

# اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از اتفاقات غیر نظامی

علیرضا مارد پور<sup>۱</sup>

محمود نجفی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۱۵

تاریخ وصول: ۹۴/۹/۱۷

## چکیده

هدف اساسی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در درمان زنان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از اتفاقات غیرنظامی در شهر یاسوج بود. جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده تمامی زنانی بود که در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و تخصصی شهر یاسوج دارای پرونده روانشناسی و روانپزشکی بوده و تشخیص اختلال استرس پس از ضربه ناشی از اتفاقات غیرنظامی دریافت کرده بودند. ۴۰ نفر از جامعه مورد مطالعه به شیوه تصادفی ساده انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. سپس روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر روی گروه آزمایشی به مدت ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک بار در هفته اعمال گردید و بر روی گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تأثیر واقعه تجدید نظر شده، مقیاس خود گزارش دهی نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و چک لیست نشانه‌های روانی بود. شرکت کنندگان به لحاظ متغیرهای مورد بررسی در پیش آزمون و پس آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) و تک متغیری (آنکوا) استفاده شد. نتایج نشان داد که روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد موجب کاهش نمرات مقیاس تأثیر واقعه تجدید نظر شده، مقیاس خود گزارش دهی نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و شاخص شدت کلی چک لیست نشانه‌های روانی شد. نتایج به دست آمده نشان داد که این روش درمانی در بهبود علائم اختلال استرس پس از ضربه و نشانه‌های همراه با آن مؤثر بوده است.

**واژگان کلیدی:** حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد، اختلال استرس

پس از ضربه

۱. استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج (نویسنده مسئول) Ali.Mared@yahoo.com

۲. استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان m\_najafi@semnan.ac.ir

## مقدمه

بررسی و مطالعه تاریخ زندگی بشر بیانگر آن است که انسان همواره با شرایط آسیب‌زا و ضربه‌ای مواجه بوده است. ضربه یا تروما در زبان یونانیان باستان به معنای جراحی جسمانی بوده است که سربازان از سوی دشمن دریافت می‌کردند (ریز، الهای و فورد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). اختلال استرس پس از ضربه<sup>۲</sup>، یکی از زیر گروه‌های اختلال‌های مرتبط با تروما و عوامل استرس<sup>۳</sup> 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 (فوا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). پاورز، هالپرن، فرنشاک، گیلیهان<sup>۵</sup> و فوا (۲۰۱۰) میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال را در جمعیت عمومی آمریکا ۸۱/۷ درصد برآورد کرده‌اند و حتی در جمعیت‌هایی که با وقایع آسیب‌زا مواجه شده‌اند میزان شیوع خیلی بیشتر می‌باشد (لیهی و هالند<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). حوادث مختلفی از قبیل تصادفات رانندگی، تجاوز به عنف، قتل، حوادث صنعتی و نظامی و نیز برخی مشاغل حساس همانند پرستاران اورژانس بیمارستان‌ها و کارکنان مراکز آتش‌نشانی می‌توانند موجب بروز این اختلال شوند. مطالعات زیادی در صدد یافتن علل و عوامل مؤثر بر این اختلال صورت گرفته است. نادری، مرادی، رمضان زاده و واقفی‌نژاد (۱۳۹۵) در تحقیقی بدین نتیجه دست یافتند که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بطور معناداری در طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه (نشخوارذهنی، احساس گناه، غیرقابل کنترل بودن، سرزنش) نمره بالاتر و در طرحواره‌های هیجانی سازگارانه (خودآگاهی هیجانی، پذیرش و توافق، قابل درک بودن) نمره پایین‌تری گزارش دادند. گانگیز، هنری و بریانت<sup>۷</sup> (۲۰۰۲) ترس‌های شدید قبلی، جنسیت مؤنث، سن، تحصیلات پایین و... را از عوامل پیش‌بینی‌کننده این اختلال دانسته‌اند. روش‌های مختلف غیر دارویی از قبیل

- 
1. Reyes, Elhai & Ford
  2. post-traumatic stress disorder
  3. trauma-and stressor- related disorders
  4. Foa, Halpern, Ferenschak & Gillihan
  5. Powers
  6. Leahy & Holland
  7. Kangas, Henry & Bryant

حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد<sup>۱</sup>، مواجهه سازی ممتد<sup>۲</sup> و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تروما<sup>۳</sup> سهم فراوانی در درمان این اختلال داشته‌اند. به عنوان مثال موسوی اصل، برجعلی، سهرابی و نورفرخی (۱۳۹۳) در تحقیقی بدین نتیجه دست یافتند که طرح واره درمانی منجر به کاهش علائم تجربه مجدد اختلال استرس پس از ضربه می‌شود. حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد روش درمانی پیچیده‌ای است و از عناصر متعددی تشکیل شده است (سولومون و شاپیرو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). این روش برای درمان اختلال استرس پس از ضربه مجموعه‌ای از پروتکل‌های استاندارد شده است که از به هم پیوستن عوامل مختلفی از رویکردهای درمانی نظیر مواجهه درمانی، شناخت درمانی، هیپنوتیزم و پردازش اطلاعات تشکیل شده است (اسپکتور و رید<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹). همچنین این روش درمانی (شاپیرو، ۲۰۰۱) از هشت مرحله ضروری تشکیل شده است که عبارتند از تاریخچه مراجع و طرح درمان، آماده سازی، ارزیابی، حساسیت زدایی<sup>۶</sup>، کارگذاری<sup>۷</sup>، بررسی بدن<sup>۸</sup>، انسداد (بستن)<sup>۹</sup> و ارزیابی مجدد<sup>۱۰</sup>. البته در مواردی می‌توان چندین مرحله را در یک جلسه قرار داد. فرایندهای شناسایی شده در این روش مشتمل بر ذهن آگاهی<sup>۱۱</sup>، آگاهی جسمانی<sup>۱۲</sup>، تداعی آزاد، باز سازی شناختی و شرطی سازی<sup>۱۳</sup> است. این فرایندها ممکن است با اثرات مثبت بدست آمده ناشی از آن تعامل داشته باشند (گانتز و بودنر<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۹). در توضیح و توصیف مکانیزم‌های عصب شناختی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد، شاپیرو معتقد است که وقتی حادثه آسیب‌زا و ناراحت کننده‌ای رخ می‌دهد، این می‌تواند با تصاویر، صداها، افکار و احساس‌های اولیه زمان اتفاق، در سیستم عصبی قفل شود و حادثه

