

مقایسه اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد با مواجهه درمانی طولانی مدت بر نشانه های تأثیر واقعه رزمندگان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن

علیرضا ماردیپور^۱، فرح نادری^۱، مهناز مهربانی زاده هنرمند^۲

^۱گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، خوزستان، ایران ^۲گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۱/۹/۲ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال استرس پس از ضربه به عنوان مجموعه علائمی توصیف می‌شوند که پس از آن که شخص رویداد آسیب‌زایی را مشاهده می‌کند، می‌شنود و یا درگیر آن می‌شود، به وجود می‌آیند. هدف این مطالعه مقایسه اثر بخشی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد با مواجهه درمانی طولانی مدت بر نشانه‌های تأثیر واقعه در رزمندگان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن بود.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تعداد ۴۸ نفر از رزمندگانی که در بیمارستان سلمان شهر یاسوج دارای پرونده روانپزشکی بوده و تشخیص اختلال استرس پس از ضربه دریافت کرده بودند، به شیوه تصادفی انتخاب شده و به سه گروه مساوی تقسیم شدند. در دو گروه به عنوان مداخله، روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (۵جلسه) و مواجهه درمانی طولانی مدت (۱۰جلسه) اعمال شد و بر روی گروه سوم (کنترل) هیچ‌گونه درمانی اعمال نشد. پس از دوره درمان همان آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. داده‌ها با آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی بنفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: هر دو روش درمانی موجب کاهش معنی‌دار نشانه‌های تأثیر واقعه شد ($P=0/001$)، همچنین نتایج حاکی از این بود که مواجهه درمانی طولانی مدت در بهبود نشانه‌های تأثیر واقعه مؤثرتر بود.

نتیجه‌گیری: فنون مداخله‌ای از قبیل روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و مواجهه درمانی طولانی مدت در درمان اختلال استرس پس از ضربه کارایی لازم را دارند، اما مواجهه درمانی طولانی مدت برتری بیشتری دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از ضربه، حساسیت زدایی، حرکات چشم، پردازش مجدد، مواجهه درمانی طولانی مدت

* نویسنده مسئول: علیرضا ماردیپور، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه روانشناسی

مقدمه

توجه قرار گرفته است (۴). این درمان شکلی از رفتار درمانی شناختی است و یک پروتکل درمانی مبتنی بر مواجهه خاصی است که به وسیله فوا و همکارانش (۱۹۹۱) شکل گرفته است و پروتکل درمانی آن معمولاً در ۸ تا ۱۵ جلسه درمانی هفتگی بیان شده است و شامل مؤلفه های اساسی؛ آموزش روانی^۷، بیان منطق درمان مواجهه محور، خودسنجی اضطراب با استفاده از مقیاس برآشفگی ذهنی، مواجهه واقعی مکرر در موقعیتهایی که اجتناب ناشی از پریشانی وجود دارد، تکرار مواجهه تصویری طولانی برای خاطرات آسیبزا و پردازش و بحث در مورد خاطرات و حوادث می‌باشند (۵).

از میان مطالعات کنترل شده در مورد مواجهه درمانی، این روش رتبه اول دفتر سیاست‌گذاری و پژوهش مراقب بهداشتی را به خود اختصاص داده است (۶). از طرف دیگر حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد روش درمانی پیچیده‌ای است و از عناصر متعددی تشکیل شده است (۷). فرآیندهای شناسایی شده در آن مشتمل بر ذهن آگاهی، آگاهی جسمانی، تداعی آزاد، بازسازی شناختی و شرطی سازی است. این فرآیندها ممکن است با اثرات مثبت به دست آمده ناشی از این روش تعامل داشته باشند (۸). در توضیح و توصیف مکانیزم‌های عصب شناختی این روش درمانی،

