RahimiNejad A, Akbari Zardkhaneh S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy, impulse control on impulsivity reduction, craving and addiction severity in cracker drug addicts. *Addiction* 1388; 3(10): 29-52.
23. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven PH. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(4): 1311-27.

24. Yusefi F. The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in the middle students. *Research on Exceptional Children* 2007; 4: 871-92.
25. Amin-Abadi Z, Peasant M, Al-Afanahi MK. Investigating the factor structure and adjusting the emotional critical settlement questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences* 2015; 25(4): 365-71.
26. Shahnvasi E, Delshad A, Basiri Moghadam M, Tavakoli Zadeh J. The effect of sensitization with eye movement and reprocessing on anxiety in adolescents with thalassemia. *Journal of Psychiatric Nursing* 2017; 4(1): 11-7.
27. Sadeghi K, Arjomandnia AA, Namjoo S. Effect of de-dysmotility with eye movements and reprocessing on negative emotional representations of patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nursing* 2016; 3(3): 29-40.
28. Nomads H, Hooman HA, Jamali Firoozabadi M, Vatankhah HR. Effectiveness of degenerative degenerative therapy through eye movement and rehabilitation, drug therapy and cognitive therapy in reducing anxiety symptoms. *Psychological Research* 2014; 1(3): 51-63.
29. Famous M, Maroufi M, Time Shifter S, Ali Mohammadi N, Izadihah Z. Evaluating the effect of sensitization by eye movements on reduction of anxiety before surgery. *Journal of Nursing Research* 2017; 10(4): 98-104.
30. Meysmi Bonab S. The effectiveness of the treatment of de-dysgeneration of the eye movement and re-processing on adjustment and recognition of emotions, seductive beliefs, and the prevention of addiction recurrence. Master's Thesis University of Ardebil 2016; (377): 321-7.
31. Nasiri M, Foruzandeh E, Ebrahimi A. The effectiveness of sensitization with eye movements and its recovery on anxiety sensitivity in patients with migraine. *Journal of Isfahan Medical School* 2012; (377): 321-7.

The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Addict Patients in Yasuj

Abbasi S, Maredpour A*

Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran

Received: 08 Oct 2018

Accepted: 14 May 2019

Abstract

Background & aim: In the past 20 years, in Iran, the rate of drug abuse has increased three times than the population growth in Iran. To overcome this problem, psychotherapy approaches have gradually expanded in recent years, and an important issue in quitting addiction is the cause of quitting. The purpose of the present study was to determine and evaluate the effectiveness of desensitization through eye movements and reprocessing on cognitive emotion regulation in addicted quitting patients in Yasuj city.

Methods: In the present semi-experimental study, the addicted patients referred to Yasuj through the year 2018 were enrolled. Samples included 30 people which were selected as available, and randomly divided to experimental and control groups.

At that point, the desensitization treatment was performed on the experimental group for 5 sessions of 90 minutes once a week. The control group did not go through any test. The research tool was the *Garnefski* emotion regulation questionnaire. The collected data were analyzed using MANCOVA, ANOVA and independent T-test.

Results: Multivariate analysis of covariance for loneliness ($f=14.42$) revealed a significant difference between the experimental and control patients ($p = 0.001$). Desensitization through eye movements and reprocessing has led to cognitive emotion regulation in addicted patient's experimental group compared to control group in post-test.

Conclusion: Sensitization through eye movements and reprocessing was effective on cognitive emotion regulation in addicted patients in Yasooj. Therefore, psychologists can play an essential role in increasing adaptation of these patients by training this short-term therapy and its application to addicted patients.

Keywords: Desensitization, Eye Movements, Cognitive Emotion Regulation

*Corresponding authors: Maredpour A, Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran

Email: ali.mared@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Abbasi S, Maredpour A. The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Addict Patients in Yasuj. *Armaghane-danesh* 2019; 24(3)(1): 526-539