

تأثیر درمان حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر بهبود

معتادان جنسی زن

فریبا مدرسی*^۱، مسعود محمدی^۲، قاسم نظیری^۳

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش، بررسی تأثیر درمان حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر بهبود معتادان جنسی زن بود. جامعه آماری تمامی معتادان جنسی زن استان فارس در سال ۱۳۹۰ بودند. حجم نمونه ۵ زن دارای اعتیاد جنسی بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پژوهش به صورت تک آزمودنی و با استفاده از روش خط پایه چندگانه اجرا گردید. داده‌ها از پرسشنامه اعتیاد جنسی کارنز گردآوری گردید. نتایج نشان دهنده تأیید فرضیه بود. بدین معنا که در شاخص بهبودی در متغیر اعتیاد جنسی سیر نزولی منحنی به نسبت خط پایه درمان مشاهده گردید. با توجه به مبانی نظری اعتیاد جنسی که آزارهای جنسی دوران کودکی زمینه‌ساز مهمی برای این اختلال می‌باشد. هم‌چنین وجود علائم مشابه و رابطه مثبت بین آسیب‌های وابسته به اعتیاد جنسی با نشانه‌های استرس پس آسیمی و مشکلات شناختی و تأثیر مثبت درمان حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر بهبود این افراد و نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان برای درمان معتادان جنسی از روش درمانی حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، معتادان جنسی، زن

-
- ۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه روان‌شناسی، فارس، ایران
 ۲- دکترای تخصصی، متخصص روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه روان‌شناسی، فارس، ایران
 ۳- دکترای تخصصی، متخصص روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه روان‌شناسی، فارس، ایران

*- نویسنده‌ی مسئول مقاله: modaresipsy@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد به رابطه جنسی به عدم توانایی در کنترل و یا به تعویق انداختن تمایلات و فعالیت‌های جنسی اطلاق می‌گردد. در واقع رابطه جنسی و اندیشیدن به آن، افکار معتاد را تحت سیطره خود قرار می‌دهد و نیاز به انگیزتگی جنسی جای نیاز به صمیمیت را می‌گیرد. فرد معتاد از راه رابطه جنسی آرام عاطفی و عقده‌های روانی خود را تسکین می‌دهد (کارنز، ۱۹۹۱).^۱

از آنجایی که در کشور ما مسایل جنسی تابویی بزرگ بشمار می‌رود، اختلالات جنسی نیز در پشت پرده باقی می‌مانند. چه بسیار انسان‌هایی که از مشکلات جنسی رنج می‌برند، اما از مطرح نمودن و صحبت کردن درباره آن احساس شرم و گناه می‌نمایند و از تاثیر آن بر عدم رضایتمندی از زندگی خود غافلند. از طرفی دیگر درمانگران نیز درباره آسیب‌های جنسی در تاریخچه زندگی درمان‌جویان خود سوال نمی‌کنند و بسیاری از موارد سوءاستفاده‌های جنسی که می‌توانند قبل از عمیق و وسیع شدن و ایجاد پیامدهایی چون اعتیاد جنسی، درمان و رفع گردند مورد توجه قرار نمی‌گیرند. تشخیص بموقع و درمان اعتیاد جنسی بسیار حائز اهمیت است، چرا که در اعتیاد جنسی نه تنها زندگی فرد مختل می‌شود بلکه افراد دیگر هم در این جریان آسیب روانی و جسمی می‌بینند. تاثیر اعتیاد جنسی بر خانواده به شکل ارتباطات آسیب‌زا و ناتوانی در برقراری رابطه صمیمانه و از هم پاشیدگی خانوادگی و ناکارآمدی عملکرد خانواده می‌باشد. در جامعه نیز این اعتیاد منجر به آسیب‌های اجتماعی، گسترش رفتارهای پر خطر جنسی و شیوع بیماری‌های جنسی می‌گردد. بنابراین محققان بر آن شدند که با استفاده از درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر معتادان جنسی زن به بررسی اثر بخشی این درمان بپردازند (مدرسی ۱۳۹۰).

مفهوم اعتیاد جنسی در طول دو دهه گذشته و برای توصیف کسانی شکل گرفت که به صورت وسواسی در پی تجارب جنسی هستند، و اگر نتوانند تکانه‌های جنسی‌شان را ارضاء کنند رفتارشان مختل می‌شود. در سابقه این اشخاص معمولاً الگوهای متداومی از رفتارهای اجباری که معتاد جنسی سعی در متوقف کردن آنها دارد، اما موفق به کنترل آنها نمی‌شود، وجود دارد. هر چند ممکن است پس از چنین اعمالی دچار پشیمانی و احساس گناه شوند ولی چنین احساساتی برای جلوگیری از بروز بعدی این رفتار کافی نیستند (سادوک، سادوک^۲ ۲۰۰۷).

اعتیاد جنسی اولین بار در اواسط دهه ۱۹۷۰ میلادی به‌وسیله یکی از اعضاء گروه افراد الکلی ناشناس^۳ در بوستون^۱ تعریف شد. وی رفتارهای جنسی خارج از کنترل خود را به عنوان اعتیاد

^۱- Carnes

^۲- Sadock

^۳-Alcoholics Anonymous

جنسی تشخیص و آنرا موازی با رفتار اعتیاد خود به الکل قرار داد (لوین و تریدون^۲ ۱۹۹۸؛ به نقل از کلمن - کندی و پندلی^۳ ۲۰۰۲). در نتیجه اولین گروه ۱۲ گام معتادان جنسی شروع بکار کرد (شیفر^۴ ۲۰۰۹).

در سال ۱۹۷۸ (آرفورد^۵؛ به نقل از اشنايدر^۶ ۱۹۹۴) از اصطلاح فزون خواهی جنسی^۷ برای اشاره به بیمارانی که به دنبال کمک برای رفتار جنسی مشابه با رفتارهایی که همراه با الکل و مواد مخدر بودند استفاده کرد.