اختلال استرس پس از سانحه^(۱)، یکی از زیر گروه‌های اختلال‌های اضطرابی است و نشانه‌های مرضی روانشناختی این اختلال به دنبال یک حادثه آسیب‌زا بروز می‌کنند. ویژگی‌های این اختلال شامل؛ تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا، رفتارهای اجتنابی، کرختی در پاسخ دادن به محرک‌ها، بی‌احساسی نسبت به ارتباط با دنیای بیرونی و مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فعالیت بیش از حد دستگاه عصبی خودمختار است (۱). میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال در نمونه‌های جامعه ۰/۰۱ تا ۰/۱۴ برآورد شده است (۲). در ایران نیز با گذشت چند دهه از پایان جنگ تحمیلی، هنوز شمار زیادی از جانبازان اعصاب و روان با مراجعات مکرر خود به مراکز درمانی به دنبال بازیابی سلامت از دست رفته خود هستند. گذشت زمان، افزایش سن بیماران و فقدان مناسب درمان موجب تشدید علایم و مشکلات آنها شده است (۳). تاکنون روش‌های مختلف غیر دارویی از قبیل حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد^(۲)، رفتار درمانی شناختی^(۳)، مواجهه درمانی طولانی‌مدت^(۴)، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تروما^(۵) و بازسازی شناختی^(۶) سهم فراوانی در درمان اختلال فوق داشته‌اند.

از میان این روش‌ها مواجهه درمانی طولانی مدت اثر بخشی زیادی بر دامنه گسترده‌ای از نشانه‌های مرتبط با تروما دارد و به عنوان درمانی اثر بخش در درمان اختلال استرس پس از ضربه مورد

1-Post Traumatic Stress Disorder(PTSD)
2-Eye Movement Desensitization and Reprocessing
3-Cognitive Behavioral Therapy
4-Prolonged Exposure Therapy
5-Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy
6-Cognitive Restructuring

نشانه‌های این اختلال مؤثر می‌باشد (۱۲ و ۱۳). در پژوهشی که نریمانی و رجبی در خصوص مقایسه دو روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و رفتار درمانی شناختی انجام دادند، نتایج حاکی از این بود که، هر دو روش درمانی به صورت معنی‌داری سبب کاهش علایم این اختلال شدند (۱۴). در تحقیقی دیگر احمدی‌زاده و همکاران الگوهای درمان شناختی- رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد را بر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ بررسی کردند که یافته‌ها حاکی از این بود که هر دو روش درمانی در کاهش نشانه‌های اختصاصی این اختلال و سایر اختلالات روانی همراه مؤثر بوده است (۱۵).

با توجه به تمهیدات مورد اشاره از آنجا که یکی از مؤثرترین روش‌های درمان اختلال استرس پس از ضربه مواجهه درمانی طولانی مدت می‌باشد و بخش امور سربازان در حال حاضر مشغول یک تلاش عمومی برای گسترش و اشاعه مواجهه درمانی ممتد برای درمان اختلال استرس پس از ضربه است و هم‌چنین تاکنون در ایران پروتکل درمانی فوا و همکاران (۲۰۰۷) به طور منظم در درمان اختلال استرس پس از ضربه به کار نرفته است و از طرف دیگر حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد روش درمانی جدیدی است که نسبتاً کوتاه مدت و انعطاف‌پذیری زیادی دارد. هدف این مطالعه مقایسه تأثیر دو روش درمانی مواجهه درمانی

شاپیرو معتقد است که وقتی حادثه آسیب‌زا و ناراحت‌کننده‌ای رخ می‌دهد، این می‌تواند با تصاویر، صداها، افکار و احساس‌های اولیه زمان اتفاق، در سیستم عصبی قفل شود و حادثه آسیب‌زا پردازش نشده باقی می‌ماند (۹). در این زمینه پژوهش‌های متعددی انجام گرفته است که بیانگر تأثیر مثبت روش درمانی مواجهه سازی طولانی مدت و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر کاهش علایم متعدد اختلال استرس پس از سانحه بوده است.