- 
1. eye movement desensitization and reprocessing
  2. prolonged exposure therapy
  3. trauma-focused cognitive behavioral therapy
  4. Solomon & Shapiro
  5. Spector & Read
  6. desensitization
  7. installation
  8. body scan
  9. Clousr
  10. Reevaluation
  11. mind fullness
  12. somatic awareness
  13. conditioning
  14. Gunter & Bodner

آسیب‌زا پردازش نشده باقی می‌ماند (شاپیرو، ۲۰۰۷). از زمان معرفی این روش درمانی برای اختلال استرس پس از ضربه تاکنون پژوهش‌های متعددی این روش را اثربخش دانسته‌اند (به عنوان مثال: ماکسفیلد و هایر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ ارنسون، فروند، استراس و ویلیامز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲ و روتبام، آستین و مارستلر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ وندر کولک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). گری<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) در یک مطالعه کنترل شده و تک موردی این روش را بر روی یک بیمار مبتلا به اختلال افسردگی شدید بدون خصیصه‌های شدید سایکوتیک ولی با اختلال وحشتزدگی به همراه هراس از مکان‌های باز به کار برد و به این نتیجه دست یافت که این روش ممکن است در درمان اختلالات همایند با افسردگی مؤثر باشد. ون دن هوت<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی به مقایسه دو روش استفاده از صدای بیب<sup>۷</sup> و حرکات چشم در حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد پرداختند، نتایج نشان داد که اثر استفاده از حرکات چشم بر نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه بیشتر بود. ون دن برگ<sup>۸</sup> و وندر گیج<sup>۸</sup> (۲۰۱۲) این روش درمانی را در یک مطالعه مقدماتی به مدت ۶ جلسه بر روی بیماران سایکوتیک که مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بودند ( $n=27$ )، اجرا کردند و به این نتیجه دست یافتند که این روش درمانی در تعداد زیادی از بیماران موجب کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه، توهم، هذیان، اضطراب و افسردگی شده است و همچنین عزت نفس آن‌ها به صورت معنی‌داری افزایش یافت. در ایران نیز پژوهش‌های اندکی در خصوص اثر بخشی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و مقایسه این روش درمانی با روش‌های درمانی دیگر صورت گرفته است. نریمانی و رجیبی (۱۳۸۸) در پژوهشی اثربخشی این روش درمانی را با درمان شناختی- رفتاری در مورد رزمندگان ایرانی مقایسه کردند، نتایج بیانگر این بود که هر چند روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه مؤثرتر می‌باشد، اما هر دو روش در درمان این اختلال نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. همچنین پژوهش احمدی زاده، اسکندری، فلسفی نژاد و برجعلی

- 
1. Maxfield & Hyer
  2. Ironson, Freund, Strauss & Williams
  3. Rothbaum, Astin & Marsteller
  4. Van der Kolk
  5. Grey
  6. Van den Hout
  7. beeps
  8. Van den Berg & Van der Gaag

(۱۳۸۹) در خصوص دو الگوی درمانی شناختی- رفتاری و حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم نشان داد که هر دو روش درمانی در کاهش نشانه‌های اختصاصی اختلال استرس پس از ضربه و سایر اختلالات روانی همراه مؤثر است و هیچ کدام اثر بخش‌تر از دیگری نیست. نتایج پژوهش دیباچ نیا، ظهیرالدین، مقدسین و قیدر (۲۰۱۲) در خصوص ۷۱ نفر از مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه نشان داد که این روش موجب شده که حوادث آسیب‌زا در ۶۶ درصد از آنان مبهم شود، در ۹۳ درصد افت یابد، در ۱۴ درصد از ذهنشان پاک شده، ۸۹ درصد نسبت به حوادث بی‌احساس شوند و در ۴۰ درصد از آنان حوادث آسیب‌زا به صورت دوره‌ای به ذهن بیایند. ماردپور (۱۳۹۱) این روش درمانی را با مواجهه درمانی طولانی مدت در مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ به کار بردند و نتایج حاکی از این بود که هر دو روش در کاهش افسردگی، اضطراب و نشانه‌های تاثیر واقعی و اختلال استرس پس از ضربه مؤثر است، با این وجود روش مواجهه درمانی طولانی مدت در کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه اثربخشی بیشتری داشت. به طور کلی هر چند روش‌های درمانی مختلفی جهت درمان و کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه در اقصاء و جمعیت‌های مختلف به کار گرفته شده است. اما از آنجایی که روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد روش نسبتاً جدیدی است و در ایران در خصوص اثر بخشی آن بر کاهش علائم اختصاصی اختلال استرس پس از ضربه و سایر اختلالات روانپزشکی همراه با این اختلال پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است و همچنین در مورد نمونه‌های مختلف بالینی در کشور ما در این خصوص کمبود فعالیت‌های پژوهشی وجود دارد. لذا انجام چنین پژوهشی می‌تواند گامی مؤثر در جهت، تعیین اثر بخشی این روش در درمان اختلال استرس پس از ضربه ناشی از اتفاقات غیر نظامی و اختلالات همراه با آن باشد. با توجه به تمهیدات مورد اشاره هدف اساسی این پژوهش تعیین اثر بخشی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه ناشی از اتفاقات غیر نظامی در زنان شهر یاسوج بود.