در قرن نوزدهم میلادی کرافت ایبینگ چندین مورد افزایش نابهنجار میل جنسی را گزارش کرد. وی این عارضه را فزونی حساسیت جنسی^۸ نامید و معتقد بود ممکن است در افرادی که از سایر لحاظ طبیعی هستند، دیده شود (سادوک و سادوک ۲۰۰۷).

جنیش اعتیاد جنسی با انتشار کتاب کارنز (۱۹۸۳-۲۰۰۱) به نام ورای سایه‌ها^۹ اوج گرفت، که بر اساس کار او با الکی‌ها، معتادان به مواد مخدر و متجاوزین جنسی^{۱۰} استوار بود. پژوهش‌های کارنز نشان داد کسانی که از رفتارهای اجباری جنسی خود رنج می‌برند در دوران کودکی و نوجوانی، ۹۷٪ مسامحه و غفلت عاطفی، ۸۱٪ سوءاستفاده جنسی، ۷۲٪ آزارهای جسمی را تجربه کرده بودند (کارنز ۱۹۹۱؛ به نقل از شیفر، ۲۰۰۹).

براساس نظر کارنز (۲۰۰۱)، چرخه اعتیاد جنسی به‌وسیله چند اعتقاد اصلی، اسطوره و توجیه آغاز که باعث حفظ و ماندگاری اعتیادهای جنسی می‌شود:

- ۱- رابطه جنسی مهمترین نیاز من است. ۲- هیچکس مرا آنگونه که هستم دوست ندارد.
- ۳- من به‌گونه اساسی (کلا) بد هستم، فرد نالایقی هستم. ۴- من مستحق آن هستم. ۵- رابطه جنسی خیلی بد نیست چون که همه آنرا انجام می‌دهند. ۶- فقط یک بار دیگر مسئله‌ای نیست.
- کارنز (۲۰۰۱)، معتقد است که اعتقادات ذیل اعتیاد را در مسیر پیشرونده و مخرب خود پیش می‌برد: (عامل رنج و محنت^{۱۱}، گسستگی^{۱۲}، وضع تغییر یافته هشیاری - یک حالت خلسه/ حباب

¹ -Boston

² -Levin - Tredon

³ -Colman-Kennedy & Pendley

⁴ - Schaeffer

⁵ -Orford

⁶ -Schneider

⁷ -Hyper sexuality

⁸ -Sexual Hyperesthesia

⁹ -Out of shadows

¹⁰ - Sexual offenders

¹¹ - pain agent

¹² - dissociation

تجربه سرخوشی تخیلی، اشتغالات ذهنی یا فشارهای جنسی، تشریفات^۱ کردن^۱ یا برون ریزی، اجبارهای جنسی، ناامیدی و یاس).

کاسل^۲ (۱۹۸۹؛ به نقل از کلمن و همکاران، ۲۰۰۲)، در مدل مشابهی که تبیین کننده چگونگی پیدایش اعتیاد جنسی است و همزمانی و چگونگی شکل‌گیری اعتیاد مضاعف را نشان می‌دهد توضیح می‌دهد که قربانی شدن در دوران کودکی که نتیجه یک سوءاستفاده و طرد عاطفی، جنسی و فیزیکی است و ریشه در هتک حریم شخصی فرد دارد، نهایتاً یک سیستم عقاید منفی را در کودک ایجاد و رشد می‌دهد که هر چه بیش‌تر به سمت دسته‌ای از عقاید عملی (اجرایی)، در دوران نوجوانی و بلوغ گسترش و تحول می‌یابد. این عقاید اجرایی موجب اعمالی نظیر اعتیاد جنسی و اعتیاد مضاعف می‌شوند که باعث فرار از عقاید منفی اصلی می‌شوند. هدف از پرورش چنین عقایدی بازیابی مجدد قدرت و کنترل جهت غلبه بر اضطراب و بازیابی احساس خود است.

از طرفی داوون^۳ و همکاران (۲۰۰۹) اعتیاد جنسی در زنان را با مورد کودک آزاری قرار گرفتن گرفتن در دوران کودکی و داشتن والدین سختگیر مرتبط دانسته‌اند. هم‌چنین لی^۴ و همکاران (۲۰۰۲) انحراف جنسی در بزرگسالی را مرتبط با مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن در دوران کودکی، می‌دانند.

با توجه به رویکرد روانپویشی دلایل اعتیاد جنسی در معتادان جنسی را می‌توان این‌گونه بیان نمود. که این افراد به دلیل مورد تجاوز قرار گرفتن در دوران کودکی و مکانیزم‌های دفاعی بکار برده شده به‌وسیله آنان برای رهایی از اضطراب حاصل از این آسیب، و شرم و احساس گناه مرتبط با آن. به‌گونه ناخودآگاه برای افزایش احساس ارزشمندی و مبارزه با احساس درماندگی مرتبط با تجاوز جنسی به همانندسازی با قربانی پرداخته و به‌گونه مکرر و افراطی به رفتار جنسی می‌پردازند و حتی در مواردی بالاخص در معتادان جنسی مرد با استفاده از این مکانیزم دفاعی با مهاجم خود همدست شده و بعنوان یک متجاوز جنسی به آزار جنسی دیگران اقدام می‌نمایند (دلاسلوا^۵، ترجمه، ترجمه، یوسفی و همکاران ۱۳۸۹).

