

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۴ تابستان ۱۳۹۳

اثربخشی روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در درمان اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی

حسن صبوری‌مقدم^۱

عباس بخشی‌پور رودسری^۲

نسیم قهرمان محرم‌پور^۳

چکیده

اختلال استرس پس از سانحه با مجموعه‌ای از علائم نوعی (سندرم) که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی پیدا می‌شود، مشخص می‌گردد. مداخلات روان‌درمانگرانه‌ای که در مورد PTSD وجود دارد عبارت است از رفتاردرمانی، شناخت درمانی و هیپنوتیزم. یکی از فنون روان‌درمانی نسبتاً نوظهور حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد است که طی آن، بیمار در حین این که تصویری از تجربه آسیب‌زا را در ذهن خود نگاه داشته است، بر روی حرکات جانبی انگشت بالینگر تمرکز می‌کند. طرفداران این روش درمان اظهار می‌کنند که روش مذکور به اندازه سایر روش‌های درمان PTSD و شاید بیش از آنها کارایی دارد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی است. در یک بررسی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه، فرایند درمان بر روی سه آزمودنی انجام شد. آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه و پایان جلسه اول، دوم، سوم و جلسه آخر و نیز دوره پیگیری پس از درمان پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه میسسی‌سی‌پی و پرسشنامه SCL-90-R را تکمیل نمودند. نمره آزمودنی در کلیه مقیاس‌ها در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه کاهش نشان داده‌اند. نتیجه‌ای که می‌توان از این پژوهش استنباط کرد این است که رویکرد درمانی مبتنی بر حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی مؤثر بوده است.

واژگان کلیدی: حساسیت‌زدایی، حرکات چشم، پردازش مجدد، اختلال استرس پس از حادثه.

Email:sabourimoghaddam@yahoo.com

۱- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

۲- استاد روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز

۳- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تبریز

مقدمه

قرار گرفتن مکرر و طولانی در معرض خشونت بین فردی با مجموعه‌ای از اختلالات همراه است. فرآیندهای عاطفی مختل، هسته این اختلالات هستند. این اختلالات عبارتند از: نشانه‌های بیماری اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)^۱، افسردگی، بدتنظیمی عاطفه، اجتناب از تجربه عاطفی، احساس گناه و شرم در مورد سوءاستفاده جنسی، و مسائل بی‌اعتمادی، خیانت، بی‌قدرتی، و عزت‌نفس منفی (پایویو^۲ و نیوونوس^۳، ۲۰۰۱). اختلال استرس پس از سانحه عبارت است از مجموعه‌ای از علائم که در پی مواجهه با «حوادث آسیب‌زای زندگی» پیدا می‌شود؛ فرد به‌صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می‌دهد، واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم می‌کند و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند (کاپلان و سادوک^۴، ۱۳۸۷).

اختلال استرس پس از سانحه، آخرین زیرگروه اختلالات اضطرابی است که در آن نشانه‌های مرضی روانشناختی به‌دنبال یک رویداد استرس‌زا و غیرقابل تحمل از قبیل جنگ، سیل، زلزله، تجاوز جنسی، حوادث رانندگی رخ می‌دهد. مردان و زنان از نظر نوع آسیب‌هایی که مسبب این اختلال در آنها می‌شود و نیز از نظر آسیب‌پذیری برای ابتلا به PTSD با یکدیگر تفاوت دارند. آسیب مذکور در مورد مردان معمولاً وقایع جنگی است و در مورد زنان شایع‌تر از همه، مورد حمله یا تجاوز واقع شدن است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۷). تجاوز جنسی^۵ یک فعالیت جنسی ناخواسته است که از طریق تهدید، اجبار و حمله به قربانی برخلاف میل او صورت می‌پذیرد و می‌تواند مشکلات عمده‌ای را در زمینه سلامت عمومی فرد ایجاد کند (کوس^۶، ۲۰۰۷). تجاوز جنسی، گرچه در DSM-IV-TR به‌طور جداگانه تشخیص داده نمی‌شود، ضربه روانشناختی قابل توجهی برای قربانی ایجاد می‌کند (کرینگ^۷، دیویسون^۸، نیل^۹، جانسون^{۱۰}، ۲۰۰۷). برای مثال، مطالعات

1- Post Traumatic Stress Disorder

3- Nieuwenhuis

5- rape

7- Kring

9- Neale

2- Paivio

4- Kaplan, & Sadock

6- Koss

8- Davison

10- Johnon

نشان می‌دهد که ۴۹ درصد قربانیان تجاوز جنسی، دچار اختلال استرس پس از سانحه، ۳۸ درصد دچار افسردگی اساسی و ۳۴ درصد به سایر اختلالات اضطرابی مبتلا می‌شوند (بودراکس^۱، کیلیپاتریک، رسنیک، بست و ساندرس، ۱۹۹۸؛ برسلا^۲، ۱۹۹۸؛ کرینگ و همکاران، ۲۰۰۷). به‌طور کلی مطالعات نشان می‌دهد که بین ۱۳ تا ۲۰ درصد زنان حداقل یک بار تجاوز جنسی را در نوجوانی یا جوانی تجربه می‌کنند (کلوتیر^۳، مارتین^۴ و پل^۵، ۲۰۰۲؛ آمواکوهن^۶، ۲۰۰۴؛ کرینگ و همکاران، ۲۰۰۷؛ لیتلتون^۷، گرلز^۸ و آکسوم^۹، ۲۰۰۹؛ تستا^{۱۰}، لوینگزتون^{۱۱} و کوس، ۲۰۰۴). بخش عمده زنانی که مورد تجاوز جنسی قرار می‌گیرند، علائم اضطراب را در هفته‌های اول پس از حمله تجربه خواهند کرد. و دست‌کم یک سوم آنها مبتلا به PTSD خواهند شد (شیلی هاید، ۱۳۸۹).

واکنش‌های عاطفی بلافاصله پس از تجاوز (مرحله حاد) عموماً شدید هستند. میزان زیادی از ناراحتی، معمولاً سه هفته پس از حمله به اوج خود می‌رسد و سپس به میزان زیادی تا یک ماه پس از آن ادامه می‌یابد. سپس بهبود تدریجی دو یا سه ماه پس از حمله آغاز می‌شود. برخی زنان به سرزنش خویشتن می‌پردازند (شیلی هاید، ۱۳۸۹). قربانیان در مجموع، به مشکلات هیجانی خود آگاه بوده و درخواست کمک دارند. آنها از مکانیسم دفاعی جابجایی برای کنار آمدن با اضطراب، استفاده می‌کنند. از نظر اجتماعی بی‌کفایت بوده، احساس می‌کنند که نسبت به مردم بیگانه‌اند و با آنها تفاوت دارند. زنان پس از انجام عمل جنسی در سوءاستفاده، خود را کالای صدمه دیده‌ای می‌دانند که از جامعه اخراج شده‌اند و جایی برای یافتن ندارند، دچار حیرت و درماندگی شده و راه به جایی نمی‌برند (قریشی و موسوی، ۱۳۸۶).

تا به امروز، برخی از روش‌های درمان تجربی برای اختلالات مربوط به ترومای تجاوز

1- Boudreaux
3- Cloutier
5- Poole
7- Littleton
9- Axsom
11- Livingston

2- Breslau
4- Martin
6- Amoakohene
8- Grills
10- Testa

جنسی تأیید شده‌اند. به عنوان مثال، برخی مطالعات اخیر نیز به ارزیابی روان‌درمانی‌های گروهی این افراد پرداخته‌اند. نتایج به‌طور کلی نشان می‌دهد که درمان گروهی در کاهش علائم اختلال در کوتاه‌مدت و نیز دوره پیگیری مؤثر می‌باشد (الکساندر^۱، نیمیر^۲، فولته^۳، مور^۴، هارتر^۵، مورگان^۶ و کامینز^۷، ۱۹۹۹؛ زولتینگ^۸ و همکاران، ۱۹۹۷). و سولومن^۹، گرتی^{۱۰}، ماف^{۱۱} (۱۹۹۲)، پایویو و نئو ونوس^{۱۲} (۲۰۰۱)، پایویو و همکاران (۲۰۱۰) بر لزوم تحقیقاتی روی افرادی که سوء استفاده جنسی در دوران کودکی داشته‌اند تأکید کرده‌اند. در ایران نیز اکبری و همکاران (زیر چاپ)، طی پژوهشی به بررسی اثربخشی رویکرد درمانی هیجان‌مدار مدل کرینبرگ و جانسون در بهبود قربانیان جنسی روابط عاطفی پرداختند که ۱۲ جلسه درمانی هیجان‌مدار موجب کاهش علائم PTSD و نشانگان بالینی مراجعان گردید. با توجه به موارد فوق‌الذکر به نظر می‌رسد در این زمینه روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR)^{۱۳} به منظور مقابله با اثرات خشونت و دقیق‌تر از این بویژه خشونت جنسی روان‌درمانی مناسبی باشد. حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، نوعی روان‌درمانی است که در سال ۱۹۸۷ توسط فرانسیس شاپیرو^{۱۴} ابداع شده است، این روش در برگیرنده عناصری از مواجهه‌درمانی و درمان رفتاری شناختی است که با فنون حرکات چشم، ضربات دست و تحریک شنوایی ترکیب شده است. این روش درمانی، دستیابی و پردازش مجدد خاطرات تروماتیک را در یک سبک سازگار تسریع می‌کند (شاپیرو، ۱۹۹۵). با پردازش طبیعی اطلاعات هیجانی به مغز کمک می‌کند تا ترومای گذشته از سیستم اعصاب درمانجو رها شود (شاپیرو، ۱۹۹۸). از طریق رفع گرفتگی نظام پردازش اطلاعات به‌وسیله خاطرات آسیب‌زا، به پردازش اطلاعات و تسریع آن کمک می‌کند و با دگرگون ساختن خاطرات، ویژگی‌های شخصیت را تغییر می‌دهد (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۸۳). ذهن انسان به‌طور

1- Alexander

3- Follette

5- Harter

7- Cummings

9- Solomon

11- Muff

13- Eye Movement Desensitization & Reprocessing

2- Neimeyer

4- Moore

6- Morgan

8- Zlotnick

10- Geritty

12- Nieuwenhuis

14- Shapiro

عجاب‌انگیزی پیچیده است و بعضی مواقع بی‌ضررترین حادثه می‌تواند یک نشانه محو ناشدنی را در رفتار و روان شخص بر جای گذارد.

تقریباً هر نوع پریشانی که ما توصیف می‌کنیم و برجسب اختلال می‌زنیم (هر نوع شکایت روان‌شناختی) می‌تواند به تجربیات پیشین برگردد. EMDR خاطرات این تجارب را در دسترس قرار می‌دهد و به‌طور قدرتمندانه مورد فیزیولوژیک را با موارد روانی ترکیب نموده و افراد را وادار می‌کند که این دیدگاه‌هایشان را در مورد سلامتی، بهبود و تعامل تن و روان مورد بررسی قرار دهند (شاپیرو، ۲۰۰۹).

پژوهش‌های تارکوئینو^۱، اسمیت^۲، تارکوئینو، رایبرگ^۳، اسپیتز^۴ (۲۰۱۲ الف)، تارکوئینو، برنشل^۵، ریچنباخ^۶، رایبرگ، تارکوئینو (۲۰۱۲ ب) نشان دادند که EMDR در بهبود نشانگان SDPT قربانیان تجاوز جنسی اثربخش می‌باشد. از زمانی که این رویکرد به‌وضوح در ادبیات بین‌المللی جاری به‌عنوان یک درمان مؤثر در PTSD و اختلالات واکنشی انطباقی شناخته شده است، بسیاری از نشریات نشان داده‌اند که تأثیر EMDR به‌ویژه در حوزه درمان TSDP بسیار زیاد است (تارکوئینو و همکاران، ۲۰۱۲ الف). طبق فراتحلیل ون‌اتان و تایلور (۱۹۹۸)، در میان روان‌درمانی‌ها، کارایی رفتاردرمانی و حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد خیلی بالا بود و به‌طور کلی تأثیر هر دو یکسان بود. و اثرات درمانی رفتاردرمانی و حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد به مدت ۱۵ هفته باقی ماند.

با توجه به شیوع بالای اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی و نیز عدم کار پژوهشی در این حوزه در ایران، اهمیت برنامه‌ریزی برای شناسایی و درمان این اختلال دیده می‌شود. همچنین با توجه به ویژگی‌های مثبت EMDR، از جمله مشخص بودن جلسات درمانی برای درمانگر و طول مدت کوتاه آن، اجرای آن نیز ساده‌تر است. بنابراین، این پژوهش به دنبال این سوال است که آیا EMDR روی زنانی که مورد تجاوز

1- Tarquinio
3- Rydberg
5- Brennstuhl

2- Schmit
4- Spitz
6- Reichenbach

جنسی قرار گرفته‌اند، اثربخش است یا خیر؟

روشی

این پژوهش در چارچوب طرح آزمایشی و طرح پایه A-B-A تک موردی اجرا شده است. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی مراجعه‌کننده به پزشک قانونی شهر تبریز تشکیل می‌دهند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور I بر مبنای DSM-IV به تشخیص روانپزشک و روانشناس بالینی، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش، و امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش در صورت مصرف دارو با موافقت روانپزشک، داشتن سن حداقل ۱۵ سال و حداکثر ۳۰ سال، گذشت کمتر از یکسال از واقعه تجاوز به عنف، و موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش پس از امضای رضایت‌نامه کتبی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارتند از؛ داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد، دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور II، وجود مخاطراتی برای بیمار، مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می‌سازد.

روانپزشک ارجاع‌دهنده، با توجه به ملاک‌های ذکر شده که به صورت مکتوب در اختیار داشت، مراجعان واجد شرایط را به درمانگر ارجاع می‌داد. درمانگر، مراجعان را در جریان پژوهش قراردادده و فرم رضایت آگاهانه را در اختیارشان قرار می‌داد. در صورت اعلام موافقت و امضای فرم مذکور، بیمار به‌عنوان نمونه پژوهش وارد درمان می‌گردید. براساس ملاک‌های ورود و خروج، ۳ مراجع زن مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی انتخاب گردیدند که با طرح خط پایه چندگانه ساده وارد درمان شدند. پس از اینکه آزمودنی‌ها (۳ زن مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی) وارد طرح درمانی شدند، آزمودنی اول، دوم و سوم ابزارهای پژوهش را به

ترتیب در چهار، سه و دو نوبت به فاصله زمانی یک هفته تکمیل نمودند. در هر جلسه، پرسشنامه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی و نیز پرسشنامه SCL-90-R اجرا گردید. در این جلسات، هیچ نوع مداخله درمانی صورت نگرفت. هنگامی که خطوط پایه با شیب نسبتاً ثابت برای همه آزمودنی‌ها در مورد ابزارهای فوق تشکیل شد، درمان توسط درمانگر با فواصل یک هفته‌ای آغاز گردید و بیماران به‌طور تصادفی به ترتیب وارد طرح درمان شدند. برای این نوع درمان، چهار جلسه پیش‌بینی شده بود که هر جلسه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه به طول می‌انجامید و هفته‌ای یک جلسه برگزار می‌شد. در انتهای هر جلسه درمانی پرسشنامه‌های به‌کار رفته در تعیین خط پایه مجدداً اجرا شدند. و نتایج به دست آمده در آخرین جلسه درمان به‌عنوان نتیجه پس از درمان در نظر گرفته می‌شدند. همچنین ۱ ماه پس از درمان همه بیماران پرسشنامه‌های مذکور را دوباره تکمیل نمودند.

گزارش مورد:

مراجع اول: دختری ۲۲ ساله، مجرد با تحصیلات پنجم ابتدایی، و سومین فرزند یک خانواده شش نفره می‌باشد. پدر معتاد و نقش حاشیه‌ای در خانه دارد. یکی از برادرانش معتاد به شیشه و کراک است. حدود ۸ ماه قبل مورد تجاوز یکی از دوستان برادر معتادش قرار گرفته است. از آن حادثه به بعد دچار اضطراب شدید، حملات پرخاشگرانه، کابوس‌های شبانه، هراس از جنس مخالف، بی‌اشتها، افسردگی، تحریک‌پذیر شده است.

مراجع دوم: دختری ۱۹ ساله، مجرد، با تحصیلات دیپلم، و فرزند اول خانواده است. ۱ برادر و ۱ خواهر کوچک‌تر از خود دارد. مورد تجاوز جنسی در روابط عاطفی قرار گرفته است، مراجع به‌دلیل وابسته شدن به پسر تن به سکس می‌دهد ولی بعد از این ماجرا تماس‌های پسر با مراجع کم شده و در نهایت قطع می‌شود. مراجع بعد از آن اتفاق دچار بی‌خواب و کابوس می‌شود. و صحنه تجاوز مدام مثل یک تصویر جلوی چشمانش تکرار می‌شود.

مراجع سوم: خانمی ۲۸ ساله، متاهل، تحصیلات دیپلم، و فرزند پنجم خانواده است. ۳ برادر و ۴ خواهر دارد. توسط یک راننده تاکسی پس از بیهوش شدن در یک ساختمان

متروکه مورد تجاوز قرار می‌گیرد. تجاوز حدود ۳/۵ ماه پیش صورت گرفته است. اکنون مراجع دارای خلق افسرده، حملات پرخاشگرانه، بی‌خوابی، و مدام صحنه تجاوز به صورت فلش بک برای او تکرار می‌شود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: (۱) مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور (I-SCID): مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست^۱، اسپیتزر^۲، گیبون^۳ و ویلیامز^۴ (۱۹۹۶، به نقل از سگال^۵، ۱۹۹۷) تهیه شد. تران^۶ و اسمیت^۷ (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۶۰ درصد را به‌عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۱۳۸۴) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به‌دست آمده نیز خوب بود.

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه میسسی‌سی‌پی: این مقیاس توسط کیان و همکاران (۱۹۸۸) تحول یافته است. مقیاسی خودگزارشی است و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب به کار برده می‌شود. مقیاس PTSD، ۳۵ آئتم دارد که در پنج گروه طبقه‌بندی می‌شود: تجربه مجدد، اجتناب و کرختی، بیش‌برانگیختگی، خودآزاری. سه تا از این موارد ارتباط خیلی نزدیک با ملاک‌های DSM برای اختلال استرس پس از آسیب دارند. آزمودنی‌ها به این آئتم‌ها با یک مقیاس پنج درجه‌ای (غلط، بندرت درست، گاهی درست، خیلی درست، و کاملاً درست) پاسخ می‌دهد. دامنه کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. نمره ۱۰۷ و بالا بیانگر وجود اختلال استرس پس از آسیب در فرد است. پایایی این پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ به‌دست آمده است. اعتبار این پرسشنامه توسط گودرزی در سال ۱۳۸۲ بر اساس

1- First
3- Gibbon
5- Segal
7- Smith

2- Spitzer
4- Williams
6- Tran

همبستگی درونی، دو نیمه کردن، آزمون مجدد با فاصله یک هفته، و با آزمون همتا (سیاهه PTSD) به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۹۱، و ۰/۸۲ به دست آمد (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴).

چک لیست SCL-90-R: فرم اولیه فهرست تجدید نظر شده علایم روانی به وسیله دراگوتیس، لیمپن و کووی (۱۹۷۳) تهیه گردید. دراگوتیس و همکاران (۱۹۸۴) فهرست مذکور را مورد تجدید نظر قرار داده و فرم نهایی آن را به نام فهرست تجدید نظر شده علایم روانی تهیه نمودند. این فهرست شامل ۹۰ سوال پنج درجه‌ای (هیچ، کمی، تا حدی، زیاد، خیلی زیاد) است. مواد این فهرست نه بعد مختلف را می‌سنجند که عبارتند از: شکایات جسمانی، وسواس فکری-عملی، افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان پریشی. علاوه بر این ابعاد، سه شاخص ضریب کلی علایم، معیار ضریب ناراحتی و جمع علایم مرضی نیز محاسبه می‌شوند. در تحقیق نانالی (۱۹۷۰) ضرایب پایایی همه ابعاد این آزمون، با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۸ الی ۰/۹۰ گزارش شده است. دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۶) ضرایب همبستگی ابعاد مختلف این فهرست را با پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا از ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. یاراحمدی (۱۳۷۶) ضرایب اعتبار همزمان را ۰/۲۷ تا ۰/۵۶ و رضایی (۱۳۷۶) ۰/۳۸ تا ۰/۶۶ به دست آوردند. رضایی نیز ضریب همبستگی این فهرست را با پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا ۰/۷۲ گزارش نمود (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۵).

در این پژوهش، روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، بر اساس پروتکل درمانی برگرفته از پروتکل کینوسکی^۱ (۲۰۰۳)، تحت عنوان «بهترین قدم رو به جلو» و شیوه درمانی فرانسیس شاپیر، به مدت چهار جلسه توسط درمانگر بر روی مراجعان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی اجرا گردید.

1- Kinowski

2- Put Your Best Foot Forward

جلسات	اقدامات
جلسه اول بررسی اطلاعات اساسی در مورد تجربه آسیب‌زا توسط مراجع و درمانگر	
جلسه دوم آموزش روش‌هایی توسط درمانگر برای مقابله با هیجانات شدید به مراجع، سپس هدایت مراجع برای دنبال کردن ۳ موضوع:	
۱- مشخص کردن دردناک‌ترین تصویر از واقعه ناخوشایند به‌عنوان هدف درمان	
۲- بیان کردن یک باور منفی مرتبط با حادثه	
۳- مطرح کردن باور مثبت در مورد خود به‌عنوان جایگزین باور منفی و دادن نمره ۱ تا ۷ به قدرت و درستی باور مثبت	
جلسه سوم مشخص کردن نوع هیجانی که هدف درمان در مراجع برمی‌انگیزد و دادن نمره ۱ تا ۱۰ به شدت این هیجان توسط مراجع	
جلسه چهارم بازخوانی تصویر ناخوشایند مورد نظر در ذهن توسط مراجع و دنبال کردن انگشتان درمانگر در حین صحبت کردن درباره واقعه دردآور تا زمانی که مراجع اعلام نماید دردناکی تصویر در حال کاهش است و در نهایت اندیشیدن به فکر مثبت و باز هم دنبال کردن انگشتان درمانگر	

"پروتکل درمانی روش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد"

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، بر اساس روند نیمرخ، اثرات متغیر مستقل بر متغیر وابسته بررسی گردید. و داده‌های مربوط به تغییرات درمانی (براساس پرسشنامه‌های ارائه شده) به‌صورت نموداری مورد بررسی قرار گرفته‌اند. همچنین برای بررسی معناداری بالینی تغییرات از درصد بهبودی استفاده شد. این فرمول اولین بار توسط بلانچارد و اسکوارز (۱۹۹۸؛ به نقل از اوگلز^۱، لونن^۲ و بونستیل^۳، ۲۰۰۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های طرح‌های تجربی تک‌موردی، مطرح شده است.

اندازه اثر در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌هاست (d کوهن)، محاسبه شد. اندازه اثر کمتر از ۰/۴۱ نشان‌دهنده حداقل میزان اندازه اثر، اندازه اثر مابین ۰/۴۱ و ۱/۱۵، نشان‌دهنده اندازه اثر متوسط، اندازه اثر مابین ۱/۱۵ و ۲/۷، نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ و همچنین اندازه اثر بالاتر از ۲/۷ نیز،

1- Ogles
3- Bonesteel

2- Lunnen

اندازه اثر بزرگ محسوب می‌گردد (فرگوسن، ۲۰۰۹).

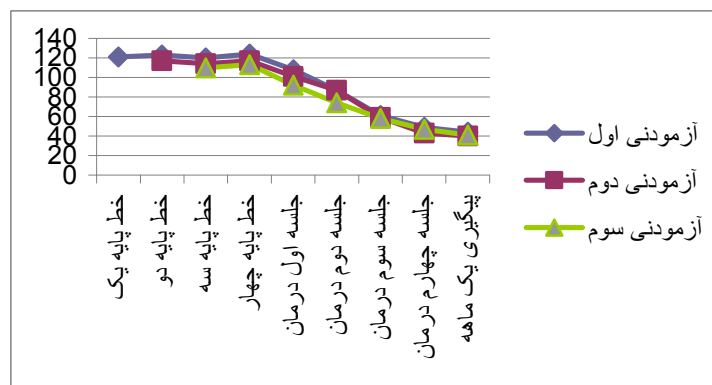
یافته‌ها

نتایج به‌دست آمده در جدول ۱ قابل مشاهده است.

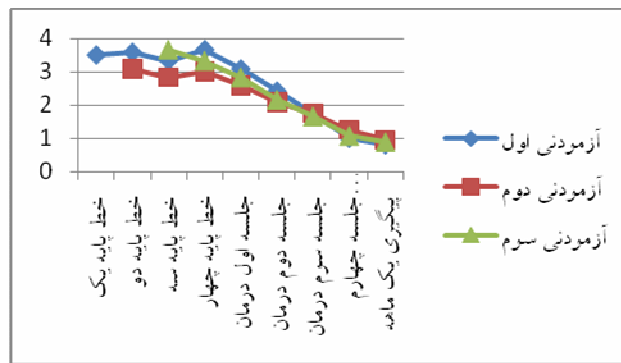
اندازه اثر درمان (خط پایه درمان)	درصد بهبودی پیشگیری	درصد بهبودی درمان	پیگیری یک ماهه	جلسه آخر درمان	انحراف استاندارد مرحله درمان	انحراف استاندارد خط پایه	میانگین درمان	میانگین خط پایه	مراجعات	مقیاس
۲/۷۲	۰/۶۳	۰/۵۹	۴۴	۴۹	۲۷/۰۶۸۴	۱/۸۲۵۷	۶۹/۸۰۰۰	۱۲۲/۰۰۰۰	مراجعه ۱	اختلال
۲/۳۸	۰/۶۵	۰/۶۲	۴۰	۴۳	۲۷/۰۱۸۵	۱/۷۳۲۰	۶۶/۰۰۰۰	۱۱۶/۰۰۰۰	مراجعه ۲	استرس پس از سانحه
۲/۷۲	۰/۶۳	۰/۵۷	۴۱	۴۷	۲۰/۷۶۷۷	۲/۱۲۱۳	۶۲/۴۰۰۰	۱۱۱/۵۰۰۰	مراجعه ۳	بعد جسمانی
۲/۵۰	۰/۷۶	۰/۷۱	۰/۸۱	۱	۰/۹۵۴۵	۰/۱۴۱۰	۱/۸۱۲۰	۳/۵۱۷۵	مراجعه ۱	سازگی در SCL-90
۲/۸۰	۰/۶۸	۰/۵۷	۰/۹۵	۱/۲۵	۰/۶۴۸۸	۰/۱۲۷۶	۱/۷۲۲۰	۲/۹۷۰۰	مراجعه ۲	بعدوسواس فکری-
۲/۳۶	۰/۷۴	۰/۶۹	۰/۸۹	۱/۰۸	۰/۷۹۴۹	۰/۲۳۳۳	۱/۷۲۴۰	۳/۴۹۵۰	مراجعه ۳	عملی در SCL-90
۳/۱۴	۰/۷۱	۰/۶۸	۱	۱/۱	۰/۷۷۲۶	۰/۱۶۵۲	۱/۷۸۰۰	۳/۵۱۲۵	مراجعه ۱	بعدحساسیت بین فردی در SCL-90
۳/۸۹	۰/۵۲	۰/۴۸	۱/۳	۱/۴	۰/۳۲۰۹	۰/۲۰۸۱	۱/۶۴۰۰	۲/۷۳۳۳	مراجعه ۲	بعد
۱/۴۳	۰/۶۳	۰/۵۴	۱/۲۵	۱/۵۵	۰/۹۱۹۶	۰/۱۴۱۴	۲/۲۷۰۰	۳/۴۰۰۰	مراجعه ۳	اضطراب در SCL-90
۳/۲۶	۰/۷۸	۰/۷۸	۰/۷۷	۰/۷۷	۰/۸۶۶۴	۰/۱۰۵۳	۱/۵۳۸۰	۳/۵۲۲۵	مراجعه ۱	بعدافسردگی در SCL-90
۲/۹۶	۰/۴۹	۰/۴۵	۱/۴۴	۱/۵۵	۰/۴۱۲۱	۰/۱۷۲۴	۱/۸۶۲۰	۲/۸۴۶۷	مراجعه ۲	بعدخصوصیت
۲/۵۶	۰/۸۲	۰/۸۶	۰/۵۵	۰/۴۴	۰/۸۷۵۵	۰/۷۷۷۸	۱/۲۴۰۰	۳/۱۶۵۰	مراجعه ۳	در SCL-90
۲/۷۲	۰/۷۷	۰/۷۵	۰/۸۳	۰/۹۰	۰/۹۷۵۱	۰/۱۵۰۰	۱/۷۹۶۰	۳/۶۷۵۰	مراجعه ۱	بعد
۲/۳۲	۰/۵۵	۰/۴۹	۱/۴	۱/۶	۰/۶۱۸۰	۰/۲۳۰۹	۲/۰۲۰۰	۳/۱۶۶۷	مراجعه ۲	اضطراب در SCL-90
۲/۰۹	۰/۶۷	۰/۶۴	۱/۲	۱/۳	۰/۸۸۴۸	۰/۰۰۰۰	۲/۱۱۰۰	۳/۷۰۰۰	مراجعه ۳	بعدافسردگی در SCL-90
۲/۵۰	۰/۷۲	۰/۶۳	۰/۹۲	۱/۲۳	۰/۸۷۱۰	۰/۰۳۳۱	۱/۸۱۰۰	۳/۳۴۵۰	مراجعه ۱	بعد
۲/۰۷	۰/۵۰	۰/۵۳	۱/۶۱	۱/۵۳	۰/۶۵۶۵	۰/۱۹۶۰	۲/۱۹۴۰	۳/۲۷۶۷	مراجعه ۲	بعدافسردگی در SCL-90
۲/۲۷	۰/۸۸	۰/۸۰	۰/۳۸	۰/۶۱	۰/۹۲۱۶	۰/۱۶۲۶	۱/۳۸۰۰	۳/۱۸۵۰	مراجعه ۳	بعد
۲/۷۶	۰/۷۶	۰/۷۸	۰/۹۰	۰/۸۳	۱/۰۳۷۹	۰/۱۲۷۲	۱/۸۴۲۰	۳/۸۶۰۰	مراجعه ۱	بعدخصوصیت
۱/۸۲	۰/۴۴	۰/۴۴	۱/۶۶	۱/۶۶	۰/۴۰۸۰	۰/۱۶۵۰	۲/۰۴۶۰	۲/۹۹۶۷	مراجعه ۲	در SCL-90
۲/۳۹	۰/۷۲	۰/۷۲	۱/۰۸	۱/۰۸	۱/۰۶۲۸	۰/۰۶۳۶	۲/۰۶۲۰	۳/۹۵۵۰	مراجعه ۳	بعد
۲/۴۵	۰/۷۹	۰/۷۱	۰/۵۷	۰/۸۰	۰/۸۰۹۱	۰/۱۴۷۹	۱/۴۲۸۰	۲/۸۲۵۰	مراجعه ۱	بعد ترس
۱/۵۶	۰/۶۶	۰/۵۷	۰/۹۰	۱/۱۴	۰/۷۵۸۰	۰/۲۵۱۰	۱/۷۴۸۰	۲/۶۸۳۳	مراجعه ۲	مرضی در

۲/۵۸	۰/۸۴	۰/۸۰	۰/۴۰	۰/۵۰	۰/۶۷۷۸	۰/۰۹۸۹	۱/۰۷۰۰	۲/۵۷۰۰	۳	مراجعه	SCL-90
۲/۷۶	۰/۷۸	۰/۷۲	۰/۸۳	۱/۰۸	۱/۰۰۹۸	۰/۱۱۱۰	۱/۹۱۲۰	۳/۸۷۰۰	۱	مراجعه	بعد افکار
۲/۸۰	۰/۲۴	۰/۳۱	۲	۱/۸۳	۰/۴۳۲۴	۰/۲۰۸۱	۱/۶۸۰۰	۲/۶۶۶۷	۲	مراجعه	پارانوئیدی در
۲/۱۲	۰/۷۶	۰/۷۸	۰/۸۳	۰/۷۴	۰/۹۹۸۴	۰/۱۲۰۲	۱/۶۶۲۰	۳/۴۹۵۰	۳	مراجعه	SCL-90
۱/۸۶	۰/۷۰	۰/۶۴	۱	۱/۲	۰/۹۶۷۴	۰/۱۶۵۲	۲/۱۲۲۰	۳/۴۱۲۵	۱	مراجعه	بعد روانپزشکی
۲/۵۵	۰/۶۲	۰/۵۵	۱/۲	۱/۴	۰/۴۳۰۳	۰/۱۶۵۰	۲/۲۹۶۰	۳/۱۶۳۳	۲	مراجعه	در
۲/۰۶	۰/۷۱	۰/۷۶	۰/۹۰	۰/۷۵	۰/۸۷۶۴	۰/۰۰۰۰	۱/۶۰۶۰	۳/۱۵۰۰	۳	مراجعه	SCL-90

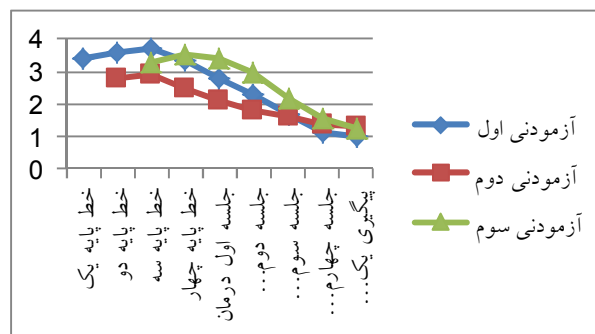
برای مقایسه بهتر یافته‌ها، نمره‌های اختلال استرس پس از سانحه، ابعاد جسمانی سازی، وسواس فکری-عملی، حساسیت بین فردی، اضطراب، افسردگی، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روانپزشکی در نمودارهای زیر ارائه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، نتایج به دست آمده از مقیاس‌های مذکور، نشانگر موثر بودن تدریجی جلسه به جلسه درمان حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه است و این تغییرات در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است.



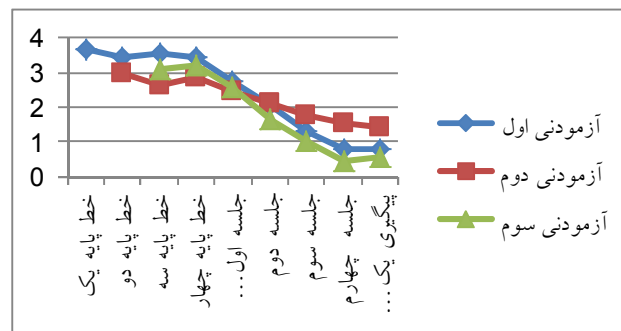
نمودار (۱) فرآیند تغییر نمرات اختلال PTSD



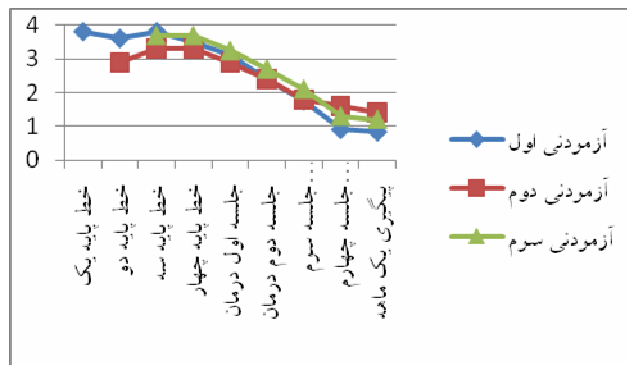
نمودار (۲) فرآیند تغییر نمرات در بعد جسمانی سازی



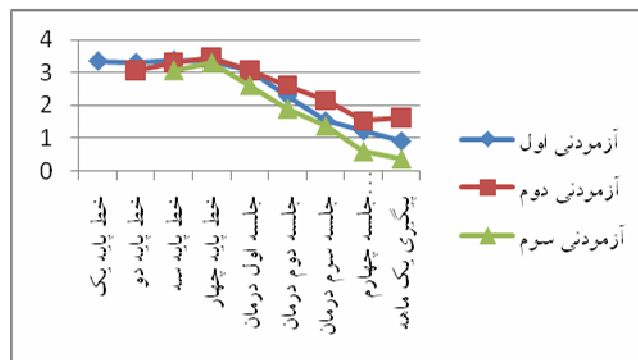
نمودار (۳) فرآیند تغییر نمرات در بعد OCD



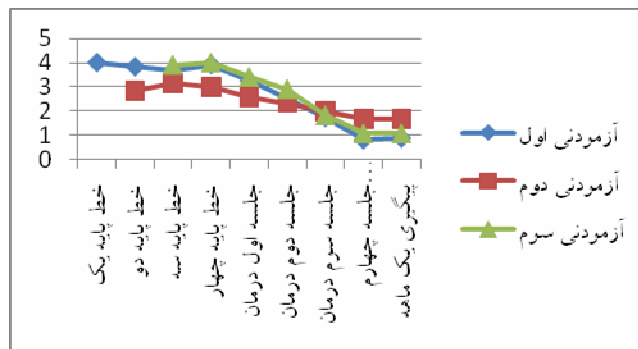
نمودار (۴) فرآیند تغییر نمرات بعد حساسیت بین فردی



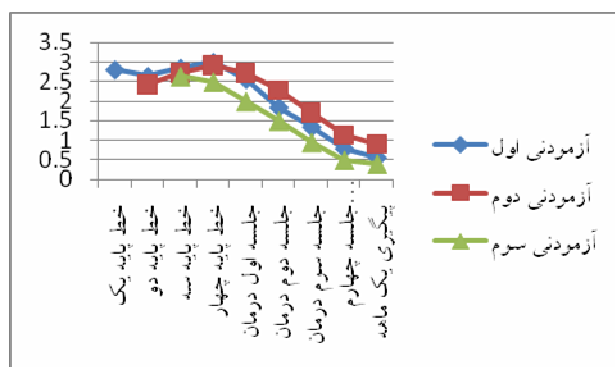
نمودار (۵) فرآیند تغییر نمرات بعد اضطراب



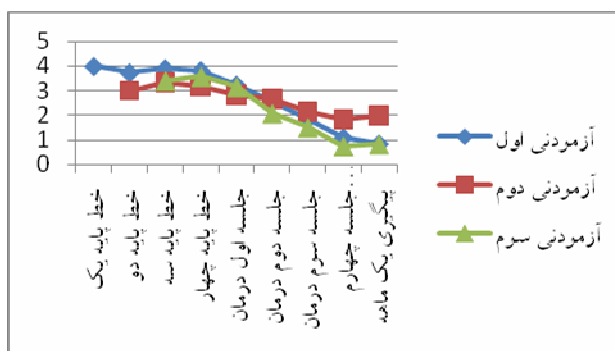
نمودار (۶) فرآیند تغییر نمرات بعد افسردگی



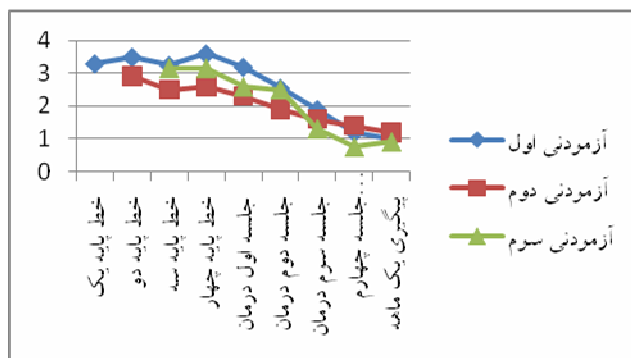
نمودار (۷) فرآیند تغییر نمرات بعد خصومت



نمودار (۸) فرآیند تغییر نمرات بعد ترس مرضی



نمودار (۹) فرآیند تغییر نمرات بعد افکار پارانوییدی



نمودار (۱۰) فرآیند تغییر نمرات بعد روانپیشی

به‌طور کلی می‌توان گفت نتایج به‌ست آمده در پایان درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد و پیگیری یک ماهه آن که با استفاده از ترسیم نموداری ارائه شد، حاکی از تأیید فرضیه‌های مطرح شده در پژوهش است. به این ترتیب که مداخله حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد نمره‌های زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی را در پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه میسوسی‌پی و ۹ بعد پرسشنامه SCL-90-R کاهش داد.

بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج به‌دست آمده، تأثیر روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه زنان مورد تجاوز جنسی از نظر آماری معنادار شد و همان‌گونه که نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد، سیر نزولی علائم در نمودارها با شروع درمان و پس از اتمام آن نشان‌دهنده کاهش شدت علائم و درصد بهبودی معنادار در هر سه آزمودنی می‌باشد.

فرضیه اول این پژوهش بر این اساس استوار بود که روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. این یافته‌ها در درجه اول حاکی از کارایی درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر روی اختلال استرس پس از سانحه است که همسو با یافته‌های مطالعات روتیام (۱۹۹۷)، تایلور و ون اتان (۱۹۹۸)، کوساک و اسپیتس (۱۹۹۹)، اشنايدر و همکارانش (۱۹۹۵)، مک‌لین و همکاران (۲۰۰۰)، شاپیرو^۱ و ماکس فیلد^۲ (۲۰۰۲)، آیرونسون^۳، فروند^۴، استراوس^۵ و ویلیامز^۶ (۲۰۰۲)، لی، گاوریل و همکاران (۲۰۰۲) است که کارایی و اثربخشی این رویکرد درمانی را در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مورد تأیید قرار می‌دهند و همسو با یافته‌های تارکوئینو و همکاران (۲۰۱۲ الف) و

1- Shapiro
3- Ironson
5- Strauss

2- Maxfield
4- Freund
6- Williams

تارکوئینو و همکاران (۲۰۱۲ ب) مبنی بر اثربخشی EMDR روی زنان دچار اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی می‌باشد.

نتایج بررسی و آزمون فرضیه‌ها ۲ تا ۱۰، نشان داد که تأثیر روش درمانی حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش علائم اختلالات روانی همراه با اختلال استرس پس از سانحه (شکایات جسمانی، وسواس فکری - عملی، حساسیت در روابط بین فردی، اضطراب، افسردگی، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی) از نظر آماری معنی‌دار است و همه آنها مورد تأیید قرار می‌گیرند. این نتایج و یافته‌ها، با نتایج پژوهش‌های ساریچلو (۱۳۷۵)، اصلانی (۱۳۷۸)، بروک و ورنسن (۱۹۹۹) همخوان بود. چنان که حقگو (۱۳۸۲) بیان می‌دارد حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، درمان کوتاه‌مدت و قدرتمندی است که برای طیف وسیعی از اختلالات شامل دردهای مزمن، فوبی‌ها، افسردگی، استرس، حملات پانیک، اختلالات تغذیه‌ای و تصور ضعیف از خود و اختلالات هیجانی به‌طور قوی مؤثر است.

در تبیین نتایج می‌توان گفت انسان‌ها از یک نظام فیزیولوژیکی فطری برخوردار هستند که برای پردازش اطلاعات در جهت سلامت روانی تنظیم شده است. آسیب روانی زمانی روی می‌دهد که نظام پردازش اطلاعات متوقف شده باشد. رویدادهای آسیب‌زای زندگی، باعث شکل‌گیری الگوی بیمارگون عواطف، رفتارها، شناخت‌ها، احساس‌ها و ساختارهای مربوطه می‌شوند. ساختارهای بیمارگون به این علت روی می‌دهد که اطلاعات، پردازش نمی‌شوند. در عوض، اطلاعات آسیب‌زا در زمانی که رویداد آزردهنده اتفاق افتاده است، به‌صورت راکد، حل‌نشده، و ثابت اندوزش می‌یابند. تجربیات قدیمی و آزردهنده، در وضعیت ویژه حالت، در دستگاه عصبی نگهداری می‌شوند. بنابراین، آسیب در فیزیولوژی اعصاب «گیر می‌کند» یا «مسدود می‌شود» (دادستان، ۱۳۸۰؛ به نقل از نیرومندی، ۱۳۸۷). به‌عبارت ساده‌تر علت این که آسیب روانی بعد از واقعه آزردهنده ادامه

می‌باید این است که محرک‌های روزمره، احساس‌ها و افکار منفی این خاطرات آسیب‌زا را فرا می‌خوانند و باعث می‌شوند که درمانجو هماهنگ با این آسیب عمل کند. فقدان پردازش یا حل مناسب، به معنی آن است که درمانجو از لحاظ هیجانی و رفتاری، مطابق با آسیب واکنش نشان می‌دهد. وقتی که فرد در وضعیت ویژه حالت آزاردهنده و تحریک‌کننده متوقف شده باشد، رویدادهای جاری به‌طور مرتب آسیب را راه‌اندازی می‌کنند و آسیب به صورت کابوس، فلش‌بک (بازگشت به گذشته)، افکار مزاحم، و رفتار اجتنابی ابراز می‌شود (باسیل^۱، ۱۹۹۹). پس بسیاری از چیزهایی که اختلال ذهنی در نظر گرفته می‌شوند نتیجه ذخیره اطلاعات در مغز است. بهبود وقتی صورت می‌گیرد که ما این اطلاعات را آزاد کنیم و اجازه دهیم ظاهر شوند (کوساک و اسپتس، ۱۹۹۹).

EMDR از تحریک لمسی یا صوتی جهت ایجاد حرکات دوسویه چپ و راست در چشم استفاده می‌کند تا با فعال کردن نیمکره‌های مغز، تجارب هیجانی را که در سیستم عصبی به دام افتاده‌اند، تخلیه نماید. این روش به سیستم نوروفیزیولوژیک و اساس ارتباطات ذهن-بدن کمک می‌کند تا خود را از سیستم‌های بلوکه‌کننده واره‌انده و ارتباطات جدید را شکل دهد (تارکوئینو، ۲۰۱۲؛ کوساک و اسپتس، ۱۹۹۹). طبق نظر شاپیرو، ادراکات پردازش نشده در کابوس‌ها، بازگشت خاطرات گذشته و افکار مزاحم مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، به چشم می‌خورد. چون در حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد از مراجع می‌خواهیم به حادثه آسیب‌زا فکر کند و بعد سیستم پردازش اطلاعات او را به این منظور که تجربه آسیب‌زا به گونه مناسبی پردازش و هضم کند تحریک می‌کنیم. هم‌چنان که فرایند هضم جریان دارد بینش‌ها برمی‌خیزند، تداعی‌های مورد نظر شکل می‌گیرند، هر آنچه مفید است یاد گرفته می‌شود و هیجان مناسب کنترل را به‌دست می‌آورد (شاپیرو، ۲۰۰۲).

نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مؤید نظریه فیزیولوژیک حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد باشد. هوپنوسر (۱۹۹۷) بیان می‌دارد که حساسیت‌زدایی با حرکات

1- Basile

چشم و پردازش مجدد، به تدریج اجازه می‌دهد فعالیت ناحیه لیمبیک و پل مغزی حساس شده، کاهش پیدا کند و بدین ترتیب عملکرد قشر بالاتر تسهیل گردد. در سایر شرایط که شناختی در دسترس نیست، تمرکز بارز بر احساسات بدنی منجر به بهبود نشانه‌ها، از طریق بازداری لوکوس سرولوئوس و آمیگدال می‌شود. زمانی که فعالیت سلول‌های ترشح‌کننده نورآدرنالین کاهش می‌یابد، ادراک مراجع از خودش تغییر می‌کند و به لحاظ شناختی قادر به تعبیر، تفسیر و تقویت خود می‌شود و تبیین‌های انطباقی‌تر برای تجارب آسیب‌زای خود پیدا می‌کند (شاپیرو و مکس‌فیلد، ۲۰۰۲؛ تارکوئینو و همکاران، ۲۰۱۲ الف).

در بررسی نظریه‌های مرتبط با EMDR می‌توان گفت که این تأثیر شاید از طریق فعال شدن سیستم عصبی و شبکه‌های حافظه‌ای و هیجانی که از طریق تحریکات چشم در چهارچوب یک فرایند دقیق و منظم اتفاق می‌افتد اثری فراگیر در تسهیل پردازش اطلاعات از خاطره‌های آزاردهنده دارد. به نظر می‌رسد که از طریق تحریک راه‌های بینایی به طریقی شبیه رم، سامانه‌های آمیگدالی و هیپوکامپی هر دو فعال می‌شوند. به عبارت دیگر حافظه‌های هیجانی (آمیگدالی) و حافظه به اصطلاح سرد اخباری از طریق پردازش سریع اطلاعات با هم می‌آمیزند. یعنی حافظه غیراخباری به حافظه اخباری قابل طرح تبدیل می‌شود. شاپیرو به جز حرکات چشم که با پایه‌های فیزیولوژیک و تبیین‌های نوروپسیکولوژیک خود می‌تواند در جای خود سرعت دستیابی به اطلاعات ناکارآمد و سرعت تأثیر در آن را توجیه کند، به این نکته تأکید دارد که جریان و روال EMDR نیز بخش جدانشدنی از تأثیر را تشکیل می‌دهد. در این راستا و در توجیه اثرمندی EMDR در تحقیق حاضر می‌توان به‌طور ویژه دو حیطه رویارویی در این تکنیک و نیز جابجایی و بار عاطفی که شاپیرو آن را به‌عنوان بیوالکتریسته باورهای منفی و مثبت طرح کرده است، اشاره کرد (شاپیرو و لاوب^۱، ۲۰۰۸؛ شاپیرو، ۲۰۰۹).

در مورد چگونگی تأثیر رویارویی می‌توان گفت در EMDR پس از ایجاد فضای عاطفی

1- Laub

عاطفی امن درمانی و با بکارگیری ابعاد شناختی، شناختی تصویری و هیجانی و در وهله‌های کوتاه (به تعداد حرکات معمولاً بیست گانه چشم) رویارویی با شدیدترین محتوا صورت می‌گیرد. این بخش از درمان EMDR مشابه درمان هیجان محور می‌باشد که با توجه به شناسایی نقاط داغ هیجانی و روبرو شدن با آن‌ها فرد دچار PTSD بهبود پیدا می‌کند (اکبری و همکاران، زیر چاپ). شاید رویارویی کوتاه با شدیدترین شرایط باشد که خوگیری را در EMDR تسهیل می‌کند و سبب خوپذیری تسریع شده می‌شود که در مقایسه با درمان‌های شناختی رفتاری به زمان کمتری نیاز دارد. از سوی دیگر تحلیل شاپیرو از جابجایی بار بیوالکتریکی بالای باورهای منفی که با تعدیل و عبور از روی هدف‌های میانه‌ای که درمانجو خود در طی درمان به آن می‌رسد کاهش می‌یابد، می‌تواند حاکی از انعطافی باشد که در مقایسه با سلسله مراتب محرک‌ها در درمان‌های شناختی که از ابتدا تنظیم می‌شود با آزادی عمل و آزادی هیجانی بیشتر به تسریع کمک می‌کند. به نظر می‌رسد خوپذیری که در اثر پردازش اطلاعات هیجانی از طریق تحریکات سیستم لیمبیک-آمیگدال و با واسطه تحریک عمدی حرکات چشم تسریع می‌شود، تبیین‌کننده سرعت و اثربخشی بالاتر EMDR باشد (تارکوئینو و همکاران، ۲۰۱۲ الف؛ شاپیرو، ۲۰۰۹). این تحقیقات همسو با تحقیقات نیکوزیا (۱۹۹۵) است که توانسته تغییر در امواج الکتریکی مغز را در جریان اثربخشی EMDR دنبال کند و پایه‌هایی را برای تبیین بالینی اثر EMDR فراهم می‌آورند، می‌باشد. به نظر می‌رسد حرکت چشمی موجب می‌شود اضطراب ناشی از ضربه عاطفی به تدریج از آن جدا شود و فرد رویداد اصلی را با دیدی بی‌تفاوت و بی‌طرفانه بازبینی و بررسی کند، درست مثل تماشا کردن یک فیلم و رویدادهایی که در آن اتفاق می‌افتد. این وضعیت نیز با سازماندهی مجدد شناختی آن واقعه به بروز احساساتی طبیعی‌تر و خودجوش‌تر منجر می‌شود.

در کل می‌توان گفت، براساس یافته‌های این پژوهش و شواهد پژوهشی موجود، روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه از کارایی بالاتری برخوردار است و یکی از درمان‌های مؤثر،

سریع‌الآثر و پایدار برای این اختلال می‌باشد. علاوه بر آن، این روش در کاهش علائم اختلال‌های روانی نیز مؤثر می‌باشد.

اگرچه بارلو و هرسن (۱۹۷۹) ذکر می‌کنند که مطالعات تک آزمودنی به دلیل مشاهده کیفی، نتایج عمیق‌تری به دست می‌دهند و یافته‌های واقعی حاصل از این پژوهش‌ها در سایه آزمون‌های آماری محو نمی‌شوند، اما به دلیل تعداد محدود نمونه، این نوع پژوهش از اعتبار بیرونی اندکی برخوردار است. و برای یک نتیجه‌گیری قطعی، تکرار مطالعات موردی یا انجام پژوهش‌های تجربی با گروه‌های کنترل و نمونه‌های وسیع‌تر پیشنهاد می‌شود. در صورتی که امکان پیگیری نتایج درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در دوره زمانی بلند مدت‌تری (۳ ماه و ۶ ماه) وجود داشته باشد، احتمالاً با قابلیت بیشتری می‌توان از کارایی این نوع درمان برای اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی سخن گفت.

سپاسگزاری

در پایان گروه پژوهشی بر خود لازم می‌داند از همکاری صمیمانه مرکز قانون پزشکی شهر تبریز و به‌ویژه مراجعان شرکت‌کننده در این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی داشته باشد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:	۱۳۹۲/۰۸/۲۰
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:	۱۳۹۲/۱۱/۲۸
تاریخ پذیرش مقاله:	۱۳۹۳/۰۱/۱۵

References

منابع

- اصلانی، جلیل (۱۳۸۷). اثربخشی تکنیک حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر کاهش اضطراب صحبت کردن در مقابل جمع در دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- اکبری، ابراهیم؛ پورشریفی، حمید؛ فهیمی، صمد؛ عظیمی، زینب؛ محمودعلیلو، مجید؛ امیری، پیچاکالایی احمد (زیر چاپ). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر روی قربانیان جنسی روابط عاطفی، دانشگاه شهید بهشتی تهران: مجله خانواده‌پژوهی.
- پروچسکا، جیمز او نوکراس، جان. سی. (۱۳۸۳). نظریه‌های روان‌درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: انتشارات رشد.
- ساریچلو، محمدابراهیم (۱۳۷۵). بررسی میزان کارایی روش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) در اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) ناشی از جنگ در بین جانبازان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شاپیرو، فرانسیس و فارست، مارگوت سلیک (۱۹۹۷). حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR)، ترجمه هاشمیان و همکاران، (۱۳۷۹)، تهران: بین‌الملل شمس.
- شریفی، ونادا؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا و همکاران (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای SCID بر اساس DSM-IV، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۸-۲۲.
- شیلی هاید، جانت (۱۳۸۹). روانشناسی زنان سهم زنان در تجربه بشری، ترجمه اکرم خمسه، تهران: آگه-ارجمند، چاپ سوم.
- کاپلان و سادوک (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی، جلد دوم، ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۷)، تهران: ارجمند.
- نیرومندی، رامین (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر درمان اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) جانبازان استان آذربایجان شرقی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل.
- ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۸۵). آزمون‌های روانشناختی، اردبیل: باغ رضوان.

-
- Alexander, P.C., Neimeyer, R.A., Follette, V.M., Moore, M.K., & Harter, S. (1989). A Comparison of Group Treatments for Women Sexually Abused as Children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 479-483.
- Amoakohene M. (2004). Violence against Women In Ghana: A Look at Women's Perceptions and Review of Policy and Social Responses, *Soc Sci Med*; 59:2373-85.
- Basile KC. (1999). Rape by Acquiescence: the Ways in Which Women "Give in" to Unwanted Sex with their Husbands, *Violence against Women*; 5: 1036-58.
- Boudreaux, E., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Best, C.L., & Saunders, B. (1998). Criminal Victimization, Posttraumatic Stress Disorder, and Comorbid Psychopathology among a Community Sample of Women, *Journal of Traumatic Stress*, 11, 665-678.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., & Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma, *Archives of General Psychiatry*, 55,626-632.
- Cloutier, S., Martin, S.L., & Poole, C. (2002). Sexual Assault among North Caroline Women: Prevalence and Health Risk Factors, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 265-271.
- Cusack, K., Spates, R. (1999). The Cognitive Dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), *Journal of Anxiety Disorder*, 13, 87-99.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J.L., Williams, J. (2002). Comparison of Two Treatments for Traumatic Stress: A Community Based Study of EMDR and Prolonged Exposure, *Journal of Clinical Psychology*, 58,113-128.
- Koss, M.P, Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M., et al. (2007). Revising the SES: A Collaborative Process to Improve Assessment of Sexual Aggression and Victimization, *Psychology of Women Quarterly*, 31, 357-370.
- Koss, M.P, Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M., et al. (2007). Revising the SES: A Collaborative Process to Improve
-

-
- Assesment of Sexual Aggression and Victimization, *Psychology of Women Quarterly*, 31, 357-370.
- Kring AM, Davison GC, Neale JM, & Johnson SL. (2007) Abnormal Psychology, New York: John Wiley & Sons, 10: 209-12.
- Littleton, H.L., Grills-Taquechel, A.E., & Axsom, D. (2009). Impaired and Incapacitated Rape Victims: Assault Characteristics and Post Sssault Experience, *Violence and Victims*, 24, 439-457.
- Macklin, M.L, Metzger, L.J., Lasko, M.B., Berry, N.J., Orr, S.P., Pitman, R.K. (2000). Five Year follow-up Study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy for Combat-related Posttraumatic Stress Disorder, *Compress Psychiatr*, 1, 24-27.
- Morgan, T., & Cummings, A.L. (1999). Change Experienced during Group Therapy by Female Survivors of Childhood Sexual Abuse, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 28–36.
- Ogles, B. M., Lunner, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical Significance: History, application and current practice, *Clinical Psychology Review*, 21; 421-446.
- Paivio S. C., & Nieuwenhuis J. A. Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A Preliminary Study, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 14, No. 1, 2001.
- Paivio SC, Jarry JL, Chagigiorgis H, Hall I, Ralston M. (2010). Efficacy of two Versions of Emotion-focused Therapy for Resolving Child Abuse Trauma, *Psychotherapy Research*; 20(3):353-66.
- Rothbaum, BO. (1997). A Controlled Study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Posttraumatic Stress Disordered Sexual Victims, *Bull Manage Clin*, 61,317-334.
- Schneider, G., Nabavi, D., Heuft, G. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in a Patient with Comorbid Epilepsy, *Epilepsy Behav*, 7, 715-718.
- Shapiro E., Laub B. (2008). Early EMDR Intervention (EEI): A Summary, a Theoretical Model, and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*,; 2(2):79-96.
-

-
- Shapiro E. EMDR Treatment of Recent Trauma, *Journal of EMDR Practice and Research*, 2009; 3(3).
- Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information Processing in the Treatment of Trauma, *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 933-946.
- Shapiro, F. (1998). *EMDR Manuals*, Dhaka: Bangladesh.
- Shapiro, F. (2002). EMDR 12 Years after Its Introduction: Post and Future Research, *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1-22.
- Solomon, S.D., Gerrity, E.T., & Muff, A.M. (1992). Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of the American Medical Association*, 268, 633-638 .
- Tarquinio C., Brennstuhl M.J., Reichenbach S., Rydberg J.A., Tarquinio P. (2012). Early Treatment of Rape Victims: Presentation of an Emergency EMDR Protocol, *Sexologies*, 21, 113-121.
- Tarquinio C., Schmitt A., Tarquinio P., Rydberg J.A., Spitz E. (2012). Benefits of “Eye Movement Desensitization and Reprocessing” Psychotherapy in the Treatment of Female Victims of Intimate Partner Rape, *Sexologies*, 21, 60-67.
- Testa, M., Vanzile-Tamsen, C., Livingston, J.A., & Koss, M.P. (2004). Assessing Women Experiences of Sexual Aggression Using the Sexual Experiences Survey: Evidence for Validity and Implications for Research, *Psychology of Women Quarterly*, 28, 256-265.
- Tran G, smith GP. Behavioral Assessments in the Measurement of Treatment out-come, In S.N. Haynes and E.M. Heiby (Eds), (2004). *Comprehensive Hand book of Psychological Assessment*, Newyork: Wiley.
- Zlotnik, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Perlstein, T. (1997). An Affect Management Group for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Histories of Childhood Sexual Abuse, *Journal of Traumatic Stress*, 10, 423-436.
-