در مطالعه‌ای مقایسه دو روش درمانی مواجهه درمانی طولانی مدت و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در مورد ۷۴ نفر از قربانیان تجاوز جنسی زن به این نتیجه دست یافتند که بین این دو روش درمانی در کاهش علایم اختلال استرس پس از ضربه تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد (۱۰). پاورز و همکاران در یک فرا تحلیل مواجهه درمانی طولانی مدت را بادرمان‌های دیگری از قبیل ایمن‌سازی در مقابل استرس، حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و بازسازی شناختی مقایسه کردند. نتایج حاکی از این بود که بین این روش‌های درمانی و مواجهه درمانی طولانی مدت تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، با این وجود مواجهه درمانی طولانی مدت اثر بخشی فوق العاده‌ای در کاهش علایم اختلال استرس پس از ضربه دارد (۱۱). هم‌چنین پژوهش‌های دیگری در خصوص مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه به این نتیجه رسیدند که مواجهه درمانی طولانی مدت درمانی در کاهش

گروه ۱۶ نفره (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. در این مرحله همه آزمودنی‌ها به مقیاس نشانه‌های تأثیر واقعه پاسخ دادند. سپس برای یکی از گروه‌های مداخله (گروه اول) مواجهه درمانی طولانی مدت به صورت انفرادی طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته ۱ جلسه اجرا گردید. متناسب با مؤلفه‌های مطرح شده در بالا جلسات مواجهه درمانی طولانی مدت به صورت خلاصه به این شرح بود؛ جلسه اول؛ انجام پیش‌آزمون و بحث در خصوص برنامه درمانی، مؤلفه‌های درمان، دلایل اجتناب، آموزش اولیه بازآموزی تنفس و تکلیف خانگی. جلسه دوم؛ مرور تکالیف، بحث در خصوص واکنش به تروما، منطق مواجهه واقعی و ساختن سلسله مراتب آن، ارایه مقیاس برآشفنگی ذهنی و تکالیف خانگی. جلسه سوم؛ مرور تکالیف، توضیح منطق و فرآیند مواجهه تصویری و ارایه آن و تکالیف خانگی. جلسه چهارم تا نه؛ مرور تکالیف، اجرا کردن مواجهه تصویری و فرآیند آن و همچنین در جلسات بعدی تمرکز بر کانون بحران رویداد مهم بود. همچنین تکالیف خانگی از قبیل تداوم بازآموزی تنفس، گوش دادن به نوار مواجهه تصویری به طور روزانه، ادامه دادن تمرین مواجهه واقعی و گوش دادن به نوار جلسات در این جلسات مورد توجه قرار گرفت. جلسه دهم؛ مرور تکالیف، سنجش برآشفنگی ذهنی، مواجهه تصویری درمورد کل آسیب و انجام پس‌آزمون. لازم به ذکر است که در طول درمان، تکالیف خانگی شامل تمرین فعالیت‌هایی بود

طولانی مدت و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در نشانه‌های تأثیر واقعه مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه رزمندگان مبتلا به PTSD فرض بود.

روش بررسی

در این مطالعه کارآزمایی بالینی، جامعه آماری تمامی جانبازانی بودند که در بیمارستان سلمان یاسوج دارای پرونده روانشناسی و روانپزشکی بودند و تشخیص اختلال استرس پس از ضربه داشتند. معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ اختلالات عمده روانپزشکی به جز اختلال استرس پس از ضربه، نداشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از ضربه از طریق مقیاس نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه، اعتیاد به مواد مخدر و شرکت در هر گونه جلسات روان درمانی به طور هم‌زمان بود که از طریق پرونده این بیماران مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین تمامی شرکت‌کنندگان در این تحقیق کسانی بودند که علاوه بر تشخیص روانپزشک در پرونده روانپزشکی، از طریق مقیاس خودگزارش‌دهی نشانه‌های PTSD و اجد ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از ضربه بودند. به عبارت دیگر ملاک نهایی تشخیص اختلال استرس پس از ضربه تشخیص از طریق مقیاس خودگزارش‌دهی نشانه‌های PTSD بود.

تعداد ۴۸ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ، با انتخاب و جایگزینی تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به سه

که در آن جلسه و جلسات قبل ارایه شده بودند و همچنین گوش دادن به نوار جلسات بود.

برای گروه دوم مداخله پروتکل درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد که از هشت مرحله ضروری تشکیل شده است استفاده گردید (۱۶). این مراحل عبارت از: تاریخچه مراجع و طرح درمان، آماده‌سازی، ارزیابی، حساسیت‌زدایی، کارگذاری، بررسی بدن، انسداد (بستن) و ارزیابی مجدد بودند. (در مواردی می‌توان چندین مرحله را در یک جلسه قرار داد). بنابراین در این تحقیق هشت مرحله درمانی در پنج جلسه به صورت انفرادی برای گروه مداخله دوم برگزار شد که هر جلسه هفته‌ای ۱ بار و حداکثر ۹۰ دقیقه ادامه یافت. پس از اعمال متغیرهای مستقل (دو روش درمانی)، همه آزمودنی‌ها در گروه‌های مداخله و کنترل با مقیاس نشانه‌های تأثیر واقعه مورد سنجش قرار گرفتند تا اثربخشی هر یک از روش‌های درمانی مشخص شود.

در این پژوهش از نسخه تجدید نظر یافته حوادث (IES-R)^(۱) که در سال ۱۹۹۷ به وسیله ویس و مارمر و طبق معیارهای DSM-IV طراحی گردید استفاده شد. این مقیاس یک ابزار خود گزارش‌دهی است که شامل سه بعد اصلی افکار مزاحم، بیش‌انگیزگی و اجتناب می‌باشد و شامل ۲۲ ماده است که ۸ ماده آن افکار مزاحم، ۶ ماده آن برانگیزگی و ۸ ماده آن اجتناب را می‌سنجد. پاسخ دهندگان فراوانی تجربه هر علامت را در عرض هفت روز گذشته از

صفر (هرگز) تا ۴ (خیلی زیاد) تکمیل نمودند (۱۷). در ایران پناغی و همکاران سازگاری درونی بین ۰/۸۷ - ۰/۶۷ و پایایی خوب در آزمون - پس آزمون (۰/۹۸ - ۰/۸۰) را برای این آزمون بیه دست آوردند (۱۸).

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس آزمون تعقیبی بنفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها ۴/۴±۴۴/۸۳ سال بود و دامنه سنی آنها بین ۳۷ تا ۵۶ سال بود. نتایج تحلیل کوواریانس با در نظر گرفتن ارزیابی شدت علائم قبل از مداخله (پیش‌آزمون) به عنوان متغیر کنترل تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل در شدت نشانه‌های تأثیر واقعه نشان داد (P=۰/۰۰۱). همچنین تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل در مؤلفه اجتناب، افکار مزاحم و بیش‌انگیزگی مشاهده شد (P=۰/۰۰۱) (جدول ۱).

بر اساس نتایج حاصله، در پس‌آزمون مقیاس نشانه‌های تأثیر واقعه (با کنترل پیش‌آزمون) بین روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و مواجهه درمانی طولانی مدت در کاهش نشانه‌های تأثیر واقعه تفاوت معنی‌داری وجود

1- Impact of Event Scale-Revised(IES-R)

مجدد (۱۱/۸۶) کمتر است و بین میانگین هر دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p=0/03$). بین حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و گروه کنترل نیز تفاوت معنی‌داری در مورد مؤلفه افکار مزاحم وجود داشت ($p=0/001$). از طرف دیگر بین میانگین‌های مواجهه درمانی طولانی مدت و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p=0/001$). در خصوص مؤلفه بیش‌انگیزگی، بین حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و مواجهه درمانی طولانی مدت تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p=0/002$) (جدول ۲).