هم‌چنین با وجود مشکلات شناختی در این افراد به علت ارزیابی‌های منفی از خود و تقویت‌های اجتماعی افکار خود تحقیری^۶ و احساس مقصر دانستن خودشان از مورد تجاوز قرار

^۱- ritualization

^۲- Kasl

^۳- Dawn

^۴- Lee

^۵- Della selva

^۶- self denigrating thought

گرفتن، احساس گناه و شرم، افسردگی و اضطراب منتج از این شناخت‌های ناکارآمد و عواقب رفتارهای تکانشی جنسی آنان می‌توان به عوامل شناختی موثر در این اختلال پی برد (بارت، شاپل^۱، ۱۹۸۰).

از دیگر سو یک قربانی تجاوز جنسی ممکن است همواره با احساس ترس شدید و شرم زندگی کند. او ممکن است تصاویر دائمی و مزاحمی از مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن، هم‌چنین تجارب منفی و افکاری مانند "من آدم کثیفی هستم" یا "تقصیر من بود" در زندگی کنونی خود که منجر به افسردگی در آنان می‌گردد، داشته باشد (شاپیرو^۲، ۲۰۰۱). آنها با این احساس طرد و ضعف با شرکت در روابط جنسی افراطی مقابله می‌کنند (پودات^۳، ۲۰۰۵).

علاوه بر آن با توجه به ماهیت افکار و خاطرات آزاردهنده در معتادان جنسی از مورد تجاوز قرار گرفتن در کودکی که در مواردی به شکل یک استرس پس از آسیب مشخص می‌گردند و تاثیرات اثبات شده این آسیب‌ها بر عملکرد مغز که مانع از عملکرد یکپارچه و متقارن مغز می‌گردند، گرایش آنان به اعتیاد جنسی را می‌توان نتیجه‌ای از اختلال کارکرد نیمکره‌های مغزی و مکانیزم‌های دفاعی مورد استفاده آنان دانست.

با توجه به مطالب فوق، حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد یک درمان مناسب برای معتادان جنسی می‌باشد. این روش روان‌درمانی 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 می‌شود. این رویکرد انسجامی از جنبه‌های مهم انواع زیادی از درمان‌ها هم‌چون روان‌پوشی، شناختی، رفتاری و تعاملی^۴ است. حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد با ترکیبی از عناصر منحصر به فرد نه فقط بر احساسات مشکل‌زای فرد تمرکز می‌کند، بلکه بر روی تفکر، احساسات جسمانی و رفتار مرتبط با این احساسات نیز تمرکز می‌کند. این روش درمانی با استفاده از سیستم خود شفابخشی^۵ و اشکال گوناگونی از شبیه‌سازی دو طرفه^۶ که دست یافتن افراد به فرایند شفای درونی را با آزاد سازی داده‌ها ذخیره شده در مغز و پردازش مجدد آن، از راه روش‌های استاندارد و پژوهش شده، آسان می‌سازد، انجام می‌پذیرد (شاپیرو، فارست^۷، ۱۹۹۷).

^۱ - Bart & Scheppele

^۲ - Shapiro

^۳ - Poudat

^۴ - interactional

^۵ - self-healing system

^۶ - bilateral simulation (b l s)

^۷ - Shapiro & Forrest

به بیان دقیق‌تر چیرگی و تسلط اصول اساسی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، روش‌ها، برنامه‌های هدایت درمانگر، در کمک به مراجع برای تبدیل کردن تجارب منفی به تجربه‌های یادگیری انطباقی است (شاپیرو ۲۰۰۱). هم‌چنین طبق پژوهش‌ها و گزارش‌های بالینی، مداخلات درمانی EMDR موجب تسریع ادغام بازسازی شناختی در سطح شناختی عاطفی ضمن درمان و حساسیت‌زدایی نشانه‌های آسیب‌زا می‌گردد. و به فرد برای ارزیابی مجدد شناختی که شامل تعریف جدیدی از رویداد، پیدا کردن معنا در آن و کاهش خود سرزنشی^۱ نامناسب است، کمک می‌کند (جانوف، بالمن^۲، ۱۹۸۵). به عنوان مثال در هنگام درمان یک قربانی تجاوز جنسی درمانگر به شناسایی جنبه‌های گوناگون آسیب که منجر به مضطرب کردن و مختل کردن زندگی مراجع گردیده، می‌پردازد. این‌ها ممکن است شامل تصاویر تکراری و ناخوانده، افکار منفی و یا باورهای مراجع در مورد خودش یا نقش او در مورد تجاوز قرار گرفتن وی، احساسات منفی از قبیل ترس، احساس گناه یا شرم و حس‌های مربوط به بدن خود و یا برعکس باشد. به‌گونه اختصار مراجع فکر کردن در مورد خودش در عوض فکر کردن به متجاوز را ترجیح می‌دهد (شاپیرو ۲۰۰۱).

به این صورت حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد یک روش درمانی کامل است که دارای مراحل گوناگونی می‌باشد. این مراحل عبارت است از:

گرفتن تاریخچه مراجع و طرح درمان^۳، آماده سازی^۴، ارزیابی^۵، حساسیت زدایی^۶، کارگذاری^۷، کارگذاری^۷، پویش جسمانی^۸، انسداد^۹ و ارزیابی مجدد^{۱۰} است (شاپیرو، فارست، ترجمه، هاشمیان و هاشمیان و همکاران، ۱۳۷۹). حساسیت‌زدایی از راه حرکت چشم و پردازش مجدد درمانی پیچیده است که بسیاری از عوامل در اثر بخشی سریع آن نقش دارند، چندین نظریه در تبیین این درمان مطرح شده: اولین نظریه مبتنی بر کار ایوان پاولف است وی در سال ۱۹۲۷ مطرح کرد که یک تعادل تحریکی-بازداری^{۱۱} در مغز وجود دارد که عملکرد طبیعی انسان را حفظ می‌کند. اگر عاملی سبب ایجاد عدم تعادل شود (همچون زمانی که عاملی سبب هیجان زیاد می‌شود)، یک آسیب

¹ -self-blame

² - Janoff - Bulman

³ -client history and treatment planning

⁴ -preparation

⁵ -assessment

⁶ - desensitization

⁷ -installation

⁸ -body scan

⁹ -closure

¹⁰ -reevaluation

¹¹ -excitatory-inhibitory

عصبی - حمله‌ای ناگهانی در سلسله اعصاب رخ می‌دهد، که یک تحریک ایجاد می‌شود. نظریه پاولف می‌تواند اثرات درمان EMDR را این‌گونه توضیح دهد، شاید آسیب روانی سبب بازداری بیش از حد در سیستم اعصاب می‌شود و شاید حرکات چشم سبب اثر مهارتی می‌شوند، که تعادل متقابل تحریک است.

