

بررسی اثربخشی درمان باز آفرینی خیالی و پردازش مجدد بر کاهش سطح آشفتگی ذهنی و تصاویر راجعه مربوط به سانحه جانبازان

The effectiveness of imagery receipting and reprocessing therapy on reduction of subjective units of distress and recurrent images on war disabled with post traumatic stress disorder

علی‌رضا زینتی‌افخم*، فرامرز سهرابی**، احمد برجعلی***

Abstract

Introduction: the aim of present study is investigating the efficiency of imagery receipting and reprocessing therapy that is a treatment based on guided mental imagery on decreasing mental disturbance level and the images related to accidents and events of Iran's war veterans who are suffering post traumatic stress disorder.

Method: in this research 4 veterans suffering from post traumatic stress disorder were tested as available samples. By applying multiple base-lines design, the efficiency of treatment method and consistency of results were determined one month after treatment. These optimum therapeutic results were obtained just through using visual imagination of patients and without verbal challenges with their negative beliefs. In this research, Suds' and CAPS scales were used as research tools.

Results: according to obtained results, after applying under testing method, we observed significant decrease in intensity of emerging the images related to accidents of patients. Also, total level of mental turmoil of settees declined significantly. This treatment method has been successful in decreasing the level of mental turmoil and intensity of recurrent images compared to decline in abundance of recurrent images emergence.

Discussion: accepting disturbing mental images as the main core of stress disorder after accident require adopting and applying totally imaginary treatments or at least, applying this element as a fundamental factor in treatment of this disorder. This research is conducted along with performed researches in this field with the aim of proving the efficiency of imaginary treatments and stating the necessity of developing and promoting the application of these kinds of treatments.

Keywords: PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), Imagery Receipting and Reprocessing Therapy (IRRT), Intrusive Recurrent Images, Subjective Units of Distress

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه بررسی اثربخشی درمان باز آفرینی خیالی و پردازش مجدد، که درمانی مبتنی بر تصویرسازی ذهنی هدایت شده است؛ بر کاهش سطح آشفتگی ذهنی و تصاویر راجعه مربوط به سانحه جانبازان جنگ ایران که مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه می‌باشند، بوده است.

روش: در این پژوهش تعداد ۴ نفر جانباز مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، به صورت نمونه در دسترس مورد آزمون قرار گرفتند. با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه، اثربخشی روش درمان و پایداری نتایج درمانی یک ماه پس از درمان، مشخص شد. این پیامدهای مطلوب درمانی، صرفاً با استفاده از تجسمات بصری بیماران و بدون چالش کلامی با باورهای منفی آنان، به دست آمد. در این پژوهش مقیاس‌های CAPS و SUDs به عنوان ابزارهای تحقیق مورد استفاده قرار گرفتند.

نتایج: مطابق نتایج به دست آمده، پس از کار بست شیوه درمانی مورد آزمایش، به طور موثری از میزان فراوانی و شدت بروز تصاویر راجعه مربوط سانحه بیماران کاسته شد. همچنین سطح کلی آشفتگی ذهنی آزمودنی‌ها به میزان زیادی کاهش پیدا کرد. این شیوه درمانی در مورد کاهش سطح آشفتگی ذهنی و شدت بروز تصاویر راجعه، نسبت به کاهش فراوانی بروز تصاویر راجعه، موفق تر عمل کرده است.

بحث: پذیرش تصاویر ذهنی مزاحم به عنوان هسته اصلی اختلال استرس پس از سانحه، مستلزم پذیرش و به کارگیری درمان‌های اساساً تصویری (تصوری) یا لاقط به کارگیری این عنصر به عنوان مولفه‌ای اساسی در درمان این اختلال خواهد شد. این پژوهش هم‌راستا با پژوهش‌های به عمل آمده در این حوزه، در پی تبیین اثربخشی درمان‌های تصویری و بیان لزوم گسترش کاربرد این نوع درمان‌هاست.

کلید واژه‌ها: اختلال استرس پس از ضربه، درمان باز آفرینی خیالی و پردازش مجدد، تصاویر راجعه مزاحم، سطوح آشفتگی ذهنی

مقدمه

اختلال استرس پس از ضربه، یک اختلال اضطرابی است که به واسطه نفوذ خودبه‌خودی خاطرات نامطلوب و ناخواسته مشخص می‌شود که سبب وقوع پریشانی و ناراحتی مفرط روانشناختی می‌شود (الرز و ستیل، ۱۹۹۵؛ بروین، دلگلیش و جوزف، ۱۹۹۶). اختلال استرس پس از ضربه، اغلب یک وضعیت پیچیده، مزمن، و طولانی مدت است. ماهیت مزمن، چند ریختی، و دیرپای این اختلال، دامنه و حوزه متعددی از علائم را شامل می‌شود که هر کدامشان می‌توانند به عنوان اختلالی قابل تشخیص، قلمداد گردند. این وضعیت شامل دوره‌های بهبود و دوره‌هایی از بازگشت درهم شکننده علائم می‌شود که ناشی از یک یا چند واقعه می‌باشد (فوآ و همکاران، ۲۰۰۰). شدت، وسعت، دیرپایی و تشخیص هم‌ابتلائی‌ها، اهمیت زیادی در فرایند اتخاذ تصمیم درباره زمان و انتخاب درمان، دارد (فوآ و همکاران، ۲۰۰۰). اگرچه - صرف‌نظر از نوع آسیب - معیارهای تشخیصی، شبیه و یکسان هستند؛ اما در عرضه، مشکلات و اثربخشی درمان (ها)، تفاوت‌هایی وجود دارد (لمباردو و گری، ۲۰۰۵). گمان می‌رود که، تجربه مکرر خاطرات مزاحم و ارزیابی منفی از این خاطرات، سهم عمده‌ای در ثبات و پایداری PTSD دارد. پی‌آیند تجربه آسیب، و به‌واسطه پردازش نامناسب و ناکافی، رفتارهای غیرانطباقی خاصی (نظیر سرکوبی، نشخوار ذهنی و اجتناب) صورت می‌گیرد؛ که این خود سبب به‌وجود آمدن چرخه معیوب فزاینده‌ای بین خاطرات مزاحم و رفتارهای ناسازگارانه خواهد شد. این روند به شکل‌گیری و تداوم مشکلات آسیب‌شناختی منجر می‌شود (بروین، ۲۰۰۱).