بحث

در مطالعات مختلف به بررسی اثربخشی روش‌های درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و همچنین مواجهه درمانی طولانی مدت در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه و نشانه‌های همراه با آن پرداخته شده است (۱۵-۱۰). هدف این مطالعه اثربخشی روش‌های درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و مواجهه درمانی طولانی مدت در کاهش نشانه‌های تأثیر واقعه در مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ بود.

داشت ($p=0/001$). از آنجا که میانگین تعدیل شده مواجهه درمانی طولانی مدت (۲۶/۲۹) از حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (۳۲/۸۵) کمتر است، بین حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و گروه کنترل نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$). از طرف دیگر بین میانگین‌های مواجهه درمانی طولانی مدت و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p=0/001$). همچنین مقایسه دو روش درمانی مطرح شده، در خصوص اثربخشی بر روی مؤلفه اجتناب نشان داد که بین این دو روش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p=0/004$). میانگین گروه مواجهه درمانی طولانی مدت (۸/۸۷) از حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (۱۱/۱۹) کمتر بود. بین حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و گروه کنترل نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$). و مقایسه میانگین‌های تعدیل شده دو گروه بیانگر اثربخشی این روش درمانی بر مؤلفه اجتناب بود. از طرف دیگر بین میانگین‌های مواجهه درمانی طولانی مدت و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p=0/001$). همچنین از آنجا که در خصوص مؤلفه افکار مزاحم، میانگین تعدیل شده مواجهه درمانی طولانی مدت (۹/۸۱) از حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش

جدول ۱: مقایسه نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) بر روی نمرات پس از آزمون در گروه‌های مداخله و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معنی‌داری
نشانه‌های تأثیر واقعه	۱۰۷۸۲/۹۵۲	۲	۱/۰۸۸	۰/۰۰۱
اجتناب	۱۶۱۱/۴۲۷	۲	۲۲۳/۷۶۵	۰/۰۰۱
افکار مزاحم	۱۲۳۴/۷۶۲	۲	۱۳۲/۹۹۳	۰/۰۰۱
بیش‌انگیزگی	۷۹۷/۲۱۳	۲	۱۱۷/۲۰۴	۰/۰۰۱

جدول ۲: مقایسه زوجی میانگین متغیرهای مورد بررسی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	دو گروه مورد مقایسه	میانگین گروه اول	میانگین گروه دوم	سطح معنی‌داری
نشانه‌های تأثیر واقعه:	حساسیت زدایی	۳۲/۸۵	۲۶/۲۹	۰/۰۰۱
	حساسیت زدایی	۳۲/۸۵	۶۱/۴۷	۰/۰۰۱
اجتناب:	مواجهه درمانی	۲۶/۲۹	۶۱/۴۷	۰/۰۰۱
	حساسیت زدایی	۱۱/۱۹	۸/۸۷	۰/۰۰۴
افکار مزاحم:	حساسیت زدایی	۱۱/۱۹	۲۲/۱۷	۰/۰۰۱
	مواجهه درمانی	۸/۸۷	۲۲/۱۷	۰/۰۰۱
بیش‌انگیزگی:	حساسیت زدایی	۱۱/۸۶	۹/۸۱	۰/۰۳۱
	مواجهه درمانی	۱۱/۸۶	۲۱/۶۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۹/۸۱	۲۱/۶۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۹/۹۸	۷/۵۹	۰/۰۰۲
	کنترل	۹/۹۸	۱۷/۴۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۷/۵۹	۱۷/۴۱	۰/۰۰۱

آزمون تعقیبی بنفرونی به عمل آمد. نتایج این آزمون نشان داد که علاوه بر این که هر یک از روش‌های درمانی تحقیق حاضر در کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و تأثیر واقعه اثر بخش بوده‌اند، با وجود این روش مواجهه درمانی طولانی‌مدت در تمام متغیرهای تحقیق مؤثرتر بوده است.

در رابطه با نتایج به دست آمده می‌توان گفت که مواجهه درمانی‌شکلی از رفتار درمانی‌شناختی است و دارای رتبه اول دفتر ساسیت‌گذاری و پژوهش می‌باشد و در اکثر مطالعات روش مواجهه تصویری و عینی مورد پذیرش اکثر پژوهش‌گران قرار گرفته و بیان شده است که این روش می‌تواند انتخاب اول رفتار درمانی شناختی باشد (۲۲). بنابراین در تبیین اثربخشی این روش درمانی چند نکته قابل تأمل است. مواجهه مکرر با خاطرات تروماتیک، پیوند میان این خاطرات و واکنش‌های هیجانی ناشی از آنها را کاهش داده و فرد را قادر می‌سازد تا درباره آنچه رخ داده است بدون آشفتگی فکر کند و آن را پردازش کند. در

نتایج پژوهش نشان داد که در مرحله پس‌آزمون نمرات مقیاس تأثیر واقعه تجدید نظر شده و مؤلفه‌های آن در گروه‌های حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و مواجهه درمانی ممتد در مقایسه با گروه کنترل به نحو قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته بود. بنابراین پژوهش حاضر حاکی از این است که دو روش مطرح شده در کاهش متغیرهای مورد نظر تحقیق اثر بخش بوده‌اند. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات مختلف در خصوص اثر بخشی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (۱۹-۲۱) و مواجهه درمانی طولانی‌مدت (۱۲ و ۱۳) هم‌سو و هماهنگ است، اما از آنجا که تحلیل کوواریانس یک طرفه صرفاً بیانگر تفاوت معنی‌دار بین سه گروه تحقیق به لحاظ متغیرهای مورد بررسی بوده است، لذا به منظور بررسی دقیق‌تر این که کدام یک از روش‌های درمانی مطرح شده بر نشانه‌های تأثیر واقعه و مؤلفه‌های آن مؤثر بوده‌اند و کدام یک اثربخشی بیشتری داشته‌اند، مقایسه‌های زوجی

دیگری که به کار گرفته شود، سازوکاری فیزیولوژیکی را فرا می‌خواند که سامانه پردازش اطلاعات را فعال می‌سازد. بنابراین احتمالاً این روش درمانی سیستم عصبی قفل شده را می‌گشاید و می‌تواند مشابه آن چیزی باشد که در مرحله حرکات سریع چشم که در رؤیا اتفاق می‌افتد، باشد (۹). تحقیقات نشان داده‌اند که حرکات چشم اثرات متنوعی بر روی فرآیندهای شناختی، نورولوژیکی و فیزیولوژیکی که به پردازش خاطرات کمک می‌کنند، دارد. بنابراین با توجه به تبیین‌های صورت گرفته در خصوص توجیه اثربخشی این روش می‌توان گفت که ایجاد فضای عاطفی ایمن و به کار بستن ابعاد شناختی، تصویری و هیجانی در و هله‌های کوتاه، مراجع را با خاطرات و تصورات آسیب‌زا مواجه می‌سازد و از این طریق در مدت زمان نسبتاً کوتاه خوگیری تسریع شده‌ای اتفاق می‌افتد (۲۴ و ۲۱).

نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه گرفت از آنجا که این دو روش درمانی در چهارچوب فرآیند پروتکل درمانی ویژه‌ای تدوین شده‌اند و با توجه به شرایط و ویژگی‌های مراجعان انعطاف‌پذیری خاصی دارند، انجام پژوهش‌هایی از این قبیل می‌تواند در مجموعه فعالیت‌های درمانی متخصصان بالینی کشور ما برای درمان اختلال استرس پس از سانحه جای خود را باز کنند. همچنین اثربخش بودن مواجهه درمانی طولانی مدت نسبت به حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم

واقع صرف مواجهه می‌تواند منجر به تغییرات شناختی گردد، چرا که مواجهه موجب کاهش اضطراب و اجتناب مرتبط با خاطرات تروماتیک شده و به فرآیندهای جذب و انطباق کمک می‌کند. همچنین مواجهه با موقعیت‌هایی که مورد اجتناب قرار می‌گیرند، الگوهای اجتناب را در هم شکسته و باعث کاهش پاسخ‌دهی هیجانی به نشانه‌های محیطی مرتبط با تروما می‌شود (۲). فوآ و همکاران (۱۹۸۹) با به کارگیری مفهوم ساختارهای ترس لانگ، نظریه‌ای در مورد اختلال استرس پس از ضربه ارائه دادند که بر چارچوب شکل‌گیری شرطی، شبکه ترس تأکید دارد. به موجب این نظریه افرادی که دچار شبکه ترس شدید می‌شوند در پردازش اطلاعات خود سوگیری‌هایی نظیر هوشیاری و توجه شدید نسبت به محرک‌های مربوط به ضربه دارند. فعال شدن شبکه ترس از طریق محرک‌هایی که حادثه را یادآوری می‌کنند موجب تجربه مجدد آن حادثه شده و تلاش برای سرکوب چنین فعالیتی موجب اجتناب می‌گردد. ضربه زمانی به صورت موفقیت‌آمیز حل می‌شود که اطلاعات مربوط به شبکه ترس با ساختارهای موجود حافظه تلفیق شود (۲۳).

در خصوص روش حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد، شاپیرو (۱۹۹۵) مدل پردازش اطلاعات تسریع شده را به عنوان یک فرضیه بنیادی در نظر می‌گیرد که می‌تواند تبیینی اولیه از چگونگی اثرگذاری این روش درمانی باشد. فرض بر این است که حرکات چشم یا هر محرک متناوب

و پردازش مجدد نشانگر کارآمدتر بودن این روش درمانی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن ناشی از جنگ در کشور ایران بوده است و توصیه می‌شود که در درمان این اختلال در صورت امکان از روش مواجهه درمانی استفاده گردد. در این پژوهش محدودیت‌هایی از قبیل محدود بودن آزمودنی‌ها به جنس مذکر و هم‌چنین به وقایع تروماتیک جنگی و اعمال ملاک‌های حذف آزمودنی‌ها وجود داشت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن برطرف کردن محدودیت‌های این پژوهش، از دو جنس و مقایسه اثر بخشی این روش درمانی در حوادث تروماتیک غیر جنگی از قبیل تصادفات، بلایای طبیعی و قربانیان تجاوز جنسی استفاده شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان‌نامه دکترای روانشناسی مصوب دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات خوزستان بود.

REFERENCES:

1. Foa EB. Psychosocial therapy for PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67: 40-5.
2. Leahy RL, Holland SJ. *Treatment plans and Intervention for Depression and Anxiety Disorders*. New York, NY: Guilford; 2000: 212-215.
3. Abhari- Ahmadi SA. Long-term effects of war on psychosocial status of patients with post-traumatic stress disorder. Tehran: *Proceedings of the Third Symposium of Neurological Complications Psychological War*; 2000: 83-87.
4. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SAM, Riggs DS, Feeny NC, et al. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73(5): 935-64.
5. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences, Therapist Guide*. New Yourk: Oxford University Press; 2007: 45-76.
6. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford press; 2004: 173-193.
7. Solomon RM, Shapiro F. EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR practice and Research* 2008; 2: 315-25.
8. 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.
9. Shapiro F. EMDR ,adaptive information processing and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research and Experimental* 2007; 1: 68-87.
10. Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) For PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress* 2005; 18: 607-16.
11. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB. A meta- analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 2010; 30: 635-41.
12. Tuerk PW, Yoder M, Grubaugh A, Myrick H, Hamner M, Acierno R. Prologed exposure therapy for combat- related posttraumatic stress disorder : An examination of treatment effectiveness for veterans of the wars in Afghanistan and Iraq .*Journal of Anxiety Disorders* 2011; 25: 397-403.
13. Vera M, Reyes-Rabanilo ML, Juarbe D, Perez- Pedrogo C, Olmo A, Kichic R, et al. Prolonged exposure for the treatment of Spanish- speaking Puerto Ricans with posttraumatic stress disorder: a feasibility study. *BMC Research Notes* 2011;3: 415.
14. Narimani M, Rajabi S. Comparison between eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with cognitive-behavioral therapy (CBT) in PTSD treatment. *Journal of Medical Faculty Islamic Azad University of Medical Sciences* 2009; 19(4): 236-45.
15. Ahmadizadeh M, Eskandari H, Falsafinejad M, Borjali A. The comparison of effectiveness of "cognitive-behavioral" therapy patterns and "eye movement desensitization and reprocessing" on patients suffering from post traumatic stress disorder caused by war. *Military Medical Journal* 2010; 12(3): 173-8.
16. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic Principles: Protocols and Procedures*; 2001; 128-35.
17. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale- Revised. In: Wilson Jp Kean Tm. *Assessing Psychological trauma and PTSD*. Guilford press: New Yourk ; 1997; 399-411.
18. Panaghi L, Hakim Shoushtari M, Attari Moghadam J. Validation of the persian version of impact of event scale-revised. *Journal of Medical Faculty, Tehran University of Medical Sciences* 2006; 64(3): 52-60.

19. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatment for chronic posttraumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 97-104.
20. Schabert SJ, Lee CW, Drummond PD. The efficacy and psychophysiological correlates of dual-attention tasks in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorder* 2011; 25: 1-11.
21. Van den Hout MA, Engelhard IM, Rijkeboer MM, Koekebakker J, Hornsveld 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: 92-8.
22. Wilson JP, Friedman MJ, Lindy JD. Treating psychological trauma and PTSD. New York: The Guilford Press; 2004: 59-93.
23. McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology* 2003; 54: 229-52.
24. Barrowcliff AL, Gray NS, Freeman TCA, MacCulloch M J. Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2004; 15: 325-54.

Archive of SID

Comparing the Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy with Prolonged Exposure Therapy on the Trauma impact symptoms in Veterans Suffering from Chronic PTSD

Maredpour A^{1*}, Naderi F¹, Mehrabizadeh-Honarmand M²

¹Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Khuzestan, Iran,

²Department of Psychology, University of Shahid Chamran, Ahwaz, Iran

Received: 07 Feb 2013

Accepted: 23 Nov 2013

Abstract

Background and aim: Post-traumatic stress disorder is considered as set of symptoms developed afterward an individual witness, hear or involved. The current research was purposed to compare the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing therapy with prolonged exposure therapy on the trauma impact symptoms in veterans suffering from chronic PTSD.

Methods: in this clinical trail research randomly sampled 48 veterans diagnosed with PTSD who had psychiatric records in Salman City Hospital of Yasuj. The subjects devoted in three equal groups: two experimental and one control groups. As intervention procedures the two experimental groups were exposed to eye movement desensitization and reprocessing therapy (5 sessions) and prolonged exposure therapy (10 sessions) respectively. The control group received none. Subsequent to the treatment period the triple groups were post-tested by the prior pre test scales. The data were analyzed by implementing univariate analysis of covariance (ANCOVA) and Bonferroni post hoc test.

Results: Both treatment procedures significantly reduced the trauma impact symptoms ($p \leq 0/001$). The results also indicated that prolonged exposure therapy was more effective concerning the trauma impact symptoms improvement.

Conclusion: Intervention treatment procedures such as eye movement desensitization, reprocessing therapy, and prolonged exposure therapy sustain sufficient efficacy in trauma impact symptoms improvement while prolonged exposure therapy exceeded significantly.

Key words: Post Traumatic Stress Disorder, Eye Movement, Desensitization, Reprocessing, Prolonged Exposure Therapy

*Corresponding Author: Maredpour A, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Khuzestan, Iran

Email: ali.mared@yahoo.com