این نظریه هم‌چنین می‌تواند دلیلی بر چرایی آنچه در حرکات سریع چشم در خواب REM رخ می‌دهد، باشد. حرکات سریع چشم در خلال رویابینی رخ می‌دهند و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد رویاها راهی هستند که ما بدان وسیله تجارب زندگی را به لحاظ روانی هضم کنیم. شاید وقتی که خاطرات ناراحت‌کننده در رویا ظاهر می‌شوند حرکات سریع چشم اثری آرامبخش ایجاد می‌کنند. که به تجارب قبلی اجازه پردازش می‌دهد. هم‌چنین ممکن است این اثر ناشی از آنچه که ژوزف ولیبی بازداری تقابلی^۱ نامید، و عاملی که سبب از بین رفتن اثرات اضطراب می‌شود، در نتیجه درمان حساسیت‌زدایی نظام‌دار باشد. که با توجه به آنچه گفته شد، نظریه‌ای طرح گردید که شاید حرکات چشم در رویابینی متقابلاً درماندگی را بازداری می‌کند.

با توجه به سیستم‌های عملیاتی هیجانی (سیستم فعالیت) مغز طبق نظر پانکسپ^۲ (۱۹۹۸) و ناتوانی فرد دچار آسیب در استفاده مناسب از سیستم جنگ و گریز و توقف وی در حالت وحشت و عدم توانایی عملکرد یکپارچه مغز در ارسال حادثه تلخ به آگاهی و پردازش آن، با توجه به نظر ون در هارت^۳ و همکاران (۲۰۰۶) تاثیرگذاری این روش درمانی در یکپارچه‌سازی فعالیت قشر تازه-تازه‌ی مخ و آمیگدال وجود دارد. بنابراین بازپردازش داده‌ها به تدریج اجازه می‌دهد تا فعالیت ناحیه‌ی لیمبیک و پل مغزی حساس شده، کاهش پیدا کند و بدین ترتیب عملکرد قشر بالاتر مغز، تسهیل گردد. در سایر شرایطی که شناخت در دسترس نیست، تمرکز بارز بر احساسات بدنی منجر به بهبود نشانه‌ها از راه بازداری لوکوس سرلئوس و آمیگدال می‌شود. و زمانی که برانگیختگی سلول‌های راه انداز نورآدرنالین کاهش یابد ادراک فرد از خودش تغییر می‌کند، همان‌گونه که برگمن و فورگش^۴ (۲۰۰۰) عقیده دارند، این درمان تدریجاً قابلیت بالاتر عملکردهای مغزی را جهت لغو درون‌داد ساخت‌های لیمبیک فراهم می‌کند و در نتیجه کاهش فعالیت لیمبیک، کاهش برافروختگی و در نتیجه تلفیق تالاموس، آمیگدال، هیپوکامپ و عملکرد مغزی منسجم را به دنبال دارد.

^۱- reciprocal inhibition

^۲- Panksepp

^۳- van der Hart

^۴- Bergmann & Forgash

هم‌چنین درمان EMDR بر استفاده از تکنیک‌های شناختی در پردازش مجدد شناختی-عاطفی و خود باوری مثبت در مقابل هر آنچه قبلاً مشکلی (به عنوان مثال: تجاوز به عنف) را برای فرد ایجاد کرده است، و منجر به تشکیل باورهای منفی و ناسازگارانه در ذهن گردیده است، برای رساندن فرد به یک سطح کارکرد انطباقی تاکید می‌کند.

علاوه بر آن با توجه به عناصر دیگر این درمان از جمله، توجه دوگانه که منجر به تسهیل در پردازش داده‌ها می‌گردد. و استفاده از درمان‌های روانپوشی از جمله تداعی آزاد و بازخوانی خاطرات گذشته و پردازش مجدد آن خاطرات آسیب‌زا و بررسی عوامل راه‌انداز^۱ ناراحتی، و ارائه قالب‌های مناسب برای زندگی آینده مراجع، که در فرآیند این درمان استفاده می‌گردد. می‌توان چگونگی کارکرد این درمان را توضیح داد (شاپیرو و ۲۰۰۱، شاپیرو، فارست، ۱۹۹۷).

بررسی اجمالی از پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج کشور در زمینه درمان حساسیت-زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در معتادان جنسی نشان می‌دهد که پژوهش‌های اندکی در این خصوص در خارج از کشور صورت پذیرفته و تاکنون در داخل کشور تا سال ۹۰ پژوهشی در این خصوص صورت نپذیرفته است.

کاکس و هاوارد (۲۰۰۷)، یک مطالعه موردی بر روی استفاده از حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در اعتیاد جنسی ارائه دادند. هدف از اجرای این پژوهش بررسی تأثیر درمان EMDR بر بهبود یک زن دارای اعتیاد جنسی بود. نویسندگان بیان کردند که چگونه می‌توان از EMDR برای درمان آسیب‌های زود هنگام و هم‌چنین شرایط فعلی که منجر به اعتیاد جنسی می‌شوند، استفاده کرد. این مطالعه موردی نشان داد که چگونه EMDR، آموزش‌های اعتیاد جنسی، لزوم ملاقات‌های ۱۲ مرحله‌ای، و کار با یک حامی می‌توانند برای درمان این اختلال با هم ترکیب شوند.