## روش پژوهش

**جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** پژوهش حاضر، یک طرح شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده تمامی زنانی بود که در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و تخصصی شهر یاسوج دارای پرونده روانشناسی و روانپزشکی بوده و تشخیص اختلال استرس پس از ضربه ناشی از اتفاقات غیرنظامی دریافت کرده بودند. جهت اطمینان از صحت تشخیص اختلال استرس پس از ضربه بر روی آزمودنی‌های مورد نظر مقیاس خود گزارش دهی نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه اجرا گردید. معیارهای خروج از مطالعه شامل نداشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از ضربه از طریق ابزار PSS-SR، اعتیاد به مواد مخدر، بیماری قلبی و شرکت در هر گونه جلسات روان‌درمانی 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 خودگزارش دهی نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه واجد ملاک‌های تشخیصی این اختلال بودند. بعد از تشخیص نهایی و قطعی اختلال استرس پس از ضربه (۵۲ نفر)، از جامعه آماری موردنظر، ۴۰ آزمودنی به صورت تصادفی ساده انتخاب و همچنین به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. بر روی گروه آزمایشی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد و بر روی گروه کنترل هیچ‌گونه کاربندی آزمایشی اجرا نگردید. قبل از اجرای شیوه درمانی مطرح شده در بالا، به اندازه‌گیری متغیرهای وابسته در هر دو گروه تحقیق اقدام شد و سپس بعد از اجرای روش درمانی مورد نظر مجدداً متغیرهای وابسته تحقیق اندازه‌گیری شدند.

## ابزار

۱- چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R): این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است و به وسیله مراجع گزارش می‌شود و اولین بار توسط دراگوئیس، لیپمن و کاوی<sup>۱</sup> (۱۹۷۳) برای نشان دادن جنبه‌های روانشناختی بیماران جسمی و روانی طرح ریزی گردید. هر یک از سئوالات آزمون از یک طیف پنج درجه‌ای میزان ناراحتی، که از نمره صفر «هیچ» تا چهار «به شدت» می‌باشد تشکیل شده است. نمره‌های به

1. Derogatis, Lipman & Covi

دست آمده بیانگر نه بعد از نشانه‌های بیماری و سه بعد کلی است. این آزمون در گروه‌های بسیاری با موفقیت به کار رفته است در مورد معتادین، ناتوانی‌های جنسی، بیماران سرطانی، مبتلایان به نارسایی قلبی و دانشجویانی که راهنمایی و مشاوره لازم دارند و یا به عنوان یک ابزار سرنودی و تشخیصی به کار رفته است (فتیحی آشتیانی، ۱۳۸۸). ابعاد مختلف این آزمون مشتمل بر شکایات جسمانی، وسواس- اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی است. همچنین نمره گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی است. رانسوم، اشتون، ویندوور و هینبرگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) ثبات درونی این چک لیست را بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش کرده اند و همچنین اعتبار همگرایی این ابزار را با مصاحبه تشخیصی مناسب ارزیابی کرده‌اند. تومیوکا، شینارا و هیداکا و کوبو<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) در پژوهشی دیگر آلفای کرونباخ ابعاد این چک لیست را از ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ و ضریب باز آزمایی آن را از ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ به دست آوردند. باقری یزدی، بولهری و شاه محمدی (۱۳۷۳) پایایی به روش باز آزمایی را ۰/۹۷ و نجفی و فولاد چنگ (۱۳۸۶) ۰/۹۶ گزارش کرده اند.

۲- مقیاس خود گزارش دهی نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه (PSS-SR): این مقیاس در سال ۱۹۹۳ توسط فوا و همکاران به منظور تشخیص اختلال استرس پس از ضربه طراحی گردید و شامل ۱۷ ماده است که مطابق با ملاک‌های چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است. مقیاس مورد نظر سه گروه از آیتم‌ها را در بر دارد که شامل تجربه مجدد، اجتناب و بیش انگیزختگی است. دامنه نمره کل پرسشنامه بین صفر تا ۵۱ نمره است. برای تشخیص اختلال استرس پس از ضربه یک نمره یا بیشتر مورد نیاز است: یکی از سوالات تجربه مجدد (ماده‌های ۵-۱)، سه تا از سوالات اجتناب (ماده‌های ۱۲-۶) و دو تا از سوالات برانگیختگی (ماده‌های ۱۷-۱۳). طیف نمره گذاری این مقیاس از نوع مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای است و گزینه‌های آن شامل؛ «اصلاً»، «یکبار در هفته یا کمتر، کمی، خیلی کم»، «۲ تا ۴ بار در هفته، گاهی، نیمی از اوقات»، «پنج بار یا بیشتر در هفته، خیلی زیاد،

1. Ransom, Ashton, Windover & Heinberg
2. Tomioka, Shimura, Hidaka & Kubo
3. Post-Traumatic Stress Symptom Scale-Self Report

تقریباً همیشه» می‌باشد (فوا، ریگز، دانکو<sup>۱</sup> و روتبام و همکاران، ۱۹۹۳). در ازای هر یک از گزینه‌ها به ترتیب امتیازات، ۱، ۰، ۲ و ۳ داده می‌شود. فوا و همکاران (۱۹۹۳) آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۹۱ و همچنین آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های آن را ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. بعلاوه پایایی این ابزار را به روش باز آزمایی<sup>۲</sup> یک ماهه، برای نمره کل پرسشنامه ۰/۷۴ و برای زیر مقیاس‌ها ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. مول<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ نمره کل این مقیاس را ۰/۹۲ و برای زیر مقیاس‌های تجربه مجدد، اجتناب و بیش انگیزختگی، به ترتیب آلفای ۰/۸۳، ۰/۸۳ و ۰/۷۸ را به دست آورده‌اند. از طرف دیگر در مطالعه میرزمانی و همکاران (۲۰۰۷) سنجش توافق و هماهنگی بین این ابزار و مصاحبه بالینی از طریق ضریب توافق کاپا ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ،  $K = ۰/۵۳۴$ ) نشان دهنده اعتبار رضایت بخش این ابزار در جهت سنجش اختلال استرس پس از ضربه بوده است. پایایی باز آزمایی این ابزار برای تشخیص اختلال استرس پس از ضربه ( $P < ۰/۰۰۱$ ،  $K = ۰/۷۶$ ) مناسب بود و همچنین بین دو بار اجرا ۹۲ درصد هماهنگی و توافق در تشخیص وجود داشت. این داده‌ها انسجام و ثبات درونی نمرات را نشان می‌دهند.

۳- نسخه تجدید نظر یافته تاثیر حوادث: نسخه تجدید نظر یافته حوادث (IES-R)<sup>۴</sup> در سال ۱۹۹۷ توسط ویس و مارمر<sup>۵</sup>، طبق معیارهای چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی طراحی گردید و شامل سه بعد اصلی افکار مزاحم، برانگیختگی و اجتناب است. این ابزار شامل ۲۲ ماده است که ۸ ماده آن افکار مزاحم، ۶ ماده آن برانگیختگی 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 می‌نمایند (ویس و مارمر، ۱۹۹۷). ویس و مارمر (۱۹۹۷) پایایی و ثبات درونی<sup>۶</sup> سه زیر مقیاس را بالا گزارش کرده‌اند و همچنین دامنه آلفای کرونباخ، هر سه زیر مقیاس افکار مزاحم، اجتناب و بیش انگیزختگی را به ترتیب، ۰/۸۷ تا ۰/۹۲، ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ و ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. راش، کافی، باس چنجل،

- 
1. Riggs & Dancu
  2. test-retest
  3. Mol
  4. Impact of Event Scale-Revised (IES-R)
  5. Weiss & Marmar
  6. Internal consistency



درویس و سالادین<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) ثبات درونی بالایی را برای کل مقیاس ( $\alpha=0/95$ ) و همچنین زیر مقیاس‌های افکار مزاحم ( $\alpha=0/92$ )، اجتناب ( $\alpha=0/85$ ) و بیش‌انگیزگی ( $\alpha=0/91$ ) به دست آوردند. در تحقیق پناغی، حکیم شوشتری و عطایی مقدم (۱۳۸۵) ضرایب سازگاری درونی کل آزمون در گروه ۲۰-۱۰ سال  $\alpha=0/87$  و در گروه بیشتر از ۲۰ سال  $\alpha=0/86$  و ضرایب تنصیف به ترتیب  $0/83$  و  $0/82$  بود. جهت بررسی اعتبار سازه‌ای راه حل سه عاملی  $41/2$  درصد از واریانس را تبیین کرد (پناغی و همکاران، ۱۳۸۵).

**روند اجرای پژوهش:** پس از تعیین معیارهای خروج از مطالعه و بعد از تشخیص نهایی و قطعی اختلال استرس پس از ضربه، از جامعه آماری مورد نظر، ۴۰ آزمودنی به صورت تصادفی ساده انتخاب و همچنین به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند و با رعایت ملاحظات اخلاقی و کسب اجازه از آزمودنی‌ها رضایت آن‌ها جهت شرکت در پژوهش جلب شد. همچنین ضمن توجیه آزمودنی‌ها و بیان اهداف پژوهش از آن‌ها درخواست شد که در برنامه درمانی شرکت کنند. قبل از شروع درمان، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون گرفته شد و از آن‌ها درخواست شد که پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمایند و سپس گروه آزمایش تحت مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد قرار گرفت. حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (شاپیرو، ۲۰۰۱) از هشت مرحله ضروری تشکیل شده است. در مواردی می‌توان چندین مرحله را در یک جلسه قرار داد. بنابراین در این تحقیق هشت مرحله درمانی در پنج جلسه گروهی برگزار شد که هر جلسه حداکثر ۹۰ دقیقه ادامه یافت و در هفته یک بار اجرا گردید.

**جلسه اول:** شامل گرفتن تاریخچه فردی و طراحی درمان، آماده‌سازی، ایجاد ارتباط، معرفی اجمالی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد، بیان انتظارات و نحوه مشارکت بیماران در درمان و اجرای پیش‌آزمون.

**جلسه دوم:** شامل دومرحله ارزیابی یعنی شناسایی جنبه‌های موضوعات مورد نظر (شناسایی هدف) و حساسیت‌زدایی بود که هیجان‌ات، احساسات و افکار آزاردهنده مورد هدف قرار گرفتند. همچنین ارزیابی مجدد (که از این جلسه شروع شد و در جلسات بعدی

ادامه یافت و برای این منظور از مقیاس‌های برآشفتگی ذهنی<sup>۱</sup> و اعتماد به شناخت واره<sup>۲</sup> استفاده گردید).

**جلسه سوم:** دربرگیرنده مرحله کارگذاری و همچنین افزایش قدرت باورهایی مثبت شخص بود و همچنین جانشین کردن باورهای مثبت به جای باورهای منفی آموخته شده اصلی مورد توجه قرار گرفت.