تصدیق و فهم شیوع تصاویر مزاحم مانند کابوس‌های شبانه و فلش‌بک‌ها در پی مواجهه با یک ضایعه روانی، به کارهای ژانه در اواخر قرن نوزدهم بازمی‌گردد (مک مهن و شیک، ۲۰۰۳). اخیراً، نظریه‌پردازان شناختی - رفتاری پیشنهاد داده‌اند که PTSD و ماهیت مزمن علائم مرضی (لااقل بخش وسیعی از آن‌ها) ممکن است قابل اسناد به تصاویر مزاحم و بی‌نظمی تصورات و تصویرسازی‌های ذهنی

باشد (فلسستی، مانیر، دیویس و رزنیک، ۲۰۰۲؛ ویتولیت، ۲۰۰۶). این موضوع بدیهی انگاشته شده است که، در مواجهه با ماشه‌چکان‌ها (راه‌اندازها) و یا خاطرات مربوط به ضایعه روانی، تصورات آسیب‌زا (تروماتیک) فراخوانده و برانگیخته می‌شوند و این به نوبه خود، شبکه‌ای از اطلاعات شامل: طرحواره‌های مربوط به تروما، هیجانات، رفتارها و حالات عاطفی - فیزیولوژیکی، را فعال می‌سازد (برت و آستراف، ۱۹۸۵؛ لنگ، ۱۹۷۷). بدین ترتیب برخی از نظریه‌پردازان اشاره کردند که ممکن است، تصویرسازی ذهنی، کانال و مجرای باشد برای درمان موثر PTSD. فعال‌سازی روشن و واضح تصورات آسیب‌زا، در یک وضعیت ایمن، به بازماندگان و آسیب‌دیدگان کمک می‌کند تا تسلط خود بر تصاویر را ارتقا دهند، با تصاویر و برانگیختگی فیزیولوژیکی مربوط به ضایعه خوگیری حاصل کنند، و طرحواره‌های ناسازگار و غیرانطباقی خود را تعیین و اصلاح نمایند (فوآ و کوزاک، ۱۹۸۶؛ گری، یانگ و هلمز، ۲۰۰۲؛ لنگ، ۱۹۷۷).

مطالعات تجربی‌ای که به آزمون وضوح و روشنی تصویرسازی و توانایی کنترل آن در PTSD می‌پردازند، پیشنهاد می‌کنند که احتمالاً این کیفیات (وضوح و توانایی کنترل تصاویر) در فهم و درمان اختلال، نقش مهمی بازی می‌کنند (براینت و هاروی، ۱۹۹۶؛ لائر و همکاران، ۱۹۹۸؛ لائر و همکاران، ۱۹۹۹). براساس مطالعات مذکور، پیشنهاد شده است که تصویرسازی ذهنی در آن دسته از شرکت‌کنندگان در آزمایش، که مبتلا به PTSD می‌باشند و از نشانگان تجربه مجدد حوادث رنج می‌برند، بسیار واضح‌تر از سایر شرکت‌کنندگان در طرح پژوهشی است؛ و این‌که توانایی ضعیف و ناچیز در کنترل تصویرسازی‌های ذهنی، با برانگیختگی فیزیولوژیک بیش‌تری نسبت به نشانه‌های تروما، همراه است. لائر و همکاران (۱۹۹۹) گزارش کرده‌اند که، احتمالاً این مدارک و مستندات به ما نشان می‌دهند که توانایی پایین و ضعیف در کنترل تصاویر، با آسیب‌شناسی روانی وخیم‌تر، صفات شخصیتی آشفته و مختل و اضطراب بیش‌تر، همراه است.

کریستینسن، ۲۰۰۷؛ لانگ و کوپولین، ۲۰۰۹؛ سموکر، دنسو، فوآ و نیدری، ۱۹۹۵).

هدف IRRT این است که PTSD و نشانگان همراه با آن را از طریق پردازش هیجانی خاطره آسیب و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار، کاهش دهد؛ در حالی که توانایی بیماران را برای خود - آرام‌سازی و دل‌جویی از خویشتن، افزایش می‌دهد (گرونر، سموکر، ویس و راش، ۲۰۰۳). باورهای نادرست ثانویه، نظیر: ناتوانی، بی‌اعتمادی، گناه / شرم و نقص و بی‌کفایتی، طی مراحل بازآفرینی تصویری خود - حمایتگری و تسلط‌یابی، به چالش کشیده می‌شوند (سموکر، دنسو، فوآ و نیدری، ۱۹۹۵).

به‌واسطه نوپدید بودن شیوه درمانی بازآفرینی خیالی، عمده شواهد موجود در مورد اثربخشی این روش درمانی حاصل از وقایع‌نگاری‌ها و تحقیقات موردی است؛ و شواهد حاصل از طرح‌های تجربی آزمایشی بسیار معدود است. علاوه بر این، تاکنون اثربخشی این روش درمانی در بین کهنه سربازان مبتلا به PTSD مزمن، که جمعیتی مهم و قابل توجه از این دسته از بیماران هستند، آزموده نشده است. این مطالعه به دنبال تعیین اثربخشی تکنیک درمانی بازآفرینی خیالی و پردازش مجدد، در بین گروهی از بیماران مبتلا به PTSD مزمن است. مسئله اساسی این است که آیا این شیوه درمانی، در کاهش نشانگان اختلال استرس پس از ضربه موثر واقع می‌شود؟ آیا بیماران در پاسخ‌گویی به فرایند درمان و بهره‌گیری از فواید و نتایج درمانی، تفاوت‌های فردی چشمگیر و قابل ملاحظه‌ای دارند؟ حوزه اثر این شیوه درمانی تمامی خوشه‌های علامتی اختلال را دربرمی‌گیرد یا فقط در مورد علامت خاصی موثر واقع می‌شود؟

البته، در این مطالعه محقق بر مسائل جزئی‌تری متمرکز شده است؛ و به دنبال یافتن پاسخی علمی به این سوالات اساسی نیز هست که: آیا این روش، توانایی کاهش (شدت و فراوانی) تصاویر راجعه بیماران PTSD مزمن ناشی از جنگ، را دارد؟ آیا شیوه درمانی بازآفرینی خیالی و پردازش مجدد قادر است تا از سطح

این مطالعات درباره وضوح تصاویر و کنترل تصورات در اختلال استرس پس از ضربه، بر این امر اشاره دارند که یک کار ترکیبی بر روی توانایی کنترل و وضوح تصویرسازی ذهنی، به احتمال زیاد نتایج و پیامدهای درمان را ارتقا خواهد بخشید (لاثر و همکاران، ۱۹۹۸). این نتایج، به‌ویژه به یک نوع از درمان PTSD مربوط می‌شوند که از بازآفرینی تصویری^۱ استفاده می‌کند؛ چرا که این تکنیک، جهت کاهش آشفتگی، تاکید و تمرکز ویژه‌ای بر دستکاری و اصلاح تصاویر ذهنی، توسط بیمار دارد (ژرمین و همکاران، ۲۰۰۴؛ کرکاو، کلنر، پتاک و لمبرت، ۱۹۹۵).

درمان بازآفرینی تصویری و پردازش مجدد^۲ (IRRT) در اصل در اواسط دهه ۱۹۹۰ جهت درمان بزرگسالان بازمانده از سوءاستفاده جنسی در کودکی، ایجاد شد. اکنون، این درمان برای دربرگرفتن سایر حوادث تروماتیک، مثل سوانح صنعتی و تصادفات وسایل نقلیه موتوری و تجاوزات به عنف، بسط و گسترش یافته است. IRRT چهار عنصر اساسی درمانی را شامل می‌شود: (۱) مواجهه تصویری، که برای فعال ساختن خاطره آسیب به همراه هیجانات پریشان‌کننده و شناخت‌واره‌های غیرانطباقی مرتبط با آن، به کار می‌رود؛ (۲) بازآفرینی تصویری، که طی آن خاطره آسیب طوری اصلاح می‌شود که تصور قربانی شدن / آسیب دیدن، با تصور مقابله و تسلط، جابه‌جا گردد؛ (۳) تصور خود آرام‌سازی / رسیدگی^۳، که طی آن بیماران خود را به عنوان یک فرد بالغ مجسم می‌کنند که به کودک آسیب‌دیده (سن فرد در زمان آسیب) آرامش، تسلی و اطمینان مجدد می‌دهند؛ و پردازش کلامی و زبانی، که مستلزم دگرگون ساختن و تغییر شکل هیجانات و تصورات آسیب‌زا به شکل یک روایت کلامی است در حالی که هم‌زمان با آن، باورهای نادرست مربوط به آسیب را به چالش می‌کشد (آرنتز، تیزما و کینت، ۲۰۰۷؛ گرونر، ویس، سموکر و

1- Imagery receipting.

2- Imagery Receipting and Reprocessing Therapy.

3- self-calming / nurturing imagery.

نقاطی مورد استفاده قرار گرفته است که از پایین ترین نقطه خط پایه، پایین تر رفته باشد.

جامعه آماری این پژوهش عبارت است از جانبازان مبتلا به PTSD مزمن در شهر تهران که پرونده‌ها و مدارک آنان در بایگانی سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران تهران، موجود بوده است. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از میان افرادی که جهت درمان به کلینیک‌های درمانی سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تهران مراجعه نمودند، تعداد ۴ نفر که همگی بر اساس تشخیص روانپزشک، مبتلا به PTSD ناشی از جنگ بودند، به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. در انتخاب آزمودنی‌ها، سعی شد از بیمارانی استفاده شود که اختلالات روانپزشکی همراه نداشته باشند، و همچنین هیچ‌کدام از افراد پژوهش حاضر، اعتیاد به مواد مخدر نداشتند.

در این پژوهش، از آن جایی که هر آزمودنی، کنترل خود نیز محسوب می‌شود؛ تلاش نشد که بیماران از بین گروه‌های همگن (از نظر سن، جنس، تحصیلات، مدت اختلال و ...) انتخاب شوند. تمامی این افراد توسط روانپزشک مرکز تحت مصاحبه تشخیصی قرار گرفته و ملاک اختلال را کسب کرده بودند. در نهایت توسط مقیاس CAPS مورد بررسی نهایی قرار گرفتند. توضیح مختصری درباره ماهیت اختلال، درمان‌های موجود، درمان حاضر و منطق آن، مسائل مربوط به نحوه همکاری دوجانبه و تعداد احتمالی جلسات درمان، و دیگر تذکرات مربوط به اصول حرفه‌ای روان‌درمانگری، به بیماران داده شد. پس از اخذ موافقت، جلسات ارزیابی اولیه تعیین و طی آن‌ها خط پایه اولیه معین گردید. سپس فاز درمانی آغاز شد.

آشفته‌گی ذهنی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، بکاهد؟

روش

پژوهش حاضر، یک طرح مداخله‌ای بر اساس مطالعه تک موردی است، که با استفاده از طرح خط پایه چندگانه به عمل آمده است. هدف اساسی طرح خط پایه چندگانه، نمایش تغییرات در نشانه‌ها، در نتیجه درمان، در تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه است. در طرح خط پایه چندگانه، شرکت‌کنندگان به‌طور پیاپی و پشت سر هم درمان می‌شوند. ارزیابی‌های هفتگی مکرر متغیرهای هدف، در طی دوره پژوهش انجام می‌گیرد. این شیوه پژوهشی، داده‌های مربوط به هر شرکت‌کننده را به صورت موردی، تحت بررسی قرار می‌دهد و عموماً از روش‌های پیچیده آماری برای تجزیه و تحلیل موفقیت درمانی استفاده نمی‌کند. به‌جای آن، میزان تغییرات در هر شرکت‌کننده را توصیف می‌کند که در این‌جا، هر بیمار به عنوان کنترل خود عمل می‌کند.

جهت عینی‌سازی داده‌های حاصل از این طرح، از روش معنی‌داری بالینی نیز استفاده شد. برای به‌دست آوردن معنی‌داری بالینی از فرمول درصد بهبودی استفاده می‌شود. در این فرمول، نمره پیش‌آزمون را از نمره پس‌آزمون کم می‌کنیم و حاصل آن را بر نمره پیش‌آزمون تقسیم کرده؛ عدد به‌دست آمده را در ۱۰۰ ضرب می‌کنیم (حمیدپور، ۱۳۸۶).

برخی از پژوهشگران همچنین تعیین میزان اثر یک مداخله آزمایشی را از طریق محاسبه درصد داده‌هایی که هم‌پوشی ندارند، توصیه کرده‌اند. درصد عدم هم‌پوشی داده‌ها به این شرح محاسبه می‌گردد: این درصد از حاصل تقسیم تعداد نقاط داده‌های مداخله آزمایشی که از بالاترین (یا پایین‌ترین در صورت مناسب بودن) نقطه داده خط پایه فراتر رفته است بر مجموع تعداد نقاط داده‌های عمل آزمایشی به‌دست می‌آید (گال، بورگ و گال، ۱۳۸۶). در این آزمایش،

جدول ۱- خلاصه طرح اصلی درمان IRRT

| جلسات | فعالیت‌های ویژه هر جلسه | زمان |
|---------|--|----------|
| جلسه ۱ | جمع‌آوری اطلاعات (مصاحبه ابتدایی) | ۱/۵ ساعت |
| جلسه ۲ | تشریح منطق درمان/تجربه مجدد تصویری صحنه آسیب (تجربه مجدد آن چه که واقعاً رخ داده، در زمان و به زبان حال) / ایجاد و رشد تصور تسلط: نسخه‌ای مجدد و روایتی تازه از صحنه آسیب که شامل راهبردهای مقابله‌ای برای دفع متجاوز یا تغییر موقعیت پریشان‌کننده می‌باشد. پس از تکمیل تصور تسلط، تسهیل تصور «بالغ-رسیدگی-قربانی» | ۲ ساعت |
| جلسه ۳ | بازبینی تکلیف خانه/تکرار صحنه آسیب/تکرار صحنه تسلط/تکرار تصور بالغ-رسیدگی-قربانی | ۱/۵ ساعت |
| جلسه ۴ | بازبینی تکلیف خانه/تکرار صحنه آسیب/تکرار صحنه تسلط/تکرار تصور بالغ-رسیدگی-قربانی | ۲ ساعت |
| جلسه ۵ | بازبینی تکلیف خانه/تکرار صحنه آسیب/تکرار صحنه تسلط/تکرار تصور بالغ-رسیدگی-قربانی | ۱/۵ ساعت |
| جلسه ۶ | بازبینی تکلیف خانه/تکرار صحنه آسیب/تکرار صحنه تسلط/تکرار تصور بالغ-رسیدگی-قربانی | ۱/۵ ساعت |
| جلسه ۷ | بازبینی تکلیف خانه/بالغ به قربانی «رسیدگی» می‌کند/تکرار تصور بالغ-رسیدگی-قربانی | ۱/۵ ساعت |
| جلسه ۸ | بازبینی تکلیف خانه/بالغ به قربانی «رسیدگی» می‌کند/تکرار تصور بالغ-رسیدگی-قربانی/بحث در مورد موضوعات مربوط به خاتمه درمان | ۱/۵ ساعت |
| جلسه ۹ | بازبینی تکلیف خانه/بالغ به قربانی «رسیدگی» می‌کند/تکرار تصور بالغ-رسیدگی-قربانی | ۱/۵ ساعت |
| پی‌گیری | ۳ ماه و ۶ ماه پس از درمان (در این پژوهش ۱ ماه) | |

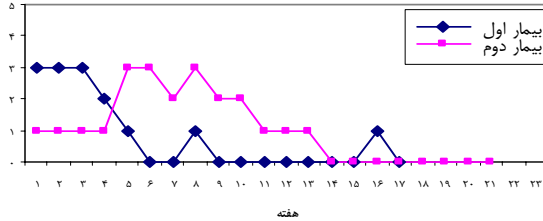
جدول حاضر، تغییر یافته خلاصه طرح درمانی است که اصل آن توسط سموکر، دنسو، فوآ و نیدری (۱۹۹۵) ارائه گردیده است. طرح درمانی سموکر و همکاران، برای درمان بازماندگان از سوءاستفاده جنسی کودکانی که مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شده‌اند، طراحی گردیده است. برای سایر جمعیت‌های مبتلا به اختلال، تغییرات مقتضی (مثلاً سن شخص در زمان آسیب) باید صورت پذیرد.

ابزار تحقیق در این پژوهش مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه و مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی بود. مقیاس CAPS در اصل بر روی کهنه سربازان جنگی اعتباریابی شده، اما اکنون به‌طور موفقیت‌آمیزی در دامنه گسترده‌ای از جمعیت‌های آسیب‌دیده نظیر: قربانیان تجاوز، خشونت، تصادفات و وسایط نقلیه موتوری، زنا با محارم، هولوکاست، شکنجه و سرطان، به کار رفته است. این مقیاس برای تشخیص اولیه یا به عنوان ابزار سنجش پیامدها در بیش از ۲۰۰ مطالعه تجربی در باب PTSD به کار رفته و به زبان‌های متعددی ترجمه گردیده است. در چنین مطالعاتی،

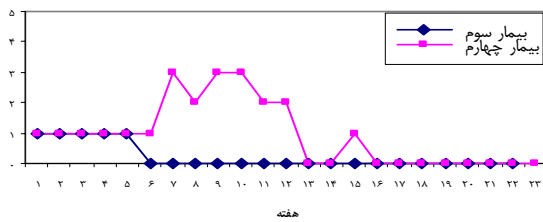
ضرایب پایایی (پایایی ارزیاب‌ها) این مقیاس در باب نمره‌های فراوانی و شدت مربوط به سه خوشه علائم (تجربه مجدد، کرختی و اجتناب و بیش برانگیختگی)، از ۰/۹۲ تا ۰/۹۹ در تغییر بوده است. همسانی درونی این تست بالا بوده است؛ ضرایب آلفا برای این سه دسته علامتی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ متغیر بوده (در یک مطالعه ۰/۸۸ برای تجربه مجدد، ۰/۸۷ برای اجتناب و کرختی، ۰/۸۸ برای بیش برانگیختگی، و ۰/۹۵ برای تمامی ۱۷ ماده اصلی). اعتبار همگرایی این آزمون با مقیاس می‌سی‌سی‌پی، ۰/۷۰ برآورد شده است. حساسیت تشخیصی این آزمون ۷۴ درصد، عملکرد اختصاصی ۸۴ درصد و کارایی آن ۷۹ درصد برآورد شده است (ودرز، کین و دیویدسن، ۲۰۰۱؛ ودرز، راشیو و کین، ۱۹۹۹).

در ایران، فیروزآبادی و همکاران (۱۳۸۸) به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس پرداختند. در بررسی میزان پایایی از دو روش بازآزمایی با فاصله دو هفته و محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد. به‌منظور محاسبه روایی مقیاس، تحلیل عاملی با روش تحلیل مولفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. درصد فراوانی و شدت

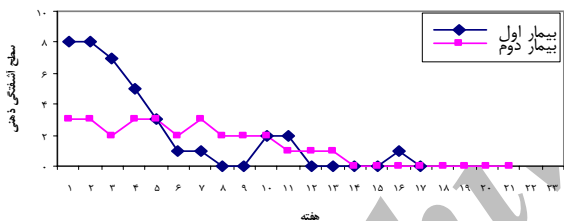
نمودار ۳- تغییرات شدت بروز تصاویر راجعه، طی مراحل خط پایه، اعمال درمان و دوره پیگیری



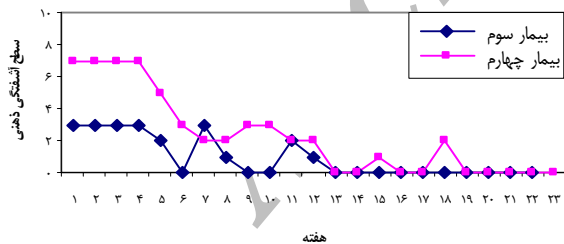
نمودار ۴- تغییرات شدت بروز تصاویر راجعه، طی مراحل خط پایه، اعمال درمان و دوره پیگیری



نمودار ۵- تغییرات سطح آشفتگی ذهنی، طی مراحل خط پایه، اعمال درمان و دوره پیگیری



نمودار ۶- تغییرات سطح آشفتگی ذهنی، طی مراحل خط پایه، اعمال درمان و دوره پیگیری



جدول درصد عدم همپوشی داده‌ها و میزان بهبودی برای هر کدام از شاخص‌های مورد بررسی محاسبه گردید.

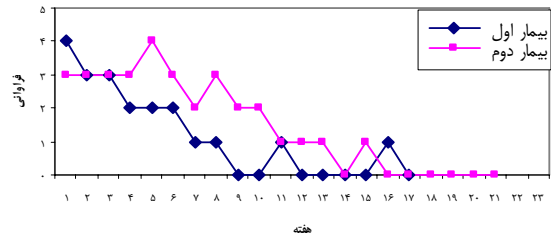
علائم تشخیصی در جمعیت مورد مطالعه، محاسبه شد. همچنین ضریب پایایی با روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی با روش تحلیل مولفه‌های اصلی نشان دهنده روایی بالای مقیاس بود.

Suds به عنوان یک مقیاس خودسنجی برای درجه‌بندی شدت ناراحتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس از ۰ تا ۱۰ یا از ۰ تا ۱۰۰ درجه‌بندی شده است. نمره ۰ نشان دهنده هیچ‌گونه ناراحتی و نمره ۱۰ یا ۱۰۰ نشان دهنده بیش‌ترین ناراحتی می‌باشد. این مقیاس یکی از شایع‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری میزان آشفتگی ذهنی و ناراحتی تجربه شده توسط افراد، در حوزه درمان‌های شناختی- رفتاری است؛ که به عنوان معیار و محکی جهت ارزیابی میزان پیشرفت درمان به‌وسیله متخصص یا مشاهده‌گر، به کار برده می‌شود.

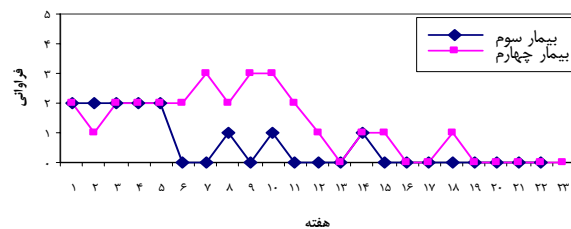
نتایج

نمودارهای فراوانی و شدت بروز تصاویر راجعه بیماران و سطح آشفتگی ذهنی آن‌ها، پس از ارزیابی‌های مکرر هفتگی ترسیم شد. این نمودارها دربردارنده مرحله خط پایه برای هر آزمودنی، مرحله اعمال متغیر آزمایشی و مرحله پی‌گیری یک ماه پس از پایان درمان می‌باشند.

نمودار ۱- تغییرات فراوانی بروز تصاویر راجعه، طی مراحل خط پایه، اعمال درمان و دوره پیگیری



نمودار ۲- تغییرات فراوانی بروز تصاویر راجعه، طی مراحل خط پایه، اعمال درمان و دوره پیگیری



جدول ۲- میزان بهبودی و درصد عدم همپوشی در شاخص های شدت و فراوانی تصاویر راجع به بیماران

| بیمار | میزان بهبودی (درصد) | | درصد عدم همپوشی داده‌ها | |
|---------|---------------------|---------|-------------------------|---------|
| | شدت | فراوانی | شدت | فراوانی |
| بیمار ۱ | ۶۹ | ۸۰ | ۹۱ | ۹۱ |
| بیمار ۲ | ۵۰ | ۴۶ | ۷۳ | ۳۸ |
| بیمار ۳ | ۸۳ | ۹۳ | ۹۳ | ۹۳ |
| بیمار ۴ | ۳۸ | ۳۳ | ۳۳ | ۴۶ |

جدول ۳- میزان بهبودی و درصد عدم همپوشی در شاخص سطح آشفتگی ذهنی بیماران

| بیمار | میزان بهبودی (درصد) | درصد عدم همپوشی |
|---------|---------------------|-----------------|
| بیمار ۱ | ۷۷ | ۱۰۰ |
| بیمار ۲ | ۵۰ | ۵۳ |
| بیمار ۳ | ۸۰ | ۹۳ |
| بیمار ۴ | ۷۹ | ۱۰۰ |

کرد. بدین ترتیب در رویکرد درمانی رفتاری - شناختی، تصاویر ذهنی نه کاملاً خصلت نمادین دارند و نه صرفاً رونوشت واقعیت هستند. در این پژوهش، شیوه برخورد محقق با تصاویر ذهنی بیماران، متاثر از نوعی نظریه شناختی - پردازش اطلاعاتی بود که عمدتاً با نام بروین (بروین، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۶؛ ۲۰۰۷؛ بروین، دلگلیش و جوزف، ۱۹۹۶) شناخته می‌شود. سعی شد که تاثیر روش درمانی بازآفرینی خیالی و پردازش مجدد مستقیماً بر روی تصاویر راجعه بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه آزمایش گردد.

دو فرضیه اصلی در این پژوهش راهنمای عملکرد محقق بود. فرضیه اول: شیوه درمانی IRRT، در کاهش فراوانی و شدت تصاویر راجعه و مزاحم بیماران مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ موثر است. نمودارهای حاصل از اندازه‌گیری‌های مکرر فراوانی و شدت تصاویر راجعه بیماران، ارائه گردید. طی دوره‌های ثبت خطوط پایه، شاهد ثبات نسبی علائم بیماران بودیم. تغییرات به عمل آمده در وضع و حال بیماران در اثر اعمال عمل آزمایشی، به واسطه مقایسه هر شخص با دوره خط پایه خودش و مقایسه افراد با نفرات قبل و بعد از خود، مشخص شد.

نمودارهای شاخص فراوانی تصاویر راجعه و نمودارهای شاخص شدت تصاویر راجعه، بیانگر کاهش دفعات بروز افکار و تصاویر ناخواسته و فرو کاسته شدن از شدت ایجاد اختلال در عملکرد ناشی از تصاویر راجعه مربوط به آسیب، در بین بیماران، به واسطه اعمال روش درمانی است. آزمودنی‌ها عمدتاً فراز و

بحث

در این پژوهش تلاش شد تا بر اساس آموزه‌های سنت درمانی مبتنی بر تصویرسازی ذهنی به طور عام و روش درمانی بازآفرینی خیالی و پردازش مجدد به طور خاص، عنصر تصویر ذهنی ناشی از ضربه، پایه و اساس فرایند و روش درمانی قرار گیرد.

توجه نظام‌مند به عنصر تصویر ذهنی، پس از فریود آغاز گردید. در ابتدا کسانی چون آدلر و یونگ، تصاویر ذهنی بیماران را در بافتی نمادین و قالبی کلی مورد توجه قرار می‌دادند. پس از غلبه سنت رفتار درمانی، توجه به تصاویر ذهنی خاصیتی کاملاً عینی و جزئی پیدا کرد. روش حساسیت‌زدایی نظام‌دار ولپی، نمونه بارز این طرز برخورد با تصاویر ذهنی است. پدیدآیی مکتب شناخت‌درمانی، لایه‌های ذهنی و افکار و باورهای فرد را مدنظر قرار داد و تصاویر ذهنی را به‌عنوان پدیدار ذهن و شناخت، مورد بررسی قرار داد. توجه مجدد به نحوه تلقی و تفسیر فرد از موقعیت، تصاویر ذهنی را در سنت شناخت‌درمانی، حائز اهمیت

یادآوری خاطرات غیرآسیب‌زا و کم‌تر برانگیزاننده، و موجب بازداری یادآوری خاطرات تروماتیک می‌گردد (بروین، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۶؛ ۲۰۰۷؛ بروین، دلگلیش و جوزف، ۱۹۹۶).

طی گام به گام مراحل تصویرسازی ذهنی اصلاحی، نقاط داغ و تصاویر هیجانی برجسته شده را به تدریج با کلیت حافظه سرگذشتی فرد ممزوج می‌کند (کانوی، میرز و ستندارت، ۲۰۰۴). بدین ترتیب شخص آسیب‌دیده خاطرات آسیب‌زا را به یاد می‌آورد اما آن‌ها را همانند دیگر خاطراتش، بخشی از روند کلی سرگذشت شخصی‌اش به حساب می‌آورد. بعد هیجانی این تصاویر کاهش خواهد یافت و فرایند پردازش و فراخوانی این خاطرات طبق روال عادی پردازش اطلاعات سرگذشتی خواهد بود (بروین، ۲۰۰۶؛ هلمز، گری و یانگ، ۲۰۰۵).

فرضیه دوم: شیوه درمانی IRRT، در کاهش سطح و میزان آشفتگی ذهنی بیماران مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ موثر است. مشابه با نمودار شاخص‌های شدت و فراوانی، نمودارهای سطح آشفتگی ذهنی بیماران هم بیانگر ثبات وضعیت ذهنی بیماران، پیش از اعمال عمل آزمایشی است. مقایسه نمرات نمودارها و روند حرکت خطوط آن‌ها، چه برای هر آزمودنی (مقایسه هر بیمار با دوره خط پایه خودش) و چه در بین آزمودنی‌ها، نشان‌دهنده این است که تغییرات واقع شده در شیب خطوط و داده‌های خام نمودارها، ناشی از اعمال متغیر مستقل است.

روند و میزان بهبودی بیماران در شاخص سطح آشفتگی ذهنی، بسیار چشمگیر بوده است. هیچ کدام از بیماران در طی دوره درمان، بدتر شدن شاخص مورد سنجش را گزارش نکرده‌اند. دوره‌های معدودی از بازگشت به سطح اولیه (دوره خط پایه) دیده می‌شود، ولی هیچ کدام از آن‌ها فراتر از دوره خط پایه نرفته‌اند. درصد عدم هیوشی داده‌ها در این شاخص بسیار بالاست؛ و این یعنی این‌که عمل آزمایشی در کاهش سطح آشفتگی ذهنی بیماران، بسیار قدرتمند عمل کرده است. نتایج به‌دست آمده از این پژوهش، هم‌راستا با داده‌های حاصله از تحقیقات گروینر و همکاران

فرودهایی را در شاخص‌های مورد سنجش تجربه کرده‌اند. بدین معنی که روند بهبود بیماران یک خط صاف نزولی نبوده است. در بعضی برهه‌های زمانی، بیماران به سطح اولیه نشانگان بیماری خود (پیش از درمان) بازگشت کرده، یا از آن فراتر رفته‌اند. با این حال روند و روال کلی حرکت خطوط نمودار و سنجش به عمل آمده در دوره‌های پیگیری، نشان‌دهنده بهبود نسبی و مطلوب بیماران بوده است. نتایج این پژوهش مشابه با عمده تحقیقات صورت گرفته در این زمینه بوده است. آرنتز، تیزما و کینت (۲۰۰۷) مواجهه تصویری را با مواجهه تصویری به‌علاوه بازآفرینی خیالی، مقایسه کردند. نتایج نشان داد که افزودن بازسازی تصویری به مواجهه تصویری درمان قابل قبول‌تری هم برای بیماران و هم برای درمانگران بوده است. این مطالعه کنترل شده، شاهد مناسبی در اثربخشی فن بازآفرینی خیالی بود. گروینر و همکاران (۲۰۰۳؛ ۲۰۰۷) که مواجهه طولانی مدت را با IRRT مقایسه کرده بودند، قدرت این شیوه درمانی را در کاهش علائم PTSD و خصوصاً خوشه علامتی تجربه مجدد و تصاویر راجعه، به اثبات رساندند. نویسندگان مدعی بودند که بیماران، بعضاً ۱ تا ۳ جلسه پس از مداوای تصویری، بهبود نشانگان PTSD را نشان داده‌اند. نکته جالب توجه در این آزمایش عدم تطابق تغییرات در شاخص‌های شدت و فراوانی است. به این معنی که بیمار پس از مداخله درمانی ممکن است تصاویر راجعه را تجربه کرده باشد اما این تصاویر شدت قابل توجهی نداشته باشند یا حتی بیمار، شدت این تصویر را صفر، نمره‌گذاری کند. این در حالی است که بیماران اذعان می‌کردند که قبل از دوره درمان معمولاً شدت و فراوانی تصاویر راجعه، همبستگی مثبت بالایی داشته‌اند.

پس به‌طور کلی فن درمانی مورد آزمایش، در کاهش شدت تصاویر راجعه نسبت به فراوانی بروز آن‌ها، موفق‌تر عمل کرده است. این پیامد درمانی یادآور و مؤید نظریه بازنمایی دوگانه است. در این نظریه پردازش هیجانی موثر و تمرین مکرر اطلاعات و خاطرات بازسازی شده اصلاحی، سبب تسهیل در

(این علائم اضطرابی هم‌پوشی زیادی با خوشه علامتی بیش برانگیختگی دارند). در این حالت یک چرخه معیوب افزایشی شکل می‌گیرد. از سوی دیگر فرد برای خلاصی از افکار و تصاویر ناخواسته از راه‌کارهای مقابله‌ای ناکارآمد همچون اجتناب بهره می‌گیرد. سرکوب این افکار و تصاویر مستلزم صرف انرژی بسیار و گوش به‌زنگی مفرط است، تا فرد هرگاه که علامتی دال بر تجربه مجدد این افکار و تصاویر درک کرد، آماده سرکوب مجدد و اجتناب از آن‌ها باشد. در این حالت نیز یک چرخه معیوب دیگر شکل می‌گیرد (یک مثلث معیوب بین افکار و تصاویر مزاحم، اجتناب و بیش برانگیختگی و گوش به‌زنگی مفرط). شکستن این چرخه‌ها بهبودی و خلاصی از نشانگان اختلال را در پی خواهد داشت.

اگرچه جای این سئوالات باقی می‌ماند که برای شکستن این چرخه‌های معیوب کدام خوشه علامتی باید مدنظر قرار گیرد؟ آیا هیچ کدام از این خوشه‌های علائم، جهت کار درمانی دارای اولویت هستند؟ آیا درمان یک خوشه علامتی سبب بهبود در سایر خوشه‌ها خواهد شد؟ یا این‌که برای هر کدام از خوشه‌ها باید شیوه یا تکنیک جداگانه‌ای مورد استفاده قرار گیرد؟ و آیا یک شیوه درمانی خاص وجود دارد که بتواند هم‌زمان سبب تسکین و بهبود این خوشه‌های علامتی گردد؟

سئوالاتی از این دست راه‌گشای تحقیقات آتی در این زمینه خواهد بود.

نتیجه‌گیری

برخی از نویسندگان (بریر و اسپینازولا، ۲۰۰۵؛ بریر، وو، مک ری، فولز و سیزمن، ۱۹۹۷؛ ون در کالک و ون در هارت، ۱۹۹۱) تاکید داشته‌اند که فهم عصاره و ماهیت خاطرات آسیبی، این‌که چطور رمزگردانی و بازیابی می‌شوند، و این‌که چگونه از خاطرات غیرآسیبی متمایز می‌باشند، برای درمان موثر قربانیان آسیب‌دیده ضروری است. تحقیقات ون در کالک و ون در هارت (۱۹۹۱) مکشوف کرد که در تضاد با خاطرات روایی، خاطرات تروماتیک:

(۲۰۰۳؛ ۲۰۰۷)، دیویس و رایت (۲۰۰۵، ۲۰۰۷) و تحقیقات دیگری از این دست می‌باشد (ادواردز، ۲۰۰۷). هرچند در هیچ کدام از این تحقیقات، این روند ارزیابی مانند پژوهش حاضر به‌طور طولانی مدت و مکرر انجام نشده است. در تحقیقات فوق، حداکثر در ۳ یا ۴ مرحله از کل فرایند درمان، این سنجش و ارزیابی صورت گرفته است. در هر صورت، نتایج به‌دست آمده حاکی از امری مشابه و مشترک است.

سنجش سطوح آشفتگی ذهنی بیماران در طول بازه زمانی، تغییرات کلی در میزان برانگیختگی شناختی فرد را نشان می‌دهد. این امر فارغ از وجود یا عدم وجود تصاویر راجعه و افکار مزاحم، سطح عمومی برآشفتگی را ارزیابی می‌کند. هرچند که این پریشانی عمومی در ارتباط با حادثه آسیب‌زا و تبعات آن است، اما اکثر بیماران این ارتباط و اتصال را درک نمی‌کنند. خوشه علامتی بیش برانگیختگی از مجموعه نشانگان اختلال استرس پس از ضربه، عنصر اصلی ایجاد چرخه معیوب علائم اضطرابی است. به‌طور سنتی، علائم بیش برانگیختگی را در سه حوزه شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک طبقه‌بندی می‌کنند.

در این پژوهش به بررسی و اندازه‌گیری شاخص‌های بیش برانگیختگی پرداخته نشد؛ اما ثبت مکرر اندازه‌های آشفتگی ذهنی مرتبط با بعد شناختی خوشه علامتی بیش برانگیختگی نیز هست. نمودارهای به‌دست آمده از ثبت این اندازه‌ها، بیانگر کارایی شیوه درمانی مورد مطالعه، در کاهش سطح بیش برانگیختگی شناختی (یا همان سطح آشفتگی ذهنی) است.

این نتایج تلویحات جالب توجهی برای درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه دارد. فروکش کردن سطوح انگیزتگی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، سبب در هم شکستن چرخه معیوب علائم اضطرابی است. بیش برانگیختگی باعث راه‌اندازی برخی افکار خودکار و یا خاطرات مربوط به آسیب می‌شود که معمولاً سرشار از عواطف و هیجانات منفی‌اند. این افکار مزاحم و تصاویر مکرر ناخواسته، خود سبب ایجاد علائم اضطرابی می‌شوند

با توجه به مشاهدات صورت گرفته در این پژوهش و بیانات فوق، به نظر می‌رسد که ترویج شیوه‌های بهره‌گیری از تصاویر ذهنی، یکی از نیازهای آموزش‌های روانشناختی در کشور است. سرعت رشد توجه و بهره‌گیری از این فنون، در خارج از مرزهای ایران با داخل کشور قابل قیاس نیست. توانمندی، قابلیت و گستردگی فواید استفاده از این فنون تا حد زیادی مورد تایید قرار گرفته است. لذا جا دارد که در ایران هم از این فنون به طرز گسترده‌تری استفاده گردد. به‌علاوه، با توجه به نتایج مثبت حاصله از شیوه درمانی مورد آزمون در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که در جلسات روان‌درمانی، اگر نه به‌عنوان یک روش درمانی مستقل، لاقلاً به‌عنوان عنصر و مولفه‌ای از کلیت فرایند درمان، شیوه‌های تایید شده و اثربخش تصویرسازی ذهنی، مورد استفاده قرار بگیرد.

۱- فاقد بافت و روایت کلامی هستند.
 ۲- وابسته به حالت و وضعیت هستند.
 ۳- به شکل تصاویر واضح و احساسات و عواطف، رمزگردانی شده‌اند که تنها از طریق کلامی نمی‌توانند بازیابی شوند.
 ۴- جذب و درونی‌سازی و یکپارچه کردن‌شان مشکل است چرا که به صورت متفاوتی ذخیره شده‌اند و بارها از آگاهی و کنترل ارادی جدا و گسسته شده‌اند.
 ۵- در شکل اصلی و ابتدایی خود تا مدت‌ها باقی می‌مانند و در طول زمان تغییر نمی‌یابند.
 از آن جایی که خاطرات تروما بدواً به شکل تصاویر رمزگردانی می‌شوند، پس استفاده از تصویرسازی ذهنی جهت تغییر دادن معانی و محتوای آن‌ها، مفید به نظر می‌رسد. در حقیقت، بعضی درمانگران با جهت‌گیری شناختی، از استفاده از تصویرسازی ذهنی به‌عنوان عامل و عنصر اصلی درمانی در کار با قربانیان تروما و کسانی که آشفتگی‌های عاطفی‌شان در تصاویر و تصورات تروماتیک (آسیب‌زا) جاگرفته است، حمایت کرده‌اند. بنابراین، بر اساس ادبیات تحقیقی شناختی و پردازش اطلاعاتی، آشکار می‌گردد که، درمان این افراد (آسیب‌دیدگان و قربانیان) هنگامی افزایش و ارتقا می‌یابد که:

۱- تصویرسازی ذهنی طی مراحل یادآوری خاطره، پردازش مجدد و بازسازی به صورت فعال به کار گرفته شود.

۲- طی مواجهه تصویری، حالت و وضعیت عاطفی فرد با آنچه که در ابتدا، در زمان وقوع سانحه تجربه شده است، مشابه باشد.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر که نشان داد شیوه درمانی در کاهش سطح آشفتگی ذهنی (بعد شناختی بیش برانگیختگی) موثرتر عمل کرده است. مقایسه این روش با فنون آرام‌بخشی ضروری به نظر می‌رسد. اگر در کارایی این دو روش - چه در پایان درمان و چه در پی‌گیری‌های طولانی مدت - تفاوت معنی‌داری وجود نداشته باشد، اولویت با شیوه‌های آرام‌سازی بدون تنش خواهد بود.

- 14- Davis, J. L., & Wright, D. C. (2005). Case series utilizing exposure, relaxation and receipting treatment: Impact on nightmares, sleep quality, and psychological distress. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 151-157.
- 15- Davis, J. L., & Wright, D. C. (2007). Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 123-133.
- 16- Edwards, D. (2007). Restructuring implicational meaning through memory based imagery: Some historical notes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 306-316.
- 17- Ehlers, A. & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in Post traumatic stress disorder: a cognitive approach. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- 18- Falsetti, S. A., Monnier, J., Davis, J. L., & Resnick, H. S. (2002). Intrusive thoughts in posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 127-143.
- 19- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). (Eds.), *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford press.
- 20- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- 21- Germain, A., Krakow, B., Faucher, B., Zadra, A., Nielsen, T., Hollifield, M., et al. (2004). Increased mastery elements associated with Imagery Rehearsal Treatment for nightmares in sexual assault survivors with PTSD. *Dreaming*, 14, 195-206.
- 22- Grey, N., Young, K., & Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: A treatment for per traumatic emotional "hotspots" in posttraumatic stress disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 37-56.
- 23- Grunert, B. K., Smucker, M. R., Weis, J. M., & Rusch, M. D. (2003). When prolonged exposure fails: Adding an imagery-based cognitive restructuring component in the treatment of industrial accident victims suffering from PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 333-346.
- 24- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., & Christianson, H. F. (2007). Imagery receipting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for posttraumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 317-328.
- 25- Holmes, E. A., Grey, N., & Young, K. A. D. (2005). Intrusive images and "hotspots" of trauma memories in Posttraumatic Stress Disorder: an exploratory investigation of emotions and

منابع

- ۱- حمیدپور حسن، (۱۳۸۶)، بررسی کارآیی و اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هشجاری فراگیر (MBCT) در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت افسرده‌خویی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی؛ (۱) ۲: ۲۵-۳۶
- ۲- فیروزآبادی، عباس و اصغرنژاد، فرید، علی‌اصغر ومیرزایی جعفر و شاره حسین (۱۳۸۸)، هنجاریایی مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه (CAPS-1) برای عوارض روانی ناشی از جنگ. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران؛ ۴(۱۵): ۳۳۴-۳۴۲
- ۳- گال مردیت، بورگ والتر، گال جویس. (۱۳۸۶) روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی. مترجمان: نصر احمدرضا، عربی حمیدرضا، ابوالقاسمی محمود، باقری خسرو، علامت‌ساز محمدحسین، پاک‌سرشت محمدجعفر و همکاران، چاپ دوم، تهران: سمت و شهید بهشتی
- 4- Arntz, A., Tiesema, N., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginable exposure with and without imagery receipting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 345-370.
- 5- Brett, E. A., & Ostroff, R. (1985). Imagery and posttraumatic stress disorder: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 142, 417-424.
- 6- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behavior Research and Therapy*, 39, 373-393.
- 7- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behavior therapy: A retrieval competition account. *Behavior Research and Therapy*, 44, 765-784.
- 8- Brewin, C. R. (2007). Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Memory*, 15, 227-248.
- 9- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- 10- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 401-412.
- 11- Briere, J., Woo, R., McRae, B., Foltz, J., & Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 95-101.
- 12- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1996). Visual imagery in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 613-619.
- 13- Conway, M., Meares, K., & Standart, S. (2004). Images and goals. *Memory*, 12, 525-531.

cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 3-17.

26- Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D., & Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behavior Research & Therapy*, 33, 837-843.

27- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.6

28- Laor, N., Wolmer, L., Wiener, Z., Reiss, A., Muller, U., Weizman, R., et al. (1998). The function of image control in the psychophysiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 679 – 697.

29- Laor, N., Wolmer, L., Wiener, Z., Weizman, R., Toren, P., Ron, S. (1999). Image control and symptom expression in posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187, 673 – 679.

30- Lombardo, T.W., Gray, M.J. (2005). Beyond exposure for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms: Broad spectrum PTSD treatment strategies. *Behavior Modification*. 29, 3 – 9.

31- Long, M. E., & Quevillon, R. (2009). Imagery Recepting in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 67– 76.

32- Smucker, M. R., Dancu, C., Foa, E. B., & Niederee, J. L. (1995). Imagery rescripting: a new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 9, 3-17.

33- van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.

34- Weathers, F. W., Keane, T.M., Davidson, J.R.T. (2001). Clinician Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. *Depression And Anxiety*. 13, 132 – 156.

35- Weathers, W.F., Ruscio M.A., Keane M.T. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychological Assessments*. 11, 124 –133.

36- Witvliet, C. (2006). Traumatic intrusive imagery as an emotional memory phenomenon: A review of research and explanatory information processing theories. *Clinical Psychology Review*, 17, 509-536.