هم‌چنین روت بام^۲ (۱۹۹۷) به بررسی اثر درمان EMDR پرداخت. این مطالعه کنترل شده که بر روی قربانیان تجاوز به عنف صورت گرفت، ثابت نمود که پس از سه جلسه درمان حساسیت‌زدایی از راه حرکت چشم و پردازش مجدد، نود درصد از افراد مورد مطالعه کاملاً از علائم اختلال استرس پس از سانحه بدور بودند. نتایج در مقیاس نشانگان اختلال استرس پس از سانحه، مقیاس تأثیر حادثه، پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس تجربه تجزیه‌ای^۴ به‌وسیله یک ارزیابی کننده مستقل، مورد سنجش قرار گرفت.

^۱ -trigger

^۲ -Cox, Howard

^۳ - Rothbaum

^۴ - dissociative experience scale

هم‌چنین ماریچ^۱ (۲۰۰۹) پژوهشی با هدف مقایسه درمان EMDR با سایر درمان‌ها از جمله بستری در بیمارستان و یا دریافت خدمت روان‌شناختی سرپایی انجام داد. دریافت که درمان EMDR در یک زن دارای اعتیاد متقابل با یک تاریخچه از تجاوز جنسی که دارای معیارهایی از وابستگی به الکل، وابستگی به حشیش و وابستگی به مسکن و PTSD داشت، به نسبت سایر درمان‌ها دارای اثر مثبت بوده. این درمان منجر به بهبود آزمودنی در تجربیات مبتنی بر شرم که مانع از بهبودی وی بود، گردید.

طی پژوهشی شاپیرو (۱۹۸۹) مطالعه‌ای کنترل شده با هدف بررسی تاثیر درمان حساسیت‌زدایی از راه حرکت چشم و پردازش مجدد روی بیست و دو زن قربانی تجاوز به عنف و آزار و آسیب ناشی از درگیری، اجرا نمود. نتایج بیانگر تاثیر مثبت درمان حساسیت‌زدایی از راه حرکت چشم و پردازش مجدد بر بهبود در شاخص پریشانی ذهنی و رفتارهای خود تخریبی در آزمودنی‌ها بود. نتایج به‌گونه مستقلی در جلسات پیگیری یک و سه ماهه مورد تایید قرار گرفتند.

گویگلیامو^۲ (۲۰۰۶)، در تایید نظرات نظریه پردازانی مانند کارنز و کاسل که عامل مهم گرایش به اعتیاد جنسی را نحوه شکل‌گیری خودپنداره بر اساس تجارب اولیه دوران کودکی می‌دانند، عنوان کرد که مشکلات خودپنداره و عزت نفس یکی از دلایل اصلی گرایش به اعتیاد جنسی است. او در پژوهش خود به این نتیجه رسید که عزت نفس پایین با مشکلات ارتباطی، عواطف منفی، آسیب‌های تجربه شده در دوران کودکی، هویت جنسی و جهت‌گیری جنسی ارتباط دارد. افرادی که نظر مثبتی راجع به خود ندارند اغلب سطح کارکرد پایینی دارند و در برقراری روابط صمیمانه دچار مشکل می‌شوند. بعضی از این افراد در مدیریت عواطف خود به خاطر خودپنداره ضعیفی که دارند دچار مشکل هستند.

بنابر پژوهش‌های انجام پذیرفته و نیاز جامعه به مداخلات تخصصی کارآمد جهت ارائه به جامعه علمی و درمانگران بالینی، محققان بر آن شدند که با استفاده از درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد به بررسی اثر بخشی این درمان در بهبود معتادان جنسی زن ایرانی بپردازند.

روش

با توجه به ماهیت طرح، این پژوهش مبتنی بر مطالعه تک آزمودنی^۳ است و از طرح پژوهشی چند خط پایه‌ای استفاده شده است. جامعه آماری در این طرح شامل همه معتادین جنسی زن در

^۱ -Marich

^۲ - Guigliamo

^۳ -single subject

شهر شیراز در سال ۱۳۹۰ بود. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل پنج نفر معتاد جنسی زن بودند. روش نمونه‌گیری مورد استفاده به صورت نمونه‌گیری هدفمند بوده است. برای غربال کردن افراد معتاد جنسی از افراد سالم از پرسشنامه تست غربالگری اعتیاد جنسی تجد نظر شده کارنز (SAS-TR) استفاده شد. ابتدا به تعدادی از افراد، که اکثراً کسانی بودند که با مراجعه به کلینیک‌های روانشناسی و مراکز بهزیستی و انجمن معتادان جنسی (SA)، از مقدار و نوع فعالیت جنسی خود اظهار عدم رضایت نموده بودند خواسته شد که پرسشنامه (SAS-TR) را تکمیل نمایند. پس از تکمیل این پرسشنامه افرادی که تشخیص اعتیاد جنسی، دریافت کرده، در گروه معتادین جنسی قرار گرفتند. پس از مشخص شدن اعتیاد جنسی در این افراد به وسیله مصاحبه بالینی از نظر معیارهای ورود و خروج از پژوهش بررسی شدند. هم‌چنین قبل از شروع فرآیند درمان به شرکت کنندگان واجد شرایط گفته شد که نتایج درمان آنها برای مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد و رضایت آنها در این زمینه جلب شد.