**جلسه چهارم:** در این جلسه مسائل و پویش‌های جسمانی مورد هدف و بررسی قرار گرفت و همچنین درفرایند درمان مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

**جلسه پنجم:** شامل مرحله بستن (انسداد) بود که عمدتاً به منظور حفظ تعادل درمانجو در بین جلسات طراحی شده است و همچنین در این مرحله ارزیابی مجدد پایانی و اجرای پس‌آزمون صورت گرفت.

لازم به ذکر است که به غیر از جلسه اول، در تمام جلسات مختلف درمان از ارزیابی مجدد به وسیله مقیاس‌های برآشفتگی ذهنی و اعتماد به شناخت واره استفاده گردید و همچنین در طی این جلسات گروه کنترل تحت هیچ گونه مداخله‌ای قرار نگرفت.

### یافته‌های پژوهش

میانگین (انحراف معیار) سنی آزمودنی‌ها ۴۳/۷۵ (۶/۲۵) بود، به طوری که میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش ۴۳/۷۰ (۵/۹۳) و در گروه کنترل ۴۳/۸۰ (۶/۶۹) بود.

همچنین شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش، به تفکیک و نوع آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس‌ها	گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
			میانگین	انحراف معیار
مقیاس نشانه‌های PTSD	آزمایش	۲۰	۳۲/۴۰	۴/۱۴
	کنترل	۲۰	۳۳/۴۵	۲/۰۱
مقیاس تاثیر واقعه	آزمایش	۲۰	۶۲/۱۵	۳/۶۸
			۲۷/۴۵	۴/۷۶

1. Subjective Units of Distress (SUDS)
2. Validation of Cognition (VoC)

کنترل	۲۰	۶۳/۵۰	۳/۳۰	۶۲/۵۰	۳/۰۳
آزمایش	۲۰	۲/۱۷	۰/۰۸	۱/۳۳	۰/۱
چک لیست نشانه‌های روانی					
کنترل	۲۰	۲/۱۷	۰/۰۷	۲/۱۷	۰/۰۸

همانطوری که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات تمام متغیرهای مورد بررسی در پیش آزمون و پس آزمون بین گروه آزمایشی و کنترل متفاوت است. با نگاهی به میانگین‌ها می‌توان دریافت که در همه متغیرها میانگین گروه آزمایشی پس از اعمال روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد نسبت به گروه گواه کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا)، تحلیل کواریانس یک طرفه (آنکوا) در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است. قبل از اجرای آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره به منظور بررسی پیش فرض برابری ماتریس واریانس - کواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج به دست آمده حاکی از برقرار بودن این شرط داشت ( $F = ۲/۰۸۶, P > ۰/۰۵$ ). همچنین آزمون همسانی خطای واریانس لوین برای مقیاس نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه ( $F = ۰/۰۵۲, P > ۰/۰۵$ )؛ مقیاس تاثیر واقعه ( $F = ۳/۹۱۲, P > ۰/۰۵$ ) و چک لیست نشانه‌های روانی ( $F = ۲/۷۴۵, P > ۰/۰۵$ ) نشانگر عدم تفاوت معنادار در واریانس‌ها بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) بر روی میانگین پس آزمون متغیرهای تحقیق در گروه‌های آزمایشی و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	df خطا	سطح معناداری
آزمون اثربخشی	۰/۹۹	۱/۰۶۳	۳	۳۳	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۱	۱/۰۶۳	۳	۳۳	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۹۶/۶۲۳	۱/۰۶۳	۳	۳۳	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۹۶/۶۲۳	۱/۰۶۳	۳	۳۳	۰/۰۰۱

همانطوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود سطوح معناداری هر چهار آزمون نشانگر آن است که با کنترل پیش آزمون بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (نمرات مقیاس تأثیر واقعه تجدید نظر شده، مقیاس خود گزارش دهی نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و شاخص شدت کلی چک لیست

نشانه‌های روانی) تفاوت معناداری بوده است. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود داشته، تحلیل کواریانس یک طرفه انجام گرفت که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری (آنکوا) بر روی نمرات پس آزمون گروه‌های آزمایشی و گواه با کنترل پیش آزمون

توان آماری	اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع تغییرات	
۱	۰/۸۱	۰/۰۰۱	۱۵۷/۹۴۹	۳۴۲/۸۳۹	۱	۳۴۲/۸۳۹	پیش آزمون	مقیاس نشانه های PTSD
۱	۰/۹۷	۰/۰۰۱	۱/۲۴۷	۲۷۰۹/۰۶۳	۱	۲۷۰۹/۰۶۳	گروه	
۱	۰/۴۴	۰/۰۰۱	۲۹/۱۷۱	۲۶۷/۱۲۹	۱	۲۶۷/۱۲۹	پیش آزمون	مقیاس تاثیر واقعه
۱	۰/۹۷	۰/۰۰۱	۱/۲۱۷	۱۱۱۴۲/۴۳۵	۱	۱۱۱۴۲/۴۳۵	گروه	
۰/۸۹	۰/۲۳	۰/۰۰۲	۱۱/۰۴۳	۰/۰۷۲	۱	۰/۰۷۲	پیش آزمون	چک لیست نشانه های روانی
۱	۰/۹۶	۰/۰۰۱	۱/۰۵۶	۶/۹۱۱	۱	۶/۹۱۱	گروه	

همانطوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گواه از لحاظ نمرات نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه ( $F=1/247$  و  $P=0/001$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین به کارگیری این روش درمانی با توجه به میانگین نمرات گروه آزمایشی ( $15/3$ ) نسبت به گروه گواه ( $32/95$ ) موجب کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه شده است. تاثیر این مداخله درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه ۹۷ درصد است. یعنی ۹۷ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تاثیر مداخله درمانی است. همچنین نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گواه از لحاظ نمرات مقیاس نشانه‌های تاثیر واقعه تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=1/217$  و  $P=0/001$ ). بنابراین به کارگیری این روش درمانی با توجه به میانگین نمرات گروه آزمایشی ( $62/50$ ) نسبت به گروه گواه ( $27/45$ ) موجب کاهش نشانه‌های مقیاس تاثیر واقعه شده است. تاثیر این مداخله درمانی بر کاهش نشانه‌های تاثیر واقعه ۹۷ درصد است. یعنی ۹۷ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تاثیر این مداخله درمانی است. از طرف دیگر نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گواه از لحاظ نمرات شاخص شدت کلی چک لیست نشانه‌های روانی تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=1/056$ ،  $p=0/001$ ). بنابراین به کارگیری این روش درمانی با توجه به میانگین نمرات گروه آزمایشی ( $2/17$ ) نسبت به گروه گواه ( $1/33$ ) موجب کاهش شاخص شدت کلی چک لیست نشانه‌های روانی شده است. تاثیر این مداخله درمانی بر کاهش شاخص شدت کلی چک لیست نشانه‌های روانی ۹۶ درصد است. یعنی ۹۶ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تاثیر این مداخله درمانی است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در درمان زنان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از اتفاقات غیرنظامی در شهر یاسوج بود. نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان داد که با کنترل پیش آزمون، میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه معنادار بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و

پردازش مجدد باعث کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه، تأثیر حوادث و افزایش سلامت روان آزمودنی‌ها شده است. این نتیجه در راستای پژوهش‌های (ارنسون و همکاران، ۲۰۰۲؛ وندن هوت و همکاران، ۲۰۱۱؛ وندن برگ و وندر گیج، ۲۰۱۲؛ وندر کوک، ۲۰۰۷؛ شاپیرو ۲۰۰۷؛ نریمانی و رجبی، ۱۳۸۸ و ماردپور، ۱۳۹۱) است. در تبیین اثر بخشی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد چند نکته قابل تأمل است. تکنیک این روش بر مدل پردازش اطلاعات تسریع شده شاپیرو (۱۹۹۵) مبتنی است. اصطلاحات پردازش اطلاعات و شبکه‌های مرتبط با آن به وسیله لانگ<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) و باور<sup>۲</sup> (۱۹۸۱) برای مدل پردازش اطلاعات تسریع شده مورد استفاده قرار گرفت و در حال حاضر راهنمای کار بالینی در این روش محسوب می‌گردد (به نقل از ساریچلو، ۱۳۷۵). شاپیرو (۱۹۹۱) این مدل 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 انسان‌ها از یک نظام فیزیولوژیکی فطری برخوردارند که برای پردازش اطلاعات در جهت سلامت روانی تنظیم شده است. نظام پردازش اطلاعات برای بازگرداندن سلامت روانی طراحی شده است، درست به همان صورتی که باقی بدن وقتی که صدمه می‌بیند، از لحاظ فیزیولوژیکی التیام می‌یابد. رویدادهای آسیب‌زای زندگی، باعث شکل‌گیری الگوی بیمارگون عواطف، رفتارها، شناخت‌ها، احساس‌ها و ساختارهای مربوطه می‌شوند. ساختارهای بیمارگون<sup>۳</sup> به این علت روی می‌دهند که اطلاعات پردازش نمی‌شوند؛ در عوض، اطلاعات آسیب‌زا را در زمانی که رویداد آزارنده اتفاق افتاده است، به صورت راکد، حل نشده و ثابت اندوزش شده است. تجربیات قدیمی و آزارنده، در وضعیت ویژه حالت<sup>۴</sup>، در دستگاه عصبی نگهداری می‌شوند. بنابراین، آسیب در فیزیولوژی اعصاب «گیر می‌کند» یا «مسدود می‌شود» علت این که آسیب روانی بعد از واقعه آزارنده ادامه می‌یابد 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 می‌کند. به عبارت دیگر؛ 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

- 
1. Lang
  2. Bower
  3. pathological structures
  4. state - specific

وضعیت ویژه حالت آزارنده و تحریک کننده متوقف شده باشد، رویدادهای جاری مرتباً آسیب را راه اندازی می کنند و آسیب به صورت کابوس، فلاش بک (بازگشت به گذشته)، افکار مزاحم و رفتار اجتنابی ابراز می شود (پروچاسکا و نورکراس، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۵). از این رو، رفع گرفتگی این نظام و دگرگون کردن خاطرات، ویژگی های شخصیت را تغییر خواهد داد. برای انجام این کار، یعنی رفع گرفتگی در نظام پردازش اطلاعات با استفاده از روش حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بیشتر از حرکات جهشی (ساکادیک) چشم استفاده می شود (کاپلان، سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). بنابراین احتمالاً این روش درمانی سیستم عصبی قفل شده را می گشاید و می تواند مشابه آن چیزی باشد که در مرحله حرکات سریع چشم که در رؤیا اتفاق می افتد، باشد (شاپیرو، ۲۰۰۷). مطابق گفته بالا مکانیزم اساسی که امروزه در پژوهش ها (ماکسفیلد، ملینک و هایمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸؛ اسچابرت، لی و دراموند<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱) مورد توجه قرار گرفته است، حرکات چشم (EMs)<sup>۳</sup> و دیگر تحریکات دو طرفه<sup>۴</sup> است (به عنوان مثال آهنگ و ضربه زدن<sup>۵</sup>) که به عنوان تکلیف توجه دو گانه<sup>۶</sup> در این شیوه به کار می رود. برخی پژوهش ها از طریق توموگرافی با نشر پوزیترون<sup>۷</sup> و نشر پرتونگاری نوری<sup>۸</sup> نشان دهنده آسیب در کورتکس پیش پیشانی میانی می باشد که این ضایعه مرتبط با برانگیختگی شدید بادامه است که تشکیل دهنده ارتباط این مناطق با اختلال استرس پس از ضربه می باشد. همچنین برخی از ساختارهای مغزی از قبیل اینسولا<sup>۹</sup> (لیبرزون<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) و سینگیولیت خلفی<sup>۱۱</sup> (لنیوس<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) فعالیت زیادی را نشان داده اند. در این راستا پژوهش های تصویر نگاری نشان داده اند که برخی روش های درمانی قادر به تغییر فعالیت های مغزی می باشند (پاگانی<sup>۱۳</sup> و همکاران

1. Maxfield, Melnyk & Hayman
2. Schabert, Lee & Drummond
3. eye movements
4. bilateral stimulation
5. tones and tapping
6. dual attention
7. positron emission tomography (PET)
8. single photon emission computed tomography (SPECT)
9. insula
10. Liberzon
11. posterior cingulate
12. Lanius
13. Pagani

۲۰۱۲؛ لیندایور<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). به عنوان مثال پژوهش پاگانی و همکاران (۲۰۱۲) حاکی از این بود که تحریک دو سویه بینایی در جلسات حساسیت زدایی از طریق چشم و پردازش مجدد فعالیت شدیدی را در مناطق مدار پیش پیشانی و قشر قدامی کمربندی موجب می‌شود که این فعالیت به قسمت کناری گیجگاهی پس سری انتقال می‌یابد. به طور کلی جنبه‌های اثربخش این روش درمانی مشتمل بر رویارویی کنترل شده، شناسایی خودسنجی‌های منفی، ترکیب مؤلفه‌های شناخت، احساس و خاطره، هدف‌گیری مرحله به مرحله است (دولت آبادی، ۱۳۷۸). بنابراین با توجه به تبیین‌های صورت گرفته در خصوص توجه اثر بخشی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد می‌توان گفت که ایجاد فضای عاطفی ایمن و به کار بستن ابعاد شناختی، تصویری و هیجانی در وهله‌های کوتاه، مراجع را با خاطرات و تصورات آسیب‌زا مواجه می‌سازد و از این طریق در مدت زمان نسبتاً کوتاه خوگیری تسریع شده‌ای اتفاق می‌افتد. از آنجایی که این روش درمانی در چهارچوب فرایند و پروتکل درمانی ویژه‌ای تدوین شده است و با توجه به شرایط و ویژگی‌های مراجعان در کاهش تعداد جلسات انعطاف‌پذیری خاصی دارد، انجام پژوهش‌هایی از این قبیل می‌تواند در مجموعه فعالیت‌های درمانی متخصصان بالینی کشور ما جای خود را باز کند. در این پژوهش محدودیت‌هایی از قبیل محدود بودن آزمودنی‌ها به جنس مونث و همچنین به وقایع آسیب‌زای غیرنظامی و اعمال ملاک‌های حذف آزمودنی‌ها وجود داشت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن برطرف کردن محدودیت‌های این پژوهش از هر دو جنس و مقایسه اثر بخشی این روش درمانی در حوادث و بیماری‌های مختلف و مقایسه آن‌ها با یکدیگر استفاده گردد.

## منابع

احمدی زاده، محمدجواد؛ اسکندری، حسین؛ فلسفی نژاد، محمد رضا و برجعلی، احمد (۱۳۸۹). مقایسه اثر بخشی الگوهای درمان «شناختی- رفتاری» و «حساسیت زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد» بر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ، مجله طب نظامی، ۱۲(۳)، ۱۷۸-۱۷۳.



باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر و شاه محمدی، داود. (۱۳۷۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. *اندیشه و رفتار*، ۱، ۴۱-

۳۱

پروچسکا، جیمز و نورکراس، جان. سی. (۱۳۸۷). *نظریه های روان درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: رشد.

پناغی، لیلی؛ حکیم شوشتری، میترا و عطاری مقدم، جعفر. (۱۳۸۵). اعتبار یابی نسخه فارسی مقیاس تجدید نظر یافته تأثیر حوادث، مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۴، (۳) ۶۰-۵۲.

دولت آبادی، شیوا. (۱۳۷۸). حساسیت زدایی با حرکات چشم و باز پردازش آن و مقایسه اثر بخشی آن با شیوه درمان حساسیت زدایی منظم در درمان خاطره های آزار دهنده در یک گروه از دانشجویان عمومی دانشگاه تهران، پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

ساریچلو، محمد ابراهیم. (۱۳۷۵). بررسی میزان کارآئی روش حساسیت زدایی از طریق حرکات چشمی و پردازش مجدد در درمان اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ در بین جانبازان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). *آزمون های روان شناختی*، تهران: مؤسسه انتشارات بعثت. کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۷۸). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی جلد دوم و سوم*. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی، تهران: ارجمند.

ماردپور، علیرضا. (۱۳۹۱). مقایسه اثر بخشی روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد با مواجهه سازی ممتد در درمان اختلال استرس پس از ضربه مزمن رزمندگان در یاسوج، پایان نامه دوره دکتری رشته روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.

- موسوی اصل، علی؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم تجربه مجدد ضربه در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱۴)، ۲۰-۱
- نادری، یزدان؛ مرادی، علیرضا، رمضان زاده، فاطمه و واقفی نژاد مائده. (۱۳۹۵). طرح‌واره‌های هیجانی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه به عنوان یک عامل خطر در PTSD. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۲)، ۲۲-۱
- نجفی، محمود و فولاد چنگ، محبوبه. (۱۳۸۶). رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان دبیرستانی. *دانشور رفتار*، ۱۴(۲۲)، ۸۱-۶۹
- نریمانی، محمد و رجیبی، سوران. (۱۳۸۸). مقایسه تأثیر روش حساسیت زدایی توأم با حرکات چشم و پردازش مجدد با درمان شناختی- رفتاری در درمان PTSD، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۱۹(۴)، ۲۴۵-۲۳۶.

- Derogatis, L.R; Lipman, R.S; & Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28
- Dibajnia, P; Zahirrodin, A; Moghadasin, M; Gheidar, Z. (2012). Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) treatment in patients with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Basic and Applied Scientific research*, 2(9), 9321-9325.
- Foa, E. B; Riggs, D. S; Dancu, C. V; & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic stress*, 6:459-473.
- Foa, E. B. (2006), psychosocial Therapy for PTSD, *Journal of clinical Psychiatry*, 2, 67, 40-45.
- Grey, E. (2011). A pilot study of concentrated EMDR: A brief report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1), 14-24.
- Gunter, R. W. & Bodner, G. E. (2009). EMDR works... But How? Recent progress in the search for treatment mechanisms. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 161-163.
- Ironson, G; Freund, B; Strauss, J. L & Williams J. (2002). Comparison of two treatments for treatments for traumatic stress, a community based study of EMDR and Prolonged exposure, *Journal clinical Psychology*, 58, 113-28.
- Kangas, M; Henry, J. L & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499-524.

- Lanius, R. A; Williamson, P. C; Densmore, M; Boksman, K; Neufeld, R.W; Gati, J.S; & et al. (2004). The nature of traumatic memories: A 4-T FMRI functional connectivity analysis. *America Journal of Psychiatry*, 161, 36-44.
- Leahy, R. L; & Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and Intervention for Depression and Anxiety Disorders*. New York, NY: Guilford.
- Liberzon, I; King, A. P; Britton, J. C; Phan, K. L; Abelson, J. L; & Taylor, S.F.(2007). Paralimbic and medial prefrontal cortical involvement in neuroendocrine responses to traumatic stimuli. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1250-8.
- Lindauer, R. J; Booij, J; Habraken, J. B; van Meijel, E. P; Uylings, H. B; & Olf, E. T. (2008). Effects of psychotherapy on regional cerebral blood flow during trauma imagery in patients with post- traumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 38,543-54.
- Maxfield, L; & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.
- Maxfield, L; Melnyk, W. T. & Hayman, C. A. G. (2008). Aworking memory explanation for the effects of eye movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2,247-261.
- Mirzamani, S. M; Mohammadi, M.R; Mahmoudi- Gharaei, J; & Mirzamani, M. S. (2007). Validity of the PTSD Symptoms Scale Self report (Pss-SR) in Iran.*Iranian Journal of psychiatry*, 2, 120-123.
- Mol, S. S; Arntz, A; Metsemakers, J. F; Dinant, G. J; Vilters-van Montfort, P. A; Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *British Journal Psychiatr.* 186(4), 494-9
- Pagani, M; Lorenzo, D. G; Verardo, R. A, Nicolais, G; Monaco, L; Lauretti, G. et al. (2012). Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring- An EEG Study. *Plos ONE*, 7(9), e45753.
- Powers, M. B; Halpern, J. M; Ferenschak, M.P; Gillihan, S.J; & Foa, E. B. (2010). A meta- analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30,635-641.
- Ransom, D; Ashton, K; Windover, A; HeinbergL. (2010). Internal consistency and validity assessment of SCL-90-R for bariatric surgery candidates, *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 6(6), 622-7.
- Rash, C. J; Coffey, S. F; Baschnagel, J. S; Drobles, D. J; & Saladin, M. E. (2008). Psychometric properties of the IES-R in traumatized substance dependent individuals with and without PTSD. *Addictive Behaviors*, 33, 1039-1047.
- Reyes, G; Elhai, G. D; & Ford, D. (2008). *The Encyclopedia of psychological trauma*. U.S.A: John Wiley & sons, Inc.
- Rothbaum, B. O; Astin, M. C; & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) For PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.
- Schabert, S. J; Lee, G. W; & Drummond, P. D. (2011). The efficacy and psychophysiological correlates of dual- attention tasks in eye movement

- desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorder*, 25, 1-11
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd Ed.). New York: Guilford Press
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research and Experimental*, 1, 68-87.
- Solomon, R. M; & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR practice and Research*, 2,315-325.
- Spector, J; & Read, J. (1999). The status of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Psychotherapy*, 6, 165-74.
- Tomioka, M; Shimura, M; Hidaka, M; Kubo, C. (2008). The reliability and validity of a Japanese version of symptom checklist 90 revised. *Bio PsychoSocial Medicine*, 2, 19.
- Van den Berg, D. G; & van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 664-671.
- Van den Hout, M. A; Engelhard, I. M; Rijke boer, M. M; Koekebakker, J; Hornsveld, H; Leer, A; et al. (2011). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 92-98.
- Van der Kolk, B. A; Spinazzola, J; Blaustein, M.E; Hopper, J.W; Hopper, E.K; Korn, D. (2007). A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long- Term Maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37-46.
- Weiss, D. S; & Marmar, C. R. (1997). *The Impact of Event Scale- Revised*. In: Wilson JP Kean Tm. *Assessing Psychological trauma and PTSD*. Guilford press, New Yourk, 399-411.