معیارهای ورود به پژوهش: ۱- اعتیاد جنسی، ۲- دارا بودن تجربه آزار جنسی در دوران کودکی

معیارهای خروج از پژوهش: ۱- داشتن بیماری قلبی و تنفسی، ۲- حاملگی

جدول ۱- داده‌های دموگرافیک شرکت کنندگان

سن	میزان تحصیلات	وضعیت تاهل	مدت زمان اعتیاد جنسی	سن اولین آزار جنسی	نوع اعتیاد
۲۰ سال	دوم دبیرستان	مجرد	۶ سال	۵ سالگی-۷ سالگی	رابطه با غیر همجنس، استمناء، رابطه جنسی مجازی
۴۳ سال	دیپلم	متاهل	۷ سال قبل از تاهل ۲۳ سال بعد از تاهل	۷ سالگی	قبل از ازدواج، رابطه با همجنس و غیر همجنس، بعد از ازدواج، روابط فرازناشویی، پیامک باز
۲۴ سال	اول راهنمایی	متاهل	۱۳ سال (توأم با ۱۰ سال اعتیاد به مواد مخدر)	۶ سالگی	رابطه با غیر همجنس
۲۸ سال	اول دبیرستان	مجرد	۱۵ سال	۶ سالگی	رابطه با همجنس و غیر همجنس، رابطه جنسی مجازی، استمناء
۱۷ سال	دوم دبیرستان	مجرد	۵ سال	۵ و ۷ سالگی	رابطه با غیر همجنس

ابزار پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه غربالگری اعتیاد جنسی تجدید نظر شده (SAST-R¹) استفاده شد. کارنز در سال ۱۹۸۸ مقیاس SAST را به عنوان اولین ابزار جهت تشخیص بیماری که علائم رفتارهای جنسی اجباری را نشان می‌دادند طراحی کرد. پژوهش‌های اولیه نشان دادند که این

¹ - Sexual Addiction Screen Test - Revised

مقیاس برای تشخیص گذاری مردان دگرجنس خواه مناسب بود. نهایتاً کارنر نسخه دوم SAST را با عنوان SAS-TR ارائه کرد. این پرسشنامه شامل ۴۵ پرسش بله، خیر می‌باشد. آزمون دارای یک بخش اصلی (شامل ۲۰ پرسش اول) و دو گروه زیر مقیاس می‌باشد. که برای افزایش توان غربال معنادار جنسی بخصوص زنان و همجنس بازان طراحی شده است. کارنر و همکاران (۲۰۱۰) روایی این آزمون را در گروه‌های گوناگون افراد به روش آلفای کرونباخ محاسبه کردند که برای مردان دگرجنس خواه ۰/۸۲، برای زنان ۰/۸۴ و برای مردان همجنس باز ۰/۸۹ گزارش شده است. همسانی درونی این پرسشنامه در زنان دانشگاهی ۰/۸۱، راهب‌ها ۰/۷۷، زنان معتاد جنسی مرخص شده از بیمارستان ۰/۹۱، مردان دانشگاهی ۰/۸۴، راهب‌ها ۰/۸۸، مردان معتاد جنسی مرخص شده از بیمارستان ۰/۹۰ و مردان معتاد جنسی بستری ۰/۹۶ گزارش شد. زاهدیان (۱۳۸۹) مقدار اعتبار آزمون را برای جمعیت ایرانی به روش محاسبه ضریب همبستگی پیرسون بین داده‌های وابسته برای ۷۰ آزمودنی زن و مرد به فاصله سه هفته ۰/۹۲ به دست آورد. روایی این پرسشنامه پس از تایید روایی صوری به‌وسیله متخصصان با محاسبه همبستگی پیرسون نمره زیر مقیاس اصلی و چهار زیر مقیاس پرسشنامه با نمره کل در ۷۰ آزمودنی ۰/۷۲ گزارش شد که حاکی از روایی و اعتبار مطلوب برای این پرسشنامه می‌باشد. با توجه به حجم نمونه ۵ نفر در این پژوهش امکان محاسبه روایی و پایایی این ابزار وجود نداشت.

شیوه گردآوری داده‌ها: در طرح‌های تک آزمودنی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل‌های نموداری و ترسیمی استفاده می‌شود و بر اساس صعود و نزول در مورد اثرات متغیر مستقل بر روی متغیر وابسته، قضاوت صورت می‌گیرد (هرسن، بارلو، ۱۹۷۶^۱). در این پژوهش نیز داده‌های مربوط به تغییرات درمانی به‌صورت ترسیمی و نموداری مورد بررسی قرار گرفت. و بر اساس صعود و نزول نمودارها در مورد اثرات متغیر مستقل (درمان حساسیت‌زدایی از راه حرکت چشم و پردازش مجدد) بر روی متغیر وابسته (اعتیاد جنسی)، قضاوت صورت گرفت. هم‌چنین برای محاسبه درصد بهبودی

$$\Delta A\% = \frac{A_0 - A_1}{A_0} \times 100$$

از فرمول زیر استفاده شد.

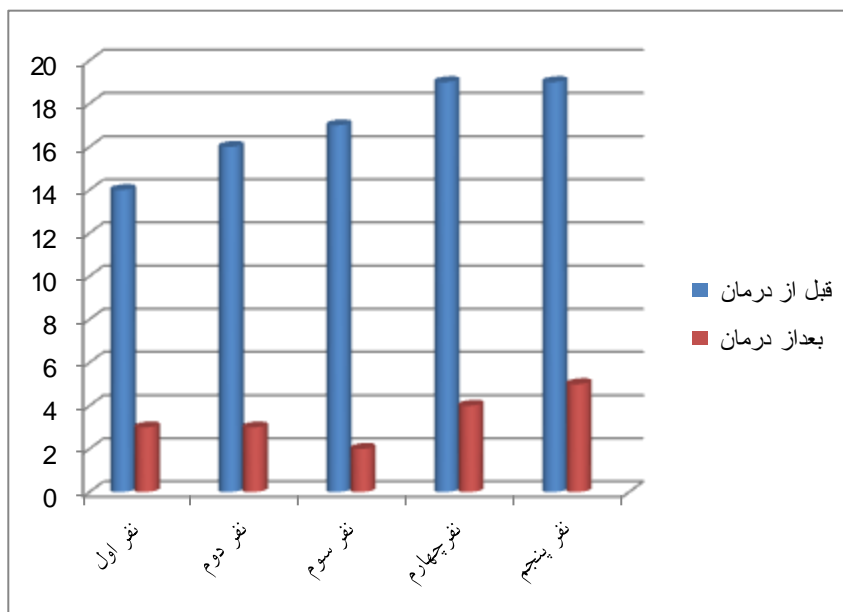
یافته‌ها

به‌منظور بررسی اثر درمان حساسیت‌زدایی از راه حرکت چشم و پردازش مجدد بر بهبود معنادار جنسی زن از پرسشنامه اعتیاد جنسی کارنر استفاده شد. نتایج نشان دهنده تایید این فرضیه گردید. نتایج این یافته در جدول شماره ۲ و نمودار شماره ۱ ارائه شده است

^۱ - Hersen - Barlow

جدول ۲- نمرات آزمودنی‌ها براساس داده‌های حاصل از پرسشنامه اعتیاد جنسی کارنز

نمرات	قبل از درمان	بعد از درمان	درصد بهبود
نفر اول	۱۴	۳	۷۸/۶
نفر دوم	۱۶	۳	۸۱/۳
نفر سوم	۱۷	۲	۸۸/۲
نفر چهارم	۱۹	۴	۷۸/۹
نفر پنجم	۱۹	۵	۷۳/۷



نمودار ۱- نمرات آزمودنی‌ها قبل و بعد از درمان بر اساس داده‌های حاصل از پرسشنامه اعتیاد جنسی کارنز

بر اساس جدول و نمودار فوق مقدار بهبود آزمودنی‌ها در اعتیاد جنسی از ۷۳/۷ تا ۸۸/۳ درصد گزارش گردید. نتایج نشانگر بهبود در معتادان جنسی زن می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر بهبود معتادان جنسی انجام شد.

با توجه به اینکه اعتیاد جنسی در زنان دارای زمینه‌ساز مهمی همچون مورد آزار جنسی قرار گرفتن در دوران کودکی می‌باشد. رابطه مثبت بین آسیب‌های وابسته به اعتیاد جنسی با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد. اثرات مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن در دوران کودکی در معتادان بعضاً با علائم خطور خاطرات آزار دهنده، احساس گناه به عنوان دفاعی در برابر درماندگی زمینه‌ای همراه است. این علائم منجر به ناتوانی در تنظیم حالات عاطفی و عدم توانایی ارتباط مناسب با ابژه می‌گردد. هم‌چنین معتاد جنسی به ایفای نقش‌هایی از جمله همه‌توانی^۱، آزارگری^۲ و قربانی می‌پردازد (کارنز، ۲۰۰۱).

در این راستا درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد که یک درمان مؤثر با ۸۰ تا ۹۵ درصد موفقیت در درمان اختلال استرس پس از سانحه است (شاپیرو، ۲۰۰۱). هم‌چنین علائم مشترکی بین اعتیاد جنسی و اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد (کارنز، ۲۰۰۱، رابینسون ۱۹۹۹، سالی، ۱۹۹۹، به نقل از کارنز و آدامز، ۲۰۰۲). بعلاوه تأثیر مثبت درمان EMDR در یکپارچه‌سازی کارکرد نیم‌کره‌های مغزی که به دلیل انشقاق در عملکرد مغز و غدد درون‌ریز در اختلال مذکور می‌باشد، مشاهده می‌گردد (شاپیرو، ۲۰۰۱). هم‌چنین تسریع ادغام بازسازی شناختی در سطح شناختی-عاطفی ضمن درمان نشانه‌های آسیب‌زا برای پردازش مجدد شناختی شامل: تعریف جدیدی از رویداد، پیدا کردن معنا در زندگی و کاهش مناسب خود سرزنشی است (جانوف، بالمن، ۱۹۸۵) در این درمان صورت می‌پذیرد.

از دیگر سو تمرکز درمان EMDR به جای توجه تنها به تسریع کننده‌های اعتیاد در شرایط کنونی، بر کاهش هیجانات آزار دهنده و شرم حاصل از مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن در کودکی و رفتارهای تکانشی، افسردگی و اضطراب منتهج از آن در معتادان جنسی می‌باشد (مک‌کاری، ایستاین، ۱۹۹۹، شاپیرو، ۲۰۰۱). مطالب مذکور هدایت‌کننده این پژوهش به استفاده از درمان EMDR بر بهبود معتادان جنسی بود.

نتایج بدست آمده از مداخلات درمانی با استفاده از روش درمانی EMDR در این پژوهش همسو با نتایج بدست آمده به‌وسیله ماریچ (۲۰۰۹)، کاکس و هاوارد (۲۰۰۷)، داتا و والیس (۱۹۹۶) و شاپیرو (۱۹۸۹) می‌باشد. یافته‌ها بیان می‌دارد که درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و

^۱ - Omnipotent rescuer

^۲ - abuser

پردازش مجدد در افراد دارای رفتارهای پرخطر و اعتیاد جنسی منجر به بهبود و کاهش رفتارهای شاخص آنان، گردیده است

بنابراین، به عنوان جمع‌بندی نتایج این پژوهش می‌توان گفت که براساس داده‌های بدست آمده از این پژوهش، می‌توان از درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد برای درمان اعتیاد جنسی، معتادان جنسی استفاده نمود.

از عمده‌ترین پیشنهادات پژوهشی برای درمانگران و محققان در استفاده از این روش درمانی، ۱- استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و طرح‌های پژوهشی تجربی که نتایج پژوهش را قابل تعمیم سازد. ۲- استفاده از رویکردهای درمانی دیگر و مقایسه نتایج آن با این پژوهش جهت استفاده جامعه علمی و معتادان جنسی ۳- نظر به لزوم استفاده از پژوهش در زمینه اعتیاد جنسی و شیوه‌های درمانی موثر و کمبود آن در ایران توجه به این مهم و انجام پژوهش‌های دیگر در این حوزه پیشنهاد می‌گردد.

پیشنهادات کاربردی: ۱- با توجه به اینکه شکل‌گیری و استمرار اعتیاد جنسی تابع عوامل زیادی می‌باشد، بنابراین پیشنهاد می‌گردد که سازمان‌ها و ارگان‌های مسئول ساماندهی معتادان جنسی از نتایج این پژوهش در تصمیم‌گیری‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت استفاده نمایند. ۲- در جهت پیشگیری از آسیب‌های ناشی از آزارهای جنسی در دوران کودکی، با شناسایی به موقع و مداخلات درمانی مناسب کودکان مورد آزار، از پیامدهای مخرب از جمله اعتیاد جنسی جلوگیری شود.

منابع

- دلاسلوا، پاتریشاکاولین (۱۹۹۶)، *رواندرمانی پویایی کوتاه مدت فشرده*، (ترجمه یوسفی مویه، مجید و همکاران، ۱۳۸۹). تهران: انتشارات نشروانیا.
- زاهدیان، سید فتح ا... (۱۳۸۹) *نقش سبک‌های دل‌بستگی، پیوند والدینی و خود‌پنداره بر اعتیاد جنسی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات فارس.
- سادوک و سادوک (۲۰۰۷)، *خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی*، (ترجمه فرزین رضاعی، ۱۳۸۸)، تهران، انتشارات ارجمند.
- شاپیرو، فرانسیس. فارست، مارگوت سیلک (۱۳۷۹)، *حساسیت‌زدایی از راه حرکت چشم و پردازش مجدد*، ترجمه هاشمیان، کیانوش و همکاران. چاپ اول، انتشارات بین‌الملل شمس، تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد)
- مدرسی، فریبا (۱۳۹۰) *تاثیر درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر بهبود معتادان جنسی زن*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، فارس.

- Bart, P. B., & Scheppele, K. L. (1980, August). There ought to be a law: Women's definitions and legal definitions of sexual assault. *Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association*, New York.
- Bergmann, U. & Forgash, C. (2000). *EMDR and ego state treatment of dissociation .Workshop presented at the International Society for the Study of Dissociation Conference*, San Antonio, TX
- Carnes, P. (1983). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction* .Minneapolis , : Hazel den Publishing
- Carnes, P. (1991). *Don t call it love: Recovery from sexual addiction*. New York:Bantam press.
- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: understanding sexual addiction*. Minnesota. Hazel den Publishing.
- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction* (3rd ed.).Center City, MN: Hazel den published
- Carnes, P., & Adams, K.M.(2002). *Clinical management of sex addiction*. United States. Rutledge.
- Carnes, P., Green, B., Carnes, S.(2010) The same yet different refocusing the sexual Addiction Screening Test(SAST) to reflect orientation and gender. *Sex Addiction & Compulsivity*.17:(1) 7-30
- Coleman-Kennedy, C., & Pendley, A. (2002). Assessment and diagnosis of sexual addiction. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 143-151.
- Cox, R ,P., Howard, M,D., (2007). Utilization of EMDR in the Treatment of Sexual Addiction: A Case Study. *Sexual Addiction & Compulsivity* . 14: 1-20.
- Datta, P,C. & Wallace, J. (1996).*Enhancement of victim empathy along with reduction of anxiety and increase of positive cognition of sex offenders after treatment with EMDR*. Paper presented at the EMDR Special Interest Group at the annual convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Dawn, M., Opitz Serge,V., Tsytsarev, M. & Jeffrey, Froh. (2009). Women's sexual addiction and family dynamics, depression and substance abuse .*Sexual Addiction & compulsivity*,16:324 -340,
- Hersen , M.,& Barlow, D. H. (1976). *Single- case experimental designs: strategies for studying behavior change*. New York: pergame on press.
- Guigliamo, J. (2006). Out of control sexual behavior: A qualitative investigation .*Sexual Addiction & Compulsivity*, 13:361-375.
- Janoff- Bulman, R. (1985). *The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions*. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner / Mazel

- Kasl, c.(1989). *Women, sex and addiction: A search for love and power*. New York: Harper &Row.
- Lee, J.K., Jackson, H.J., Pattison, P., Ward, T. (2002) .Developmental risk factors for sexual offending .*Child Abuse Negl.*73-92.
- Marich, J. (2009). EMDR in the addiction continuing care process : case study of the cross-addicted females treatment and recovery .*Journal of EMDR practice and Research* ,3(2) .
- McCrary, B. S. & Epstein, E, E. (1999). *Addictions: A comprehensive guidebook*. NewYork, NY: Oxford
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human animal emotions* .New York: Oxford University Press.
- Poudat, F. (2005). La dependence amoure use: *quand le sexeetl' amour deviennent des drogues* .france Jacob.
- Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317–334.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories .*Journal of Traumatic Stress*, 2: 199–223.
- Shapiro, F. (2001).*Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. & Forrest, M. S. (1997).*Eye movement desensitization and reprocessing(EMDR): The breakthrough eye movement therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. New York, NY: Basic.
- Schaeffer, B. (2009). *Is it love or is it addiction?* (3"* ed).Center City, MN: Hazelden.
- Schneider, J. (1994). Sex addiction controversy, diagnosis and case histories. *Sexual Addiction and Compulsivity*,/(1), 19-44. I
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation in the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton