

Research Article

Comparison of effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Cognitive Behavioral Therapy, and Emotional Freedom Technique in reducing anxiety in patients with post-traumatic stress disorder

A. Alamdar Baghini¹, H. Mohammadtehrani^{*2}, M. Behbodi³, A.R. Kiamanesh⁴

1. Department of Counseling, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Department of Psychology, Islamic Azad University, Zarand, Iran
3. Department of Counseling, Faculty of Education and Counseling, Rodehen Branch, Islamic Azad University, Rodehen, Iran
4. Department of Counseling, University Kharazmi, Tehran, Iran

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine and compare the three therapeutic effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Emotional Freedom Technique (EFT) in reducing anxiety in patients with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). **Method:** Method was quasi-experimental with three experimental groups, one control group and pre-test, post-test and a two-month follow-up. The statistical population was 486 patients referred to Kerman Neurology and Psychiatry Hospital in 2018. 60 men were selected in purposeful sampling method and randomly assigned to four groups of 15. In group 1, six 45-minute sessions of Shapiro solo EMDR (2014) were performed. In group 2 six 60-minute sessions of group CBT of Dugas & Robichaud (2007) were performed. And in group 3 six 60-minute sessions solo EFT of Church (2014) were performed. All the Four groups completed the Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs's Anxiety Inventory (1983) in three stages. Data were analyzed using mixed analysis of variance. **Results:** Results in group 1 showed that at the level of 99% confidence, state anxiety ($F = 42.36$) and trait ($F = 12.66$), in group 2, state anxiety ($F = 5.38$) and trait and in group 3, state anxiety ($F = 15.23$) and trait ($F = 18.50$) were reduced. This effect remained stable at follow-up stage. In addition, among the three methods, EMDR was more effective on state anxiety than the other two interventions ($P = 0.015$). **Conclusion:** Since, all the three methods can improve behavioral strategies by influencing irrational thoughts and emotion release, they are effective ways to reduce anxiety in PTSD patients.

Key words: *behavioral, cognitive, desensitization, emotional release, eye movements, post traumatic stress, reprocessing*

Citation: Alamdar Baghini, A., Mohammadtehrani, H., Behbodi, M., & Kiamanesh, A.R. (2020). Comparison of effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Cognitive Behavioral Therapy, and Emotional Freedom Technique in reducing anxiety in patients with post-traumatic stress disorder. *Quarterly of Applied Psychology*, 13(4): 625-650.

مقایسه اثربخشی حساسیت زدایی حرکت چشم و بازپردازش، درمان شناختی- رفتاری و فن رهاسازی هیجانی در کاهش اضطراب بیماران دچار اختلال استرس پس از سانحه

آیدا علمدار باغینی^۱، حسن محمدطهرانی^۲، معصومه بهبودی^۳ و علیرضا کیامنش^۴

۱. گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران

۳. گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۴. گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و مشاوره، خوارزمی، تهران، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی سه روش حساسیت زدایی حرکت چشم و بازپردازش، شناختی- رفتاری و رهاسازی هیجانی در کاهش اضطراب بیماران دچار اختلال استرس پس از سانحه بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با سه گروه آزمایش، یک گروه گواه و طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه و جامعه آماری ۴۸۶ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان اعصاب و روان نوریه کرمان در سال ۱۳۹۷ بود. با روش نمونه گیری هدفمند ۶۰ مرد انتخاب و در چهار گروه ۱۵ نفری گمارش تصادفی شد. گروه ۱ در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای انفرادی حساسیت زدایی با حرکت چشم و بازپردازش شاپیرو (۲۰۱۴) راه، گروه ۲ در ۶ جلسه ۱ ساعته گروهی درمان شناختی- رفتاری داگاس و رایبچوود (۲۰۰۷) را و گروه ۳ در ۶ جلسه ۱ ساعته انفرادی فن رهاسازی هیجانی چورچ (۲۰۱۴) را دریافت و هر چهار در سه مرحله سیاهه اضطراب اسپیلبرگر، کروسوچ، لاشن، وگ و جاکوبز (۱۹۸۳) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در سطح ۹۹ درصد اطمینان در گروه ۱ اضطراب حالت ($F=۴۲/۳۶$)، و صفت ($F=۱۲/۶۶$)، در گروه ۲ اضطراب حالت ($F=۵/۳۸$)، و صفت ($F=۱۱/۳۰$) و در گروه ۳ اضطراب حالت ($F=۱۵/۲۳$) و صفت ($F=۱۸/۵۰$) کاهش یافته و این تأثیر در پیگیری پایدار مانده و از بین سه روش فقط درمان حساسیت زدایی منظم حرکت‌های چشم و بازپردازش در اضطراب حالت مؤثرتر از دو مداخله دیگر است ($P=۰/۰۱۵$). **نتیجه‌گیری:** از آنجا که هر سه روش با تأثیر بر افکار غیرمنطقی و رهاسازی هیجان‌ها منجر به بهبود راهبردهای رفتاری شدند؛ بنابراین روش‌هایی مؤثری برای کاهش اضطراب افراد دچار استرس پس از سانحه محسوب می‌شوند.

کلیدواژه‌ها: استرس پس از سانحه، بازپردازش، حساسیت زدایی، حرکت‌های چشم، رفتاری، رهاسازی هیجان، شناختی

استناد به این مقاله: علمدار باغینی، آیدا، محمدطهرانی، حسن، بهبودی، معصومه، و کیامنش، علیرضا.

(۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی حساسیت زدایی حرکت چشم و بازپردازش، درمان شناختی- رفتاری و فن

رهاسازی هیجانی در کاهش اضطراب بیماران دچار اختلال استرس پس از سانحه. *روان‌شناسی کاربردی*,

۱۳(۴) پیاپی ۵۲: ۶۵۰-۶۲۵.

انتشار: ۹۸/۱۰/۰۵

دریافت مقاله: ۹۸/۰۳/۰۶
پذیرش مقاله: ۹۸/۰۶/۱۰

نویسنده مسئول: tehrani@iauzar.ac.ir

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه^۱ اختلال روان‌پزشکی شایع و مهمی است که در آن شخص در معرض رویداد آسیب رسان شدیدی که شدت آن برای هر کس آسیب‌زا خواهد بود؛ قرار گرفته و پاسخ شخص نیز همراه با ترس شدید، اضطراب فراگیر^۲ و درماندگی است و این رویدادها می‌تواند تجارب جنگ یا سوانح طبیعی یا تصادف‌های شدید و جز آن باشد (احمدی زاده، اسکندری، فلسفی نژاد و برجعلی، ۱۳۸۹). این عارضه شامل تجربه مجدد سانحه در رؤیا، خیال‌ها یا بیداری، اجتناب مستمر از یادآوری سانحه و کرختی پاسخگویی به چنین یادآوری‌ها، برانگیختگی مستمر و مفراط که حداقل طول مدت علائم یک ماه است و در نهایت این اختلال موجب ناراحتی شدید یا اختلال در عملکرد اجتماعی شغلی یا سایر زمینه‌های مهم فرد می‌شود (ست سیر، مکلنتایر-اسمیت، کانتراکتور، الهایی و ریچاردسون، ۲۰۱۴).

شیوع این اختلال به دنبال رویدادهایی مثل جنگ، زمین لرزه، سیل و آتشفشان بسیار رایج است و می‌تواند علائم مختلفی از جمله افسردگی و اضطراب برای فرد و عوارض بسیار شدیدی برای خانواده و اجتماع به‌جای بگذارد (احمدی زاده و همکاران، ۱۳۸۹). یکی از شایع‌ترین اختلال‌ها در این افراد اختلال اضطراب است (کلوند، ۲۰۱۶). اضطراب، پدیده‌ای عادی و پاسخی طبیعی به خطر یا استرس است و تنها وقتی به مشکل تبدیل می‌شود که میزان آن با موقعیت پیش آمده تناسب نداشته باشد (سادات مدنی، تولایی زواره و تولایی، ۱۳۹۶). اضطراب حالتی فراگیر، ناخوشایند، مبهم و همراه با برانگیختگی دستگاه عصبی خودکار، سردرد، تعرق، تپش قلب، گرفتگی ماهیچه‌های سینه، ناراحتی گوارش و بی‌قراری است (کاپزنی، اوستاکولی، کاوالا، کارلتو، فرناندز، سولومون و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اضطراب فراگیر موجب ادامه نگرانی افراطی و تعمیم یافته‌ای می‌شود و ویژگی آشفته ساز و اصلی این اختلال به‌شمار می‌رود (سادات مدنی و همکاران، ۱۳۹۶). از عوامل مؤثر در اختلال‌های اضطرابی، سازه شناختی نگرانی است که با افکار مداوم و تکراری در مورد دلواپسی‌های شخصی از یکسو و مشکل در پایان دادن به این زنجیره افکار، از سوی دیگر اشاره دارد. به بیان دیگر، نگرانی موجب ادامه یافتن نگرانی است که به‌طور برجسته ماهیتی کلامی و انتزاعی دارد و با شک و تردید همراه است (موسوی نیا، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۳).

بر اساس منابع معتبر روان‌شناسی، حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپزدازش^۳ و فن رهاسازی هیجانی^۴ یکی از روش‌های کارآمد و مؤثر در کمک به کسانی است که از روان زخم‌های

1. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
2. generalized anxiety
3. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
4. Emotional Freedom Technique (EFT)

ناشی از تجربه‌های ضربه زاء، اضطراب، وحشت، خاطره‌های ناخوشایند و اختلال استرس پس آسیبی، سوگ و انواع دیگری از مشکلات هیجانی رنج می‌برند (رضایی و خانجانی، ۱۳۹۶). این روش درمانی در درمان آسیب‌های روانی و نشانه‌های اختلال‌هایی مانند اضطراب، افسردگی، هراس^۱، خواب آشفتگی، احساس گناه، عصبانیت و بازگشت خاطره‌ها نیز به کار گرفته می‌شود؛ به نظر می‌رسد که روش حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازسازی شناختی اثری جسمانی به وجود می‌آورد که باعث پردازش مجدد تسریع شده اطلاعاتی می‌شود که به صورت مختل ذخیره شده‌اند (محمد پهرانی، فاضلی و محمد پهرانی، ۱۳۹۰). روش درمان حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و فن رهاسازی هیجانی نوعی درمان مواجهه سازی برای درمانجویانی است که استرس آسیب زایی را تجربه کرده‌اند. این درمان غرقه سازی تجسمی^۲، بازسازی شناختی و استفاده سریع و موزون از حرکت‌های چشم و تحریک دو سوپه دیگر را شامل می‌شود (رضایی و خانجانی، ۱۳۹۶). این روش درمانی که فرانسین شاپیرو در سال ۱۹۸۹ آن را ابداع کرد؛ از مداخله‌های رفتاری به دست آمده و برای کمک به درمانجویانی طراحی شده است که به اختلال استرس پس سانحه دچار هستند. این روش تاکنون در مورد جمعیت‌های گوناگون از جمله کودکان، زوجها، قربانیان تصادف و افرادی به کار رفته است که با اضطراب، وحشتزدگی، افسردگی، اندوه، اعتیاد و ترس‌های مرضی دست به گریبان هستند (نیک مراد، سلطانی نژاد، انیسی، پناهی، کفراشی و همکاران، ۱۳۹۲).

اساس درمان حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و فن رهاسازی هیجانی، حرکت‌های چشم است که هدف آن توجه دادن بیمار به محرک خارجی، درحالی است که به‌طور همزمان بر سانحه تمرکز کرده است؛ اثر حرکتی چشم در این روش درمانی حافظه عملکردی را مختل و با کاهش وضوح، میزان هیجان همراه با آن را کم می‌کند (جاوید، بنی جمالی، خسروی و میرزایی، ۱۳۹۳). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که دوره درمان حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش نسبت به درمان‌های مکمل دیگر کوتاه‌تر است و نسبت به دیگر روش‌های درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری^۳ و فن رهاسازی هیجانی تأثیرات درمانی بیشتری دارد (خانجانی، هاشمی و وطنی، ۱۳۹۵؛ عبدی، محمدی، باشتی و زاج، ۱۳۹۴؛ کاپزنی و همکاران، ۲۰۱۳؛ چن، ژانگ، هو و لیانگ، ۲۰۱۵). در پژوهش‌های اخیر، موسسه ملی سلامت روان آمریکا^۴ حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش را معادل هشت جلسه درمان با فلوکستین^۵ ارزیابی کرده است (شاپیرو، ۲۰۱۴).

-
1. panic
 2. Visual Flooding
 3. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
 4. National Institute of Mental Health (NIMH)
 5. Fluoxetine

از دیگر روش‌های درمانی برای درمان اختلال اضطراب در بیماران دچار استرس پس از سانحه، درمان شناختی-رفتاری است. این مداخله با شناخت‌هایی سروکار دارد که به تغییر هیجان‌ها، افکار و رفتارها منجر شود (رینکه، رینک، بکر و هایر، ۲۰۱۳). در این رویکرد تأکید زیادی بر آموزش مفاهیم به‌طور عملیاتی می‌شود و اعتباریابی درمان به‌طور تجربی صورت می‌گیرد؛ بنابراین تأکید در درمان متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و همچنین ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی یعنی درمانگاه یا مطب است؛ زیرا مهم‌ترین شیوه تثبیت شده در درمان اضطراب، ایجاد و حفظ محیط مناسبی برای مداخله شناختی-رفتاری است (کرباسی عامل و کرباسی عامل، ۱۳۹۶). درمانگری شناختی-رفتاری واجد ساختار، هدفمند و متمرکز بر زمان حال است که از راهبردهای شناختی و رفتاری برای کاهش نشانه‌ها با هدف قرار دادن ساخت‌های شناختی معیوب و فرایندهای نگهدارنده اختلال اضطراب بهره می‌گیرد (احمدی کانی گلزار، اصغرزاد و قلی زاده، ۱۳۹۲). یافته‌های تجربی نشان می‌دهد که رفتار درمانی شناختی به‌عنوان روش درمان مبتنی بر شواهد تجربی به‌عنوان یکی از موفق‌ترین رویکردهای درمانی در کوتاه مدت هم به لحاظ پیشگیری و هم به لحاظ نقش کاهنده علائم اضطرابی شناخته شده است (استورات و کلو، ۲۰۱۴). بنابراین، امروزه تدوین درمان‌های مؤثرتر و کامل‌تر از درمان شناختی-رفتاری، هدف پژوهش‌های بسیاری است.

یکی دیگر از درمان‌های مؤثر بر علائم اضطراب فن رهاسازی هیجانی است که بر مهارت‌های شناسایی و تشخیص هیجان‌های خود و دیگران یعنی "آگاهی هیجانی"، نحوه درست ابراز هیجان با توجه به موقعیت اجتماعی یعنی "فهم هیجان"، کاهش شدت هیجان‌های منفی پیش از بروز پاسخ یعنی "تنظیم هیجانی" تأکید می‌ورزد و در کنار فنون شناختی و رفتاری به درمان اضطراب و سایر هیجان‌های شدید منفی می‌پردازد (افشاری، امیری، نشاط دوست و رضایی، ۱۳۹۴). از این فن برای بازنمایی هیجان‌های سرکوب شده و پرداختن به آن‌ها استفاده می‌شود و تا حدودی شبیه به طب سوزنی است؛ با این تفاوت که در رهاسازی هیجانی از ضربه دست جهت آزادسازی مسیرهای عصبی موجود در بدن استفاده می‌شود (چورچ، یونت، راجلین، فوکس و نلمز، ۲۰۱۸). در فن رهاسازی هیجانی آنچه مطرح است؛ این است که هیجان‌ها خودشان به‌طور ذاتی پتانسیل تطبیقی دارند که اگر فعال شوند؛ می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا حالت‌های هیجانی مشکل‌آفرین با تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند (کلوند، ۲۰۱۶). این دیدگاه بر این باور است که هیجان، نظامی تطبیقی و ذاتی است که به بقا و پیشرفت ما کمک می‌کند. هیجان‌ها بیانگر ضروری‌ترین نیازهای انسان‌ها است و به سرعت به افراد در ارتباط با بهزیستی هشدار می‌دهد (چورچ، استاپلتون، مولن، فاینستاین، بواس، مک‌کی و سیمس، ۲۰۱۸). همچنین هیجان‌ها افراد

را آماده می‌سازند و راهنمای انسان‌ها در این شرایط مهم برای اقدام جهت برآوردن نیازها هستند. بنابراین هیجان‌ها برای حالت اولیه پردازش در عمل تنظیم شده‌اند (سباستین و نلمز، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در مورد هیجان‌ها نشان داده است که رهاسازی هیجانی تأثیر چشمگیری در کاهش اضطراب و استرس پس از سانحه در بیماران دچار این اختلال دارد (چورچ و همکاران، ۲۰۱۸؛ چورچ، ۲۰۱۴؛ سباستین و نلمز، ۲۰۱۷؛ کلوند، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، هرچند با استفاده از فنون حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش و نیز درمان شناختی-رفتاری و همچنین فن رهاسازی هیجانی، در اقصاء و جمعیت‌های مختلف پژوهش‌های جداگانه‌ای انجام شده است؛ ولی با توجه به مباحث، سؤال‌ها و هدف کلی پژوهش حاضر، به‌کارگیری سه روش مداخله مستقیم و تعیین میزان اثربخشی آن‌ها بر وضعیت روانی بیماران دچار اختلال استرس پس از سانحه در برنامه‌ای منظم و مدون نه تنها اثربخشی این سه روش درمانی را بر کاهش علائم اختصاصی، بهبودی و کاهش علائم اختلال اضطراب برجسته می‌کند؛ بلکه روان‌مدانگران را قادر می‌سازد تا با افزایش کارآمدی فردی بیماران، به آن‌ها کمک کنند تا در مقابله با رویدادها و وقایع پرفشار زندگی گام مؤثری برای کاهش اضطراب و استرس خود بردارند. از این رو با توجه به آنچه بیان شد؛ پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه اثربخشی سه روش یاد شده در کاهش اضطراب بیماران دچار اختلال استرس پس از سانحه اجرا شد تا به سؤال‌های زیر پاسخ دهد.

۱. آیا میزان اثربخشی حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش با درمان شناختی-رفتاری و فن رهاسازی هیجانی در کاهش اضطراب بیماران دچار استرس پس از سانحه تفاوت دارد؟
۲. آیا تأثیر مداخله حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش، درمان شناختی-رفتاری و فن رهاسازی هیجانی در کاهش اضطراب بیماران دچار استرس پس از سانحه در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری ۲ ماهه و جامعه آماری شامل ۴۸۶ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان اعصاب و روان نوریه کرمان در سال ۱۳۹۷ بود. از میان آن‌ها ۶۰ مرد که به تشخیص روانپزشک بیمارستان یاد شده به علت اختلال استرس پس از سانحه در بیمارستان بستری شده بودند؛ به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفری آزمایشی ۱ حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش، آزمایشی ۲ درمان شناختی-رفتاری، آزمایشی ۳ درمان با فن رهاسازی هیجانی و یک گروه گواه کاربندی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، کسب نمره بالاتر از میانگین در سیاهه اضطراب حالت و صفت، رضایت مکتوب برای شرکت

در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل مصرف دارو هم‌زمان با مداخله، بیماری قلبی یا تنفسی، غیبت بیش از ۲ جلسه و شرکت در مداخله‌های روان‌درمانی به صورت هم‌زمان با پژوهش حاضر بود.

ابزار پژوهش

۱. **سیاهه اضطراب حالت و صفت اشپیلبرگر^۱**. این سیاهه ۴۰ گویه‌ای توسط اشپیلبرگر، کروسوچ، لاشن، وگ و جاکوبز (۱۹۸۳) طراحی شده است. ۲۰ گویه ۱ تا ۲۰ این پرسشنامه اضطراب حالت یا اضطراب موقعیتی را و ۲۰ گویه دوم ۲۱ تا ۴۰ اضطراب صفت یا اضطراب خصیصه‌ای را می‌سنجد. نمره گذاری اضطراب حالت در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از خیلی کم = ۱ تا خیلی زیاد = ۴ و نمره گذاری اضطراب صفت نیز در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۴ است. در این سیاهه نمره‌های ۲۰ تا ۳۱ به‌عنوان اضطراب خفیف و نمره‌های ۴۳ تا ۵۳ اضطراب متوسط به بالا و نمره‌های ۷۶ به بالا اضطراب بسیار شدید محسوب می‌شود. ضریب پایایی این سیاهه برای اضطراب صفت و حالت به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۲ گزارش شده است (اشپیلبرگر و همکاران، ۱۹۸۳). روحی، رحمانی، عبداللهی و محمودی (۱۳۸۴) در مطالعه مقدماتی میزان پایایی آزمون اشپیلبرگر را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ محاسبه کردند. در ایران پایایی این ضرایب را برای پسرها به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۸ و برای دخترها ۰/۷۶ و ۰/۷۹ و پایایی کل را در پژوهش‌های مختلف ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (نقل از روحی و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر ضریب پایایی آزمون برای اضطراب حالت ۰/۹۲ و برای اضطراب صفت ۰/۸۸ به دست آمد.

۲. **درمان حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپزدازش**. این روش مداخله توسط شاپیرو (۲۰۱۴) و بیشتر برای بهبود اختلال‌های اضطرابی و کاهش نشانه‌های استرس تدوین و ارائه شده است. در این پژوهش در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای انفرادی در هفته ۱ جلسه به شرح زیر ارائه شد. *جلسه اول*. از آنجا که این روش درمانی می‌تواند هیجان را به سطح بالایی ببرد و تاریخچه افراد مشخص می‌کند که آیا فرد مناسب دریافت این نوع درمان است یا خیر؛ بنابراین در این روش ارزیابی از عوامل ایمنی^۲ از طریق گرفتن تاریخچه در جلسه نخست حیاتی است. از این‌رو، ابتدا تاریخچه‌ای از مراجع گرفته و از توانایی فرد شرکت‌کننده اطمینان حاصل شد و سپس طرح درمانی برنامه ریزی و فرایند درمان تشریح و آمادگی درمانجو برای حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپزدازش ارزیابی شد و موضوعات ممکن برای فرایند درمان به‌عنوان مثال وقایع اضطراب آور اخیر، موقعیت کنونی منجر به اختلال‌های عاطفی در بیمار، وقایع گذشته، مهارت‌ها و رفتارهای

1. Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
2. safety factors

مشخص مورد نیاز درمانجو در شرایط و موقعیت‌های آینده تعیین شد. در اواخر جلسه کاربرگ ثبت وقایع اضطراب آور و درجه بندی آن به شرکت‌کنندگان داده شد تا بر اساس آن وقایع پر اضطراب را از شدید تا متوسط را ثبت کنند.

جلسه دوم، این جلسه مربوط به آماده سازی درمانجو برای دریافت حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش و ایجاد اتحاد درمانی^۱ بود. یکی از اهداف اولیه این مرحله پایه‌گذاری رابطه‌ای اعتماد آمیز بین درمانگر و درمانجو است. در خلال مرحله آماده سازی ضمن ایجاد آرامش و ایمنی به درمانجو درباره فرایند حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش، آثار آن که احتمال ناراحتی‌های هیجانی در جریان نشست و بعد از آن وجود دارد، اینکه در خلال درمان و بعد از آن، چه انتظاری می‌تواند از این روش داشته باشد و اینکه پذیرش و تأیید درمانجو بعد از کسب این اطلاعات دقیق، ارزشمند است؛ توضیح داده شد. سرانجام گونه‌ای از فنون آرمیدگی^۲ آموزش داده شد تا درمانجو در مواجهه با اضطراب که ممکن است که در خلال یا بعد از یک جلسه بروز کند؛ از این فنون برای آرام کردن خود استفاده کند. به درمانجو گفته شد که در این روش باید در حالتی راحت مثل درازکش یا نشسته قرار گیرد؛ چشم‌هایش را ببندد و خود را در مکان و موقعیت مطلوبی که می‌تواند برای او آرامش بخش باشد تصور کند و از نوک انگشتان پاهایش شروع به شل کردن عضلات بدن کند و شل کردن عضلات بدن را تا فرق سر به ترتیب ادامه دهد. کف پا، ساق پا، زانوها، ران پا، عضلات لگن، شکم، سینه، دست‌ها، گردن، اجزای صورت و در نهایت سر را شل و آرام کند. چند دقیقه در همان حالت قرار بگیرد. به‌عنوان تکلیف خانگی از درمانجو خواسته شد تا جلسه آینده و تا قبل از انجام حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش، لازم است که چند روز تمرین‌های آرمیدگی را انجام دهد و مطمئن شود که در انجام آن ماهر شده است.

جلسه سوم، سومین جلسه این درمان مربوط به ارزیابی بود و در خلال آن مراجع مشخص کرد که دوست دارد کدام خاطره خاص وی بررسی شود و کدام تصویر دیداری را برمی‌گزیند که پربانشان کننده ترین تصویر مرتبط با آن رویداد یا بهترین نماد آن خاطره است؟ در این وهله به مراجع کمک شد تا افکار و احساسات کنونی فراخوانده شده خود را با این تصویر دیداری بازشناسی کند. مراجع شناخت‌های منفی خود را که همان عواطف آزارنده و مرتبط با خاطره فراخوانده شده بود؛ از قبیل "من ضعیفم"، "من بی‌ارزشم"، "دوست داشتنی نیستم"، "بد هستم" را شناسایی و بیان کرد. سپس از او خواسته شد که شناخت مثبت بالقوه‌ای از قبیل "من شایسته‌ام"، "من ارزشمندم"، "من دوست داشتنی هستم" یا "من آدم خوبی هستم" را برگزیند که حس مطلوب نیرومندی و عامل بودن را به او می‌دهد و بعداً می‌تواند آن را جایگزین شناخت منفی کند. بعد از

1. therapeutic alliance
2. relaxation

آن مراجع درستی این باور مثبت را روی مقیاس ۷ ارزشی "ارزشمندی شناخت"^۱ رتبه بندی می‌کند که عدد ۱ معرف تماماً غلط و عدد ۷ معرف کاملاً درست است. در ادامه مراجع هیجان باورهای منفی فراخوانده شده با این تصویر دیداری را شناسایی و سطح پریشانی خود را روی مقیاس "واحد ذهنی آشفتگی"^۲ مشخص کرد که در این مقیاس عدد ۰ به معنای "آرام" و عدد ۱۰ به معنای "بدترین آشفتگی ممکن" است. همچنین فرد احساسات بدنی همراه هیجان‌ها را هم شناسایی و مکان‌یابی کرد. در آخر جلسه به‌عنوان تکلیف خانگی کاربرگ ثبت افکار و احساسات منفی همراه با درج مقیاس و ثبت نمره‌ها به شرکت کنندگان داده شد.

جلسه چهارم. هدف این جلسه حساسیت زدایی است. از این جلسه پیش رفتن به سمت راه حل سازگاران‌های بود تا از طریق کاربرد آن احساس آزرده‌گی فرد برابر با صفر شود. بنابراین بر حس‌های بدنی، هیجان‌ها و تصویرها تمرکز و احساس آزرده‌گی فرد برای هر یک از اهداف پایین آورده شد. این جلسه به این دلیل مهم است که بر عواطف اختلال‌زا و احساساتی تمرکز شد که با مقیاس "واحد ذهنی آشفتگی" اندازه‌گیری شده بودند. سپس به درمانجو آموزش داده شد تا بر یک تصویر، فکر منفی و یا احساس جسمانی تمرکز کند؛ درحالی‌که، باید هم‌زمان چشم‌هایش حرکت انگشتان درمانگر را به این سو و آن سو دنبال کند که در میدان دید او برای ۲۰ تا ۳۰ ثانیه یا بیشتر "بسته به نیاز درمانجو" در حرکت است. اگر چه حرکت‌های چشم، متداول‌ترین محرک خارجی به شمار می‌رود؛ اما از آواهای شنیداری، ضربات آهسته یا محرک‌های لامسه‌ای نیز استفاده شد. نوع تمرکز و توجه دو طرفه و مدت زمان هر یک بسته به نیاز درمانجو تعیین شد. او یاد گرفت که فقط بر چیزی تمرکز کند که در حال رخ دادن است. در آخر جلسه به‌عنوان تکلیف خانگی از درمانجو خواسته شد این تمرین را در طول هفته مرتب انجام دهد.

جلسه پنجم. این جلسه کارگذاری^۳ نام دارد. زیرا هدفی را که دنبال می‌کند؛ عبارت از کار گذاشتن و افزایش قدرت "باور مثبتی" است که مراجع مشخصی آن را ساخته است تا بتواند جانشین باور منفی اصلی خود کند. واریسی بدنی یا "پویش بدن"^۴ نیز از اهداف دیگر این جلسه درمانی است. از این‌رو، پس از اینکه شناخت مثبت قوت گرفت؛ از مراجع درخواست شد که رویداد اصلی را به ذهن بیاورد و بررسی کند و ببیند که آیا در بدنش تنش باقی مانده است. اگر چنین بود؛ این احساسات جسمانی هدف قرار گرفتند و بازپزدازش شدند. در این موارد، به درمانجو آموزش داده شد تا ذهن خود را خالی کند و هر فکر، احساس، تصویر، خاطره یا حسی را که به ذهنش می‌رسد؛

1. Validity OF Cognition (VOC)
2. Subjectiv Unit of Disturbance (SUD)
3. installation
4. body scan

مروار کند. بر اساس گزارش درمانجو، می‌توان مرحله بعدی تمرکز را تسهیل کرد. در اغلب موارد بر اساس پاسخی که درمانجو می‌دهد؛ مرحله پیش می‌رود. این روش، مکرراً در طول جلسه درمان تکرار شد. زمانی که درمانجو آشفته یا در این فرایند با مشکل مواجه می‌شد؛ برای کمک به درمانجو روش‌های سازمان‌یافته دنبال شد. زمانی که درمانجو هیچگونه آشفتگی و ناراحتی نداشت؛ از او درخواست شد که ضمن آنکه چشمان خود را به حرکت در می‌آورد؛ به باور مثبت دلخواهش که در ابتدای جلسه مشخص کرده بود؛ فکر کند و بر آن متمرکز شود. بعد از چندین مرحله تکرار، مشاهده شد که درجه اعتقاد درمانجو به "باور مثبت" افزایش یافته است. پس از آن، با پوشش بدن حس‌های جسمانی درمانجو بررسی شد و زمانی که درمانجو حس‌های خوبی نداشت؛ مجدداً فرایند درمان اجرا می‌شد و زمانی که احساسات مثبتی وجود داشت سعی شد تا احساسات متد ارتقاء یابد. به‌عنوان تکلیف خانگی از درمانجو خواسته شد تا در طول هفته به وقایع اصلی و اضطراب‌زا پردازد و همزمان بر بدنش تمرکز کند و احساسات جسمانی خویش را در کاربرگ ثبت وقایع درج کند.

جلسه ششم، بستن^۱ جلسه و ارزیابی مجدد^۲ از اهداف جلسه آخر است. خلاصه‌ای از روند درمانی و تغییرات بیان و باورهای مثبت و منفی و مهارت مقابله‌ای بررسی شد و مراجع در پایان هر جلسه در مقایسه با شروع آن جلسه در شکل بهتری جلسه را ترک می‌کرد. زمانی که پردازش حادثه آسیب‌زای مورد هدف در یک جلسه کامل نبود؛ گفته شد که فنون خود آرام‌سازی را به‌کار گیرد تا دوباره حس تعادل خود را به دست آورد. در انتها پس از آزمون اجرا شد.

۳. درمان شناختی-رفتاری. در این پژوهش بر مبنای درمان شناختی-رفتاری اختلال اضطراب داگاس و رابیچاوود (۲۰۰۷) ساختار جلسه‌های گروهی این مداخله در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار تنظیم و به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. پس از معرفی درمانگر و اعضای گروه به یکدیگر قوانین به گروه معرفی و آموزش‌های لازم به مراجعان درباره پدیده اضطراب، دلایل و تأثیر آن بر فرایند زندگی اجتماعی داده شد. پس از جمع‌بندی از مراجعان خواسته شد که نسبت به اولین جلسه بازخورد بدهند. به‌عنوان نمونه یکی از مراجعان ذکر کرد که برای اولین بار است که متوجه شده است که علائم اضطرابی می‌تواند غیرمنطقی و مرضی باشد. سپس نحوه ثبت وقایع روزانه اضطراب‌زا در کاربرگ برای اعضای گروه توضیح داده شد و برای نمونه دو واقعه اضطراب‌زا شرکت‌کنندگان توسط خود آن‌ها در کاربرگ ثبت و در انتها کاربرگی به هر یک از شرکت‌کنندگان داده شد تا به‌عنوان تکلیف خانگی در طول هفته آینده وقایع اضطراب‌زا را همراه با درج احساسات و افکار خود ثبت کنند.

-
1. closure
 2. reevaluation

جلسه دوم، در این جلسه تکالیف جلسه گذشته و مجدداً چرخه "افکار، احساس و رفتار" واریسی و از اعضای گروه سؤال شد که "چگونه انتظار دارند که این جلسه‌ها منجر به کاهش علائم اضطراب آن‌ها شود." برخی از اعضای گروه عنوان کردند که تصورشان این بوده است که در این جلسه‌ها تمرین‌های ورزشی و تکالیف نوشتاری جهت کاهش علائم اضطرابی به آن‌ها ارائه می‌شود. سپس انتظارات اعضای گروه از درمان اصلاح شد و اعضای گروه متوجه شدند که مسئول تغییر افکار غیرمنطقی‌شان راجع به اضطراب تنها خودشان هستند و درمانگر به‌عنوان هدایت‌کننده در این مسیر به آن‌ها کمک می‌کند. هدف از این قسمت افزایش مسئولیت‌پذیری مراجعان نسبت به روند بهبود خودشان بود. در ادامه درباره تأثیرات درمان شناختی-رفتاری در افزایش انگیزه درمانجویان، بحث و تبادل نظر شد. در نهایت از اعضای گروه خواسته شد تا در طول هفته هر زمان احساس منفی شدیدی را تجربه کردند؛ افکار خود را در کاربرگ ثبت وقایع روزانه به‌عنوان تکلیف خانگی یادداشت کنند و به هر واقعه بر اساس مقیاس درجه بندی از صفر تا ۱۰ نمره دهند.

جلسه سوم، تکالیف جلسه قبل مرور و نحوه شناسایی افکار خودآیند آموزش داده شد. یکی از اعضای گروه بیان کرد که هنگام صحبت با دوستش راجع به آسیب ایجاد شده به‌شدت دچار احساس اضطراب شده است. از او خواسته شد تا افکارش را در آن لحظه به یاد بیاورد. او بیان کرد که در آن لحظه به این فکر می‌کرده است که نمی‌تواند از پس این آسیب برآید. در این وهله با استفاده از همین مثال و نظرخواهی از سایر اعضای گروه در مورد ارتباط و تأثیرگذاری افکار بر احساسات توضیح داده شد و با تک تک اعضای گروه تمرین شد. به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضای گروه خواسته شد تا در کاربرگ ثبت وقایع روزانه، احساسات و افکار خودآیند منفی خود را فقط در مورد ۳ رویداد مهم اضطراب‌زا بر اساس مقیاس ۰ تا ۱۰ درجه بندی کنند.

جلسه چهارم، در این جلسه به اعضای گروه آموزش داده شد که برای ارزیابی افکار خودآیند منفی خود سؤال‌هایی نظیر "چه شواهدی برای تأیید فکر من وجود دارد؟" از خود بپرسند. سپس خطاهای فکری شایع در اضطراب مانند "فاجعه‌انگاری رویداد"، "غیرقابل تحمل بودن آن" و "فیلتر ذهنی" معرفی و به‌عنوان نمونه بیان شد که در "فیلتر ذهنی" افراد تجارب مثبت افرادی را نادیده می‌گیرند که بر اضطراب ناشی از آسیب غلبه کرده‌اند و تنها بر تجارب منفی دوستان و آشنایان خود تمرکز می‌کنند. تمرین‌های "فیلترهای ذهنی" انجام و به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضا خواسته شد که "فیلترهای ذهنی" خود را شناسایی و در کاربرگ مربوطه ثبت کنند.

جلسه پنجم، فنون رفتاری "پرت کردن حواس" مثلاً گوش دادن به موسیقی، "تمرکز مجدد" یعنی تمرکز کامل و با تمام حواس پنجگانه بر کار در حال انجام مثلاً آشپزی، "تهیه کارت‌های مقابله" یعنی کارت‌هایی که یک سمت آن افکار خودآیند منفی راجع به آسیب و سمت دیگر آن پاسخ منطقی به این فکر خودآیند برای مقابله با ترس و درد در آن فهرست شده است و فرد همراه

خود به خارج از درمان باید ببرد تا بتواند به موقع از آن‌ها استفاده کند؛ "تنفس عمیق به شکل تنفس شکمی"، "آرمیدگی عمیق عضلانی گروهی" و راهبردهای روان‌شناختی مقابله با علائم اضطراب مانند "خودگویی مثبت" مثلاً به خود بگوید "که هر چقدر هم آسیب دردناک باشد؛ من از پس آن برمی‌آیم." آموزش داده شد. تمرین این فنون رفتاری به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد. جلسه ششم. در این جلسه اعضای گروه با تصاویر ذهنی شایع درباره اضطراب آشنا شدند. در مواردی افراد ذکر کردند که هنگام اضطراب و نگرانی نمی‌توانند افکار خودآیند خود را شناسایی کنند. در این موارد از آن‌ها خواسته شد تا تصاویر ذهنی خود را شناسایی کنند؛ برخی که دچار ترس از علائم آسیب بودند؛ گفتند که در تصویر سازی ذهنی خود را در بدترین حالت در هنگام بروز آسیب به‌صورت رها شده می‌بینند. بنابراین از آن‌ها خواسته شد؛ فنون پیگیری تصاویر ذهنی را تا کامل شدن آن‌ها یعنی هم موقعیت و هم تصویر ذهنی از آسیب را تا جایی ادامه دهند که انگار آسیب کامل انجام شده است. در مواردی کامل کردن تصاویر ذهنی هنگام یافتن معنای فاجعه به مرگ خود فرد خاتمه می‌یافت. در این موارد ترس از مرگ بیمار ریشه‌یابی و در صورت لزوم از جلسه‌های انفرادی استفاده شد. هنگام آموزش فن "تغییر تصاویر ذهنی" به آن‌ها گفته شد؛ فرض کنند که صحنه آسیب زای آن‌ها در حال پخش از تلویزیون است و آن‌ها هنگام پخش تصاویر ناراحت کننده باید کانال را تغییر دهند و تصاویر آرامش بخشی مانند "قدم زدن در ساحل" را تماشا کنند. در نهایت، آرمیدگی عضلانی برای مقابله با این تصاویر اجرا و پس از جمع بندی نهایی مطالب جلسه‌های پیشین، پس آزمون اجرا شد.

۴. فن رهاسازی هیجانی. در این پژوهش ساختار جلسه‌های انفرادی این مداخله بر مبنای بسته آموزشی چورچ (۲۰۱۴) در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار تنظیم و به شرح زیر اجرا شد. جلسه اول. معارفه و رابطه درمانی سالم بین بیمار و درمانگر برقرار و اطلاعات لازم در مورد تعداد و طول جلسه‌ها ارائه شد. رضایت بیمار برای اجرای مراحل مختلف درمان جلب، اهداف و قوانین درمان فردی تعیین و بر مشارکت فعال بین بیمار و درمانگر، اهمیت و نقش کلیدی تکالیف هفتگی تأکید شد. اضطراب علائم و نشانه‌های آن تشریح شد. درمان با فن رهاسازی هیجانی معرفی و به مراجع گفته شد که "آیا می‌داند که این احساسات ناخوشایند حاصل از وقایع اضطراب زا چگونه به‌وجود می‌آیند؟" به مراجع گفته شد که فرض کند که کاغذی را در دستش مچاله کرده است؛ اگر دقت کند؛ خواهد دید که تمام بافت‌های کاغذ فشرده شده و شکل خود را از دست داده است. سپس گفته شد که این دقیقاً همان کاری است که ما با دستگاه عصبی و عضلات خود انجام می‌دهیم و با فشارهای عصبی که در طی روز تجربه می‌کنیم؛ انقباض و انبساط زیادی را به عضلات و عروق خود منتقل می‌کنیم. در این حال بدن ما برای بازسازی خود بیش از حد انرژی صرف می‌کند و در مواقعی از ترمیم بافت‌های فشرده نیز عاجز می‌ماند. بنابراین دردهای موضعی و

بیماری‌های روان تنی شروع می‌شود که سال‌ها می‌تواند در روند زندگی ما اختلال ایجاد کند. سپس به مراجع گفته شد که برای اینکه فن رهاسازی هیجان اثر کند؛ باید در قدم اول مشکل یا ترس خود را تشخیص دهد؛ زیرا همین مشکل یا ترس قرار است که در زمان انجام ضربات، در کانون توجهش قرار گیرد؛ بنابراین بهتر است که هر بار فقط روی یک مشکل تمرکز کند تا نتیجه بهتری بگیرد. در آخر جلسه کاربرگ ثبت وقایع روزانه جهت ثبت ترس و اضطراب‌های مهم به مراجع ارائه و خواسته شد که در طول هفته و تا جلسه بعدی موارد مهم را یادداشت کند.

جلسه دوم. در این جلسه عوامل جسمانی اضطراب تعریف و بیان شد که وقتی دستگاه عصبی شما غرق در تنش می‌شود؛ بدن شما را مواد شیمیایی فرا می‌گیرد که شما را برای مبارزه یا فرار آماده کند. این پاسخ به استرس می‌تواند در شرایط اضطراری به نجات شما بیاورد که در آن شرایط باید سریع عمل کنید. اما زمانی که دستگاه عصبی را به‌طور مداوم توسط تنش‌های زندگی روزمره فعال می‌کنید؛ پاسخ بدن شما پایین می‌آید و سلامت احساسی شما را به خطر می‌اندازد. آشکار است که هیچکس نمی‌تواند از تمام استرس‌ها اجتناب کند؛ اما می‌توان اثرات مضر آن را با یادگیری نحوه تولید پاسخ آرام با استراحت عمیق کاهش داد و با آن مقابله کرد. پاسخ آرام ترمزی است که استرس را متوقف می‌کند و بدن و ذهن را به حالت تعادل در می‌آورد. پس از تشخیص مشکلاتان باید شدت آن را هم از ۰ = عدم ناراحتی تا ۱۰ = بیشترین ناراحتی مشخص و درد جسمی یا روحی و هر ناراحتی به‌خاطر مشکلی خاص را ارزیابی کنید. با این کار می‌توانید پس از انجام مراحل کامل فن رهاسازی هیجانی میزان بهبودتان را بسنجید. برای مثال اگر پیش از فن رهاسازی هیجانی شدت اولیه مشکلاتان را ۱۰ ارزیابی کردید و پس از انجام ضربات، شدت آزاردهندگی مشکلاتان به ۵ رسید؛ یعنی از این روش ۵۰ درصد نتیجه گرفته‌اید. در ادامه با مثالی از مراجع خواسته شد تا به‌عنوان یکی از تکالیف شدت ناراحتی خود را در مقیاس ۰ تا ۱۰ درجه بندی و مشخص کند.

جلسه سوم. در این جلسه بر هیجان‌های سرکوب شده حاصل از آسیب تأکید و گفته شد که شاید فکر می‌کند که در نتیجه این قضاوت‌ها، نسبت به خودمان هیجان‌های منفی پیدا می‌کنیم. البته این می‌تواند تا حدی درست باشد. از مراجع خواسته شد که برای یک لحظه تصور کند که هیجان‌ها اول به وجود می‌آیند و فکر کند که اگر از اول این هیجان‌ها را داشته‌ایم و سپس هیجان‌های منفی باعث شدند که خودمان را سرزنش کنیم؛ چطور می‌شد؟ شاید هیجان‌ها از هیچ به وجود می‌آیند و بعد ما دلیل تراشی می‌کنیم؛ تا دلیلی برای احساس بد خود پیدا کرده باشیم. اگر دلیلش این بود؛ فرقی نمی‌کرد که ما چقدر افکارمان را اصلاح کنیم. در هر حال هیجان‌های بد را داشتیم که افکارمان را باز به همان جای خاص هدایت می‌کرد. در این‌صورت تغییر کردن بسیار آهسته یا اصلاً غیرممکن می‌شد. گفته شد که قبل از شروع انجام ضربات، پیش خودش جمله‌ای تأکیدی بسازد که توضیح دهنده مشکلش باشد و در ساختن این جمله که باید حین

انجام ضربات بیان کند؛ نکات زیر را لحاظ کند. الف) به مشکلتش اذعان کند و ب) به‌رغم مشکلی که دارد؛ خودش را بپذیرد. برای مثال می‌تواند چنین جمله‌ای بسازد؛ «با اینکه ...» و هر ترس یا مشکلی را که دارد در این قسمت جمله جاگذاری کند" و در ادامه جمله بنویسد که "عمیقاً و کاملاً خودم را می‌پذیرم." این جمله رایج‌ترین جمله‌ای است که در فن رهاسازی هیجانی از آن استفاده می‌شود. در ادامه بیان شد که جای خالی را باید با توضیح کوتاهی درباره هر احساس منفی یا مشکل خود پر کند و به‌علاوه، مشکلی هم که در این قسمت بیان می‌کند؛ هیچ محدودیتی ندارد و درباره هر چیزی می‌تواند باشد. حتی قسمت دوم جمله را می‌تواند به این شکل عوض کند؛ "من عمیقاً و کاملاً خودم را دوست دارم و می‌پذیرم." در ادامه توجه مراجع به چند نمونه زیر جلب شد. "با اینکه از صحبت‌کردن مقابل جمع می‌ترسم؛ عمیقاً و کاملاً خودم را می‌پذیرم" و "با اینکه سردرد دارم؛ عمیقاً و کاملاً خودم را می‌پذیرم." سپس خواسته شد که اکنون با توجه به موارد مطرح شده در طول هفته آینده در کاربرگ جمله سازی افکار خود را بنویسد.

جلسه چهارم. در ادامه جلسه قبل، این جلسه نیز به بررسی و مقابله با هیجان‌های منفی اختصاص داشت. به مراجع گفته شد که اگر هیجان‌های منفی دائمی و تغییرناپذیری را در مورد خودش دارد؛ ممکن است در مورد خودش به چنین نتیجه‌ای رسیده باشد که در جلسه قبل به آن اشاره شد. بنابراین کلید مساله این است که درک کند که هیجان‌ها واقعاً از کجا می‌آیند. حقیقت این است که یک روز از زمان خاصی بعد از رویداد خاصی فقط یاد گرفته‌ایم که آنطور احساس کنیم و بعد آن احساس عادت ما شده است. زمانی که تجربه عاطفی شدیدی داشته‌ایم؛ چیزی که آدم‌های دیگر یا موقعیت خاصی و در واقع شاید فقط افکار خود ما در آن زمان ما را به آنگونه حس کردن وفق داده‌اند و ما به آن سبک عادت کرده‌ایم. در این وهله با استفاده از ضربه به ۱۰ نقطه کلیدی بدن که مسیر عبور جریان اضطراب است؛ ضرباتی نواخته شد و به مراجع نحوه نواختن ضربات آموزش داده شد. پس از آن با استفاده مقیاس درجه بندی، احساس ناراحتی و مشکل در بدن بررسی و برای مثال گفته شد که در چه بخشی از بدنش مشکل احساسی را بیشتر حس می‌کند؟ از مراجع خواسته شد که شدت ناراحتی خود را در مقیاس ۰ = عدم ناراحتی تا ۱۰ = بیشترین شدت مشخص کند و به‌عنوان تکلیف خانگی طبق آموزشی که از نحوه نواختن به نقاط کلیدی بدن آموخته است؛ بر اساس هیجان‌هایی که در اثر بروز افکار احساس می‌کند؛ ضرباتی را بر نقاط کلیدی بدن وارد کند.

جلسه پنجم. در این جلسه همراه با تمرکز بر مشکل و ناراحتی اضطراب زای مراجع به نقاط کلیدی بدن ضرباتی نواخته و تصویرسازی بر مشکل تمرین شد و دوباره شدت مشکل با استفاده از مقیاس درجه بندی ۰ تا ۱۰ ارزیابی شد و در صورتی که هنوز شدت درجه بالا بود؛ مجدداً فرایند ضربه زدن به شکل زیر تکرار و به مراجع آموزش داده شد که ضربات را از نقطه بالای سر تا زیر

بغل و پس از ضربه زدن به نقطه زیر بغل، زنجیره ضربات را با ضربه زدن به نقطه بالای سر تمام کند و همانگونه که نقاط ضربه را یکی یکی دنبال می‌کند؛ جمله یادآوری را که همان کوتاه شده جمله تأکیدی مرحله قبل بود؛ با خودش تکرار کند. برای مثال اگر جمله این بود که "با اینکه به‌خاطر بیماری مادرم ناراحتم؛ عمیقاً و کاملاً خودم را می‌پذیرم." یا "ناراحتم که مادرم مریض است" و این جمله را در نقاط ضربه با خودش بگوید و زنجیره ضربات را هم می‌تواند دو تا سه بار تکرار کند. به‌عنوان تکلیف خانگی از مراجع خواسته شد که تمرین ضربات ۱۰ گانه را در طول هفته مرور و به شدت مشکل را ارزیابی و در کاربرگ ثبت وقایع درج کند.

جلسه ششم، در این جلسه دوباره بر مقیاس درجه بندی تأکید و از مراجع خواسته شد تا شدت مشکل خود را مجدداً در مقیاس ۰ تا ۱۰ بسنجد و اگر هنوز هم اضطرابش زیاد است؛ بگوید که "با وجود اینکه هنوز قدری از (نام مشکل) را دارم؛ ولی عمیقاً و کاملاً خودم را قبول می‌کنم." در پایان جلسات، مطالب جلسه‌های پیشین جمع بندی نهایی و پس از آزمون اجرا شد.

شیوه اجرا. پس از اخذ مجوز از مدیر بیمارستان اعصاب و روان نوریه کرمان، پرونده‌های بیماران بستری تازه پذیرش شده مطالعه و با روان‌پزشک بخش مشورت و بیماران دچار استرس پس از سانحه شناسایی شد و به بیماران واجد شرایط اطلاعات لازم در مورد ماهیت پژوهش، تعداد جلسه‌ها و فرایند آموزش ارائه و تأکید شد که اطلاعات آن‌ها بدون نام است و محرمانه می‌ماند. پس از موافقت آن‌ها، پیش آزمون اجرا و مداخله برای گروه آزمایش حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش در روزهای شنبه و برای فن رهاسازی هیجانی روزهای سه شنبه به صورت فردی و برای گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری روزهای یکشنبه به صورت گروهی در بخش روانپزشکی بیمارستان اجرا شد. سپس پس از آزمون و ۲ ماه بعد آزمون پیگیری در مورد چهار گروه اجرا شد. پس از پایان تمام مراحل پژوهش برای رعایت موازین اخلاقی گروه گواه نیز در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در هفته یک‌بار تحت سه مداخله قرار گرفت. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۴ و تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۱ برابر با ۴۳/۷۱ و ۸/۴۰ سال، گروه آزمایشی ۲ برابر با ۴۲/۶۶ و ۸/۱۱ سال، گروه آزمایشی ۳ برابر با ۴۳/۰۸ و ۸/۳۳ سال و گروه گواه برابر با ۴۱/۸۹ و ۸/۰۲ سال بود. در گروه آزمایشی ۱، ۳ نفر (۲۰ درصد) بیکار بودند؛ ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) شغل آزاد و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) شغل دولتی، در گروه آزمایشی ۲، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) بیکار بودند؛ ۹ نفر (۶۰ درصد) شغل آزاد و ۲ نفر (۱۳/۷ درصد) شغل دولتی، در گروه آزمایشی ۳، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) بیکار بودند؛ ۷ نفر (۴۶/۶ درصد) شغل آزاد و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) شغل دولتی و در گروه

گواه ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) بیکار بودند؛ ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) شغل آزاد و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) شغل دولتی داشتند. در گروه آزمایشی ۱، ۲ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) کاردانی و ۶ نفر (۳۳/۳ درصد) کارشناسی، در گروه آزمایشی ۲، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دیپلم، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) کاردانی و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) کارشناسی، در گروه آزمایشی ۳، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دیپلم، ۹ نفر (۶۰ درصد) کاردانی و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) کارشناسی و در گروه گواه، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دیپلم، ۹ نفر (۶۰ درصد) کاردانی و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) کارشناسی داشتند. در گروه آزمایشی ۱، ۹ نفر (۶۰ درصد) مجرد و ۶ نفر (۴۰ درصد) متأهل، در گروه آزمایشی ۲، ۶ نفر (۴۰ درصد) مجرد و ۹ نفر (۶۰ درصد) متأهل، در گروه آزمایشی ۳، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) مجرد و ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) متأهل و در گروه گواه، ۳ نفر (۲۰ درصد) مجرد و ۱۲ نفر (۸۰ درصد) متأهل بودند.

جدول ۱. خلاصه نتایج شاخص توصیفی نمره‌های سه گروه آزمایشی و گروه گواه در اضطراب

شاخص‌های آماری اضطراب	پیش آزمون		پس آزمون		په گیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱ { }	حساسیت زدایی	۵۰/۰۹	۹/۸۴	۳۶/۰۹	۸/۹۷
	شناختی-رفتاری	۵۱/۳۶	۹/۸۰	۴۵/۸۱	۹/۶۴
	رهاسازی هیجانی	۵۲/۹۰	۸/۷۳	۴۵/۲۰	۸/۸۷
۲ { }	گواه	۵۲/۵۰	۹/۳۲	۵۲/۲۰	۷/۸۱
	حساسیت زدایی	۵۴/۱۸۸	۱۵/۵۹	۳۷/۹۰	۱۵/۹۸
	شناختی-رفتاری	۵۴/۶۳	۱۶/۷۹	۴۹/۰۹	۱۷/۲۲
۳ { }	رهاسازی هیجانی	۵۰/۶۰	۱۲/۱۶	۳۹/۹۰	۱۳/۴۲
	گواه	۳۵/۵۰	۱۰/۲۹	۳۹/۱۰	۱۱/۱۸

اطلاعات جدول ۱ حاکی از کاهش نمره‌های سه گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در اضطراب حالت و اضطراب صفت در مرحله پس آزمون و پیگیری است.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها، همگنی واریانس‌ها و کرویت موخلی

گروه	کولموگراف-اسمیرنف		لوین		W موخلی		M باکس	
	Z	معناداری	F	معناداری	χ^2	معناداری	F	معناداری
۱ { }	حساسیت زدایی	۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۲۲	۰/۶۳	۲/۳۲	۲/۴۵	۰/۱۰
	شناختی-رفتاری	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۳۶	۰/۵۵			
	رهاسازی هیجانی	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۷۶			
۲ { }	گواه	۰/۲۴	۰/۰۸	۰/۵۶	۰/۴۸			
	حساسیت زدایی	۰/۲۵	۰/۰۸	۰/۲۶	۰/۶۰	۱/۱۹	۲/۶۱	۰/۰۸
	شناختی-رفتاری	۰/۲۰	۰/۱۰	۱/۶۴	۰/۲۱			
۳ { }	رهاسازی هیجانی	۰/۱۷	۰/۲۰	۰/۶۵	۰/۴۲			
	گواه	۰/۲۳	۰/۰۷	۱/۰۳	۰/۳۸			

جدول ۲ نشان می‌دهد که مفروضه‌های توزیع طبیعی نمره‌ها، همگنی واریانس‌ها در گروه‌ها، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و برابری واریانس‌های درون آزمودنی برقرار است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در چهار گروه در سه مرحله

مؤلفه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	اندازه اثر
اضطراب	درون گروهی	۱۴۳۳/۶۷	۲	۷۱۶/۸۳	۶۰/۶۰**	۰/۵۲
حالت	بین گروهی	۲۱۴۳/۰۳	۳	۷۱۴/۳۴	۳/۳۷*	۰/۱۴
	مراحل×مداخله	۱۸۶۲/۱۴	۶	۳۱۰/۳۵	۲۶/۲۳**	۰/۵۸
اضطراب	درون گروهی	۷۸۱/۳۰	۲	۳۹۰/۶۵	۲۷/۱۲**	۰/۳۲
صفت	بین گروهی	۴۴۵۳/۶۸	۳	۱۴۸۴/۵۶	۲/۹۳*	۰/۱۳
	مراحل×مداخله	۲۹۵/۹۴	۶	۴۹/۳۲	۳/۴۲**	۰/۱۵

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین چهار گروه حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش، درمان شناختی-رفتاری، فن رهاسازی هیجانی و گروه گواه از لحاظ حداقل یک سطح در اضطراب حالت ($P=0/025$) و اضطراب صفت ($P=0/041$) معنادار است.

جدول ۴. مقایسه اثر ساده درون گروهی به تفکیک چهار گروه در اضطراب حالت و صفت

گروه	متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجدور اتا
حساسیت	اضطراب	مرحله	۶۱۸/۸۴	۱	۶۱۸/۸۴	۴۲/۳۶**	۰/۷۵
زدایی با	حالت	خطا	۲۰۴/۴۸	۱۴	۱۴/۶۰		
حرکت‌های	اضطراب	مرحله	۳۶۰/۵۳	۱	۳۶۰/۵۳	۱۲/۶۶**	۰/۴۷
چشم	صفت	خطا	۳۳۷/۶۲	۱۴	۲۴/۱۱		
درمان	اضطراب	مرحله	۷۰/۵۳	۱	۷۰/۵۳	۵/۳۸*	۰/۲۷
شناختی-	حالت	خطا	۱۸۳/۴۶	۱۴	۱۳/۱۰		
رفتاری	اضطراب	مرحله	۱۵۴/۱۳	۱	۱۵۴/۱۳	۱۱/۳۰**	۰/۴۴
	صفت	خطا	۱۹۰/۸۶	۱۴	۱۳/۶۳		
رهاسازی	اضطراب	مرحله	۱۲۹/۶۰	۱	۱۲۹/۶۰	۱۵/۲۳**	۰/۵۲
هیجانی	حالت	خطا	۱۱۹/۰۶	۱۴	۸/۵۰		
	اضطراب	مرحله	۴۳۳/۲۰	۱	۴۳۳/۲۰	۱۸/۵۰**	۰/۵۶
	صفت	خطا	۳۲۷/۸۰	۱۴	۲۳/۴۱		
گواه	اضطراب	مرحله	۱/۲۰	۱	۱/۲۰	۰/۶۷	۰/۰۴
	حالت	خطا	۲۴/۸۰	۱۴	۱/۷۷		
	اضطراب	مرحله	۰/۸۳	۱	۰/۸۳	۱/۲۰	۰/۰۷
	صفت	خطا	۱۹/۶۲	۱۴	۱/۴۰		

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری اضطراب حالت و اضطراب صفت تفاوت حداقل در بین دو مرحله در سه گروه آزمایش و گروه گواه معنادار است.

جدول ۵. نتایج آزمون بنفرونی برای اضطراب حالت و صفت به تفکیک گروه‌ها در سه مرحله

متغیرها	مرحله (I)	حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم			شناختی- رفتاری			درمان رهاسازی هیجانی			گروه گواه							
		میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار								
اضطراب حالت	پس آزمون	۳/۰۶*	۱/۴۰	۶/۹۳*	۱/۹۳	۶/۰۰*	۱/۶۴	۰/۸۶	۰/۵۵	پس آزمون	۳/۰۰*	۱/۳۲	۷/۶۰*	۱/۷۶	۶/۲۶*	۲/۰۶	۰/۴۰	۰/۴۸
پیش‌گیری	پیش آزمون	۳/۰۰*	۱/۳۲	۷/۶۰*	۱/۷۶	۶/۲۶*	۲/۰۶	۰/۴۰	۰/۴۸	پیش‌گیری	۳/۰۰*	۱/۳۲	۷/۶۰*	۱/۷۶	۶/۲۶*	۲/۰۶	۰/۴۰	۰/۴۸
اضطراب صفت	پس آزمون	۴/۵۳*	۱/۳۴	۷/۶۰*	۱/۱۳	۶/۹۳*	۱/۹۴	۰/۳۳	۰/۳۰	پس آزمون	۴/۵۳*	۱/۳۴	۷/۶۰*	۱/۱۳	۶/۹۳*	۱/۹۴	۰/۳۳	۰/۳۰
پیش‌گیری	پیش آزمون	۴/۵۳*	۱/۳۴	۷/۶۰*	۱/۱۳	۶/۹۳*	۱/۹۴	۰/۳۳	۰/۳۰	پیش‌گیری	۴/۵۳*	۱/۳۴	۷/۶۰*	۱/۱۳	۶/۹۳*	۱/۹۴	۰/۳۳	۰/۳۰
اضطراب حالت	پس آزمون	۰/۶۰	۱/۲۸	۰/۲۰	۰/۶۹	۳/۲۰	۱/۴۱	۰/۲۶	۰/۳۱	پس آزمون	۰/۶۰	۱/۲۸	۰/۲۰	۰/۶۹	۳/۲۰	۱/۴۱	۰/۲۶	۰/۳۱
پیش‌گیری	پیش آزمون	۰/۶۰	۱/۲۸	۰/۲۰	۰/۶۹	۳/۲۰	۱/۴۱	۰/۲۶	۰/۳۱	پیش‌گیری	۰/۶۰	۱/۲۸	۰/۲۰	۰/۶۹	۳/۲۰	۱/۴۱	۰/۲۶	۰/۳۱

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

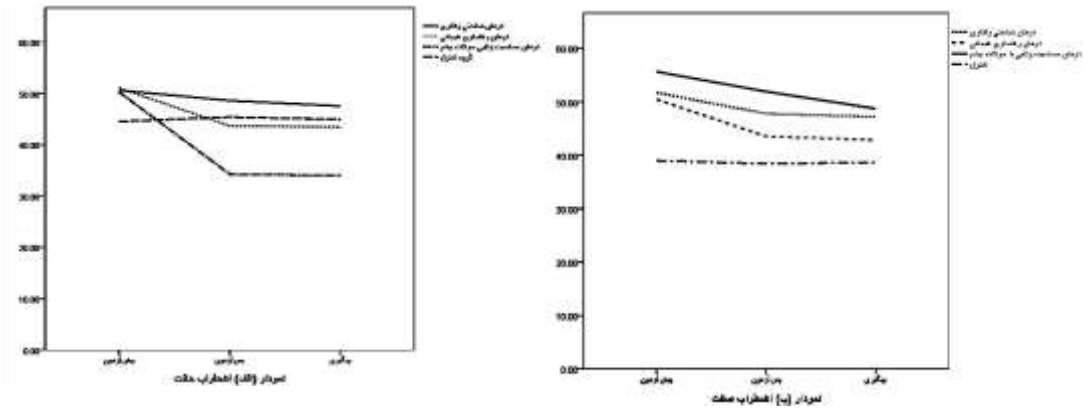
در جدول ۵ تفاوت اضطراب حالت ($P=0/001$) و اضطراب صفت ($P=0/002$) در مراحل پس آزمون و پیگیری در قیاس با پیش آزمون در هر سه گروه آزمایش معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است. در حالی که در گروه گواه این تفاوت‌ها معنادار نیست ($P=0/059$).

جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دو گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین	خطای معیار
اضطراب حالت	شناختی-رفتاری	رهاسازی هیجانی	۲/۸۴	۳/۰۳
	حساسیت زدایی گواه	حساسیت زدایی	۹/۴۰*	۳/۰۳
		رهاسازی هیجانی	۳/۹۵*	۳/۰۳
اضطراب صفت	شناختی-رفتاری	رهاسازی هیجانی	۳/۲۸	۴/۷۴
	حساسیت زدایی گواه	حساسیت زدایی	۵/۴۴*	۴/۷۴
		رهاسازی هیجانی	۳/۴۸	۴/۷۴
حساسیت زدایی گواه	حساسیت زدایی	حساسیت زدایی	۶/۹۳*	۴/۷۴
	رهاسازی هیجانی	حساسیت زدایی	۱۳/۴۲*	۴/۷۴
	رهاسازی هیجانی	حساسیت زدایی	۱۰/۲۲	۴/۷۴

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۶ با توجه به آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که کمترین تفاوت بین دو گروهی که به‌صورت جداگانه تحت مداخله شناختی-رفتاری و فن رهاسازی هیجانی قرار گرفتند؛ معنادار نیست ($P=0/28$)؛ اما تفاوت بین شناختی-رفتاری و نیز رهاسازی هیجانی با حساسیت زدایی در اضطراب حالت معنادار است که نشان از اثربخشی بیشتر درمان حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش نسبت به مداخله‌های دیگر دارد ($P=0/015$).



شکل ۱. نمودارهای تعاملی اثربخشی مداخله‌ها در گروه‌های آزمایشی

در شکل ۱ همان‌طور که نمودارهای ۱ و ۲ نشان می‌دهد؛ اضطراب حالت و اضطراب صفت شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس از آزمون نسبت به پیش از آزمون خود گروه‌ها و نسبت به گروه گواه کاهش یافته و این کاهش در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است؛ ولی در گروه گواه تغییری مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر سه روش درمان حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش، درمان شناختی-رفتاری و فن رهاسازی هیجانی بر کاهش اضطراب مؤثر است و با مقایسه دو به دوی گروه‌ها نیز نشان داد که درمان حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش موثرتر از مداخله‌های دیگر است. این یافته‌ها با پژوهش‌های سادات مدنی و همکاران (۱۳۹۶)، رضایی و خانجانی (۱۳۹۶)، عبدی و همکاران (۱۳۹۴)، محمد طهرانی و همکاران (۱۳۹۰)، کلوند (۲۰۱۶)، چورچ و همکاران (۲۰۱۸) و سیاستین و نلمز (۲۰۱۸) همسو است. با توجه به یافته‌های این پژوهش همان‌طور که نیرمانی و رجبی (۱۳۸۸) عنوان کردند؛ به نظر می‌رسد که روش درمانی

حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش از طریق بازپردازش حرکت‌های چشم موجب کاهش حساسیت‌ها نسبت به محرک‌ها و نیز از بین رفتن پاسخ‌های دلسرد کننده و رفتارهای نشانگر اضطراب در افراد و آزمودنی‌ها می‌شود. همچنین ماردپور و رجبی (۱۳۹۵) دریافتند که روش درمانی حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش از طریق تحریک لمسی یا صوتی با حرکت‌های دو سویه چپ و راست در چشم با به‌کار انداختن و افزایش فعالیت قشر پیش پیشانی چپ که حافظه کاری بیشتری نیز در این قشر قرار دارد؛ خاطرات، رویداد آسیب‌زا، تجارب هیجانی و اطلاعات پردازش نشده را همراه با افکار، احساسات و حس‌های بدنی مرتبط با آن تجربه را که در شبکه حافظه مسدود شده‌اند؛ مورد پردازش مجدد قرار می‌دهد و به‌گونه‌ای مناسب پردازش و هضم و در نتیجه ادراک از خودمان تغییر می‌کند و فرد به لحاظ شناختی قادر به تعبیر و تفسیر خود می‌شود و تبیین‌های انطباقی‌تر برای تجارب آسیب‌زای خود پیدا می‌کند و در نهایت منجر به افزایش خودآگاهی در بیماران دچار اضطراب می‌شود.

بنا بر نظر پژوهشگرانی چون کاپزانی و همکاران (۲۰۱۳)، یکی از مهم‌ترین مراحل پردازش در طول مرحله خواب و از طریق حرکت‌های سریع چشم رخ می‌دهد که باعث تحریک متناوب نیمکره راست و چپ می‌شود. در شرایطی که آسیب روانی ادامه یابد؛ فعالیت هیپوتالاموس با ترشح زیاد نورآدرنالین افزایش می‌یابد و موجب اختلال در خواب می‌شود؛ در نتیجه اطلاعاتی که باید پردازش آن‌ها سازگاری بهتر فرد با موقعیت را در برداشته باشد؛ به‌گونه‌ای ناقص پردازش و تفسیرهای شناختی و عاطفی حادثه تحریف می‌شود و فرد محروم از یادگیری شیوه‌ای جدید برای نگاه با حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش دوباره به موقعیت دردناک می‌شود. سادات مدنی و همکاران (۱۳۹۶) دریافتند که روش حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش با تعامل بین دو نیمکره مغز، قدرت شفای طبیعی ذهن را دوباره فعال می‌کند و موجب پردازش مجدد آن اطلاعات می‌شود. علاوه بر این، همانطور که نریمانی و رجبی (۱۳۸۸) عنوان کردند؛ به‌نظر می‌رسد که حرکت‌های چشمی موجب می‌شود تا اضطراب 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؛ وضعیت نیز با سازماندهی مجدد شناختی آن واقعه به بروز احساساتی طبیعی‌تر و خودجوش‌تر منجر می‌شود.

افزون بر این، با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد که زیربنای نظری درمان شناختی-رفتاری بر این نکته تأکید می‌کند که این خود حوادث نیست که منجر به حالت‌های خلقی مختلف می‌شود؛ بلکه تعبیر و تفسیری که از حوادث می‌شود؛ هیجان‌های مختلف را ایجاد می‌کند (کرباسی عامل و کرباسی عامل، ۱۳۹۶). از این رو آموزش شرکت‌کنندگان درباره اختلال اضطراب و چگونگی ایجاد و تأثیر آن بر سلامت آن‌ها در برنامه مداخله‌ای ممکن است که منجر به

کاهش نمره‌های اضطراب در پس آزمون شده باشد. چنین نتیجه‌گیری با پژوهش‌های پیشین هم‌راستا است. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که عاملی که منجر به نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی در بیماران دچار پس از ضربه می‌شود؛ با نوع نگرش این بیماران و تفسیر علائم جسمانی مثل درد قفسه‌سینه، تنگی نفس و تپش قلب به عنوان پدیده‌ای غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل کنترل؛ تحریف‌های شناختی همچون فاجعه‌پنداری، تعمیم افراطی، افکار خودآیند منفی و باورهای ناکارآمد منفی، ارزیابی بیمار از تأثیر علائم اضطرابی بر روند زندگی‌اش و تنیدگی و تحریک‌پذیری مفرط ناشی از این افکار منفی از جمله عواملی هستند که بیشتر از خود بیماری سبب نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی در این بیماران و باورهای خاص درباره علائم اضطراب منجر به روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه، تشدید علائم روانی-جسمی و رنج و ناتوانی ناشی از آن می‌شود (کریمی و همکاران، ۱۳۹۷).

گروه درمانی شناختی-رفتاری نخست این زمینه را فراهم می‌کند تا بیماران آزادانه و بدون ترس، افکار و باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی خود را بیان کنند. سپس افکار، باورها زیربنایی و تحریف‌های شناختی بررسی و اصلاح می‌شود. بر طبق الگوی شناخت درمانی بک (۲۰۰۵)، درمان شناختی زمانی بیشترین اثربخشی خود را زمانی خواهد داشت که درمانگر به اصلاح این فرض‌های زیربنایی در بیماران بپردازد و تفکرات مثبت، منطقی و غیر افراطی را جانشین این تحریف‌های فکری کند (چن و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهش حاضر، طی این مداخله تلاش شد تا با شناسایی افکار، باورها و شناخت‌های ناکارآمد که بیشتر در مورد بیماری بودند؛ به مرور بیماران با افکار و نگرش‌های ناکارآمدشان آشنا شوند و از طریق فنون شناخت درمانی به اصلاح افکار و فرض‌های زیربنایی ناکارآمدشان بپردازند. یافته‌های این پژوهش مؤید مؤثر بودن کاربرد فنون فوق در کاهش نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی در بیماران دچار استرس پس از سانحه است.

افزون بر این، همانطور که چورچ (۲۰۱۴) اشاره می‌کند؛ درمان فن رهاسازی هیجانی با هدف‌گذاری بر شناسایی رفتارها، افکار و هیجان‌های منفی به صورت مرحله به مرحله و با تأثیرگذاری ضرباتی که بر بدن وارد می‌شود؛ با برانگیختگی جسمی ناشی از اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی و نیز برانگیختگی شناخت‌های منفی، منجر به کاهش اضطراب در بیماران و با تأکید بر مهارت‌های شناسایی طیف هیجان‌های خود و سایرین و چگونگی تعدیل و مدیریت هیجان‌های منفی منجر به افزایش مقابله مؤثر با این هیجان‌ها می‌شود. به این ترتیب استفاده از این درمان در مواردی که فرد دچار اضطراب و سایر اختلال‌های همراه از جمله افسردگی است؛ نیز می‌تواند به بهبود همزمان هر دو مشکل در فرد کمک کند.

با توجه به مطالبی که ذکر شد؛ در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که هر سه روش درمانی در این پژوهش که شامل حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و بازپردازش، درمان شناختی رفتاری و فن

رهاسازی هیجانی بود؛ باعث کاهش اضطراب در افراد دچار استرس پس از سانحه شد. به این ترتیب استفاده از این درمان در مواردی که فرد دچار اضطراب و سایر اختلال‌های همراه از جمله افسردگی است؛ نیز می‌تواند به بهبود همزمان هر دو مشکل در فرد کمک کند و لذا استفاده از این درمان نیز به درمانگران توصیه می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس، محدود بودن نمونه به کارکنان بیمارستان اعصاب و روان نوریه کرمان و اندازه‌گیری تنها دو متغیر حالت و صفت اضطراب اشاره کرد که با توجه به محدودیت‌های یادشده باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. از این رو پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی با نمونه‌گیری‌های تصادفی، شهرها و مکان‌های دیگر، استفاده از سایر روش‌های درمانی چون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و نیز متغیرهای دیگری چون افسردگی، وسواس و جز آن انجام و نتایج آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود.

موازن اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش موازن اخلاقی به دقت رعایت و از جمله به آزمودنی‌ها تضمین داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه خواهد ماند و در ارائه نتایج نیز اصل رازداری در نظر گرفته شد. همچنین در صورت عدم تمایل آزمودنی‌ها به ادامه همکاری ترک پژوهش بدون پیامد منفی برای آن‌ها امکان‌پذیر بود. پس از اتمام مراحل پژوهش مداخله‌های درمانی برای گروه گواه نیز اجرا شد.

سپاسگزاری

لازم است از مدیر و تمامی کارکنان محترم بیمارستان اعصاب و روان نوریه کرمان و همچنین شرکت کنندگانی که در انجام این پژوهش همکاری کرده‌اند؛ تقدیر و سپاسگزاری شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است که در تاریخ ۱۳۹۶/۹/۱ به شماره نامه ۱۵/۷۶۳۴۴ توسط معاونت پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده است و همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم‌سازی، روش شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری، تهیه پیش نویس، ویراستاری و نهایی سازی نوشته داشته‌اند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- احمدی زاده، محمد جواد، اسکندری، حسین، فلسفی نژاد، محمدرضا، و برجلی، احمد. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی الگوهای درمان «شناختی-رفتاری» و «حساسیت زدایی حرکت‌های چشم و پردازش مجدد» بر بیماران دچار اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ. *مجله طب نظامی*. ۱۲(۳): ۱۷۸-۱۷۳. [پیوند]
- احمدی کانی گلزار، ارسالان، اصغرنژاد، سحر، و قلی زاده، زلیخا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمانی شناختی-رفتاری بر سه عامل پویایی تعارض‌های وابستگی، خشم و مادری در مادران افسرده. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۲ پیاپی ۲۶): ۶۰-۴۱. [پیوند]
- افشاری، افروز، امیری، شعله، نشاط دوست، حمیدطاهر، و رضایی، فاطمه. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری هیجان مدار و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی کودکان. *مجله پزشکی/ارومیه*، ۲۶(۳): ۱۹۴-۲۰۴. [پیوند]
- بشارت، محمدعلی، نیک فرجام، محمدرضا، محمدی حاصل، کوروش، ذبیح زاده، عباس، و فلاح، محمدحسین. (۱۳۹۶). مقایسه ویژگی‌های تکانشوری بیماران دچار افسردگی و اختلال‌های اضطرابی و افراد عادی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۸(۳): ۲۸-۱۵. [پیوند]
- خانجانی، زینب، هاشمی، تورج، و وطنی، فاروق. (۱۳۹۵). اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر نشانه‌های فوبی خاص. *مجله دست‌آوردهای روانشناختی*، ۴(۲ پیاپی ۲۳): ۲۰-۱. [پیوند]
- جاوید، فاطمه، بی جمالی، شکوه، خسروی، زهره، و میرزایی، جعفر. (۱۳۹۳). اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش با تاکید بر ضربات دوسویه بر کاهش نشانه‌های مزمن اختلال فشار روانی پس از آسیب جانبازان جنگ. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۰(۱): ۵۳-۳۲. [پیوند]
- سادات مدنی، سید عبدالله، تولایی زواره، سید عباس، و تولایی، وحید. (۱۳۹۶). اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در کاهش علائم و درمان اضطراب. *مجله پژوهش سلامت*، ۳(۱): ۴۳-۳۷. [پیوند]
- رضایی، سعید، و خانجانی، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی روش مداخله حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازسازی شناختی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش احساس گناه والدین کودکان با اختلال اتیسم عملکرد پایین. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۳(۳): ۴۷۵-۴۶۱. [پیوند]

روحی، قنبر، رحمانی، حسین، عبداللهی، علی اکبر، و محمودی، غلامرضا. (۱۳۸۴). تأثیر موسیقی بر میزان اضطراب و برخی از متغیرهای فیزیولوژیک بیماران قبل از عمل جراحی شکم. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۷(۱): ۷۵-۷۸. [پیوند]

کرباسی عامل، افسانه، و کرباسی عامل، سعید. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر والدین، بر اضافه وزن و عزت نفس کودکان چاق ۶ تا ۱۱ ساله دچار اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۲(۱۵): ۱۵۸-۱۵۱. [پیوند]

کرمی، ابوالفضل، عمرانی، رقیه، و دانایی، نوید. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان رفتاری شناختی و درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی مادران نوزادان نارس. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۸(۳): ۱۳۹-۱۵۶. [پیوند]

عبدی، نعیم، محمدی فتح، کلثوم، باشتی، سمیه، و زاج، پریسا. (۱۳۹۴). تأثیر روش درمانی حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش بر میزان اضطراب بیماران در انتظار کاتتر گذاری قلبی. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۸(۴): ۲۱-۳۰. [پیوند]

ماردپور، علیرضا، و نجفی، محمود. (۱۳۹۵). اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکت‌های چشم و پردازش مجدد در زنان دچار اختلال استرس پس از ضربه ناشی از اتفاقات غیرنظامی. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۶(۳): ۴۱-۶۰. [پیوند]

محمد طهرانی، حسن، فاضلی، مریم، و محمد طهرانی، مریم. (۱۳۹۰). اثربخشی حساسیت زدایی حرکت چشم بازپردازش در کاهش اضطراب. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۶(۲): ۶۱-۶۸. [پیوند]

موسوی نیا، رؤیا، گلزاری، محمود، و برجعلی، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تحمل بلا تکلیفی به شیوه شناختی-رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۸(۳): ۲۳-۷. [پیوند]

نریمانی، محمد، و رجبی، سوران. (۱۳۸۸). مقایسه تأثیر روش حساسیت زدایی توأم با حرکت‌های چشم و پردازش مجدد با درمان شناختی-رفتاری در درمان اختلال استرس. *فصلنامه علوم پزشکی*، ۱۹(۴): ۲۳۶-۲۴۵. [پیوند]

نیک مراد، علیرضا، سلطانی نژاد، عبدالله، انیسی، جعفر، کفراشی، سعید، براتی، حمیدرضا، محمدی، خلیل، و دوستی، سالار. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی حساسیت زدایی از طریق پردازش مجدد حرکت‌های تعقیبی چشم و روش درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان جنگ تحمیلی. *مجله طب نظامی*، ۲(۴): ۲۳۹-۲۴۸. [پیوند]

References

- Capezzani, L., Ostacoli, L., Cavallo, M., Carletto, S., Fernandez, I., Solomon, R., Pagani, M., & Cantelmi, T. (2013). EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on PTSD, anxiety, and depression. *J EMDR Pract Res*, 7(3):134-43. [Link]

- Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: Systematic review and metaanalysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6): 443-451. [[Link](#)]
- Church, D. (2014). Reductions in pain, depression, and anxiety symptoms after PTSD remediation in veterans. *Explore (NY)*, 10(3): 162-169. [[Link](#)]
- Church, D., Stapleton, P., Mollon, P., Feinstein, D., Boath, E., Mackay, D., & Sims, R. (2018). Guidelines for the treatment of PTSD using clinical EFT (Emotional Freedom Techniques). *Healthcare*, 6(4): 146-153. [[Link](#)]
- Church, D., Yount, G., Rachlin, K., Fox, L., & Nelms, J. (2018). Epigenetic effects of PTSD remediation in veterans using clinical emotional freedom techniques: A randomized controlled pilot study. *Am J Health Promot*, 32(1): 112-122. [[Link](#)]
- Clond, M. (2016). Emotional freedom techniques for anxiety: A systematic review with meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(5): 388-395. [[Link](#)]
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*: Taylor & Francis
- Reinecke, A., Rinck, M., Becker, E. S., & Hoyer, J. (2013). Cognitive-behavior therapy resolves implicit fear associations in generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 51(1): 15-23. [[Link](#)]
- Sebastian, B., & Nelms, J. (2017). The effectiveness of emotional freedom techniques in the treatment of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Explore*, 13(1): 16-25. [[Link](#)]
- Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *Perm J*. 18(1): 71-77 [[Link](#)].
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. Vagg, P.R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: consulting psychologists press.
- Stuart, S., & Koleva, H. (2014). Psychological treatments for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Review and Meta-Analysis*, 28(1): 61-70. [[Link](#)]
- St. Cyr, K., McIntyre-Smith, A., Contractor, A.A., Elhai, J.D., & Richardson, J.D. (2014). Somatic symptoms and healthrelated quality of life among treatment-seeking Canadian Forces personnel with PTSD. *Psychiatry Res*. 218(1-2):148-152. [[Link](#)]

سیاهه اضطراب اسپیلبرگر

اضطراب	سؤال	اضطراب حالت	سؤال‌ها
۴ ۳ ۲ ۱	۲۱. شاداب و سرحال هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱. احساس آرامش می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۲. احساس می‌کنم؛ عصبانی و بی‌قرار هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۲. احساس امنیت می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۳. احساس می‌کنم؛ از خودم رضایت دارم.	۴ ۳ ۲ ۱	۳. احساس تنش می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۴. آرزو می‌کنم؛ می‌توانستم به اندازه دیگران خوشحال باشم.	۴ ۳ ۲ ۱	۴. احساس می‌کنم در فشار روحی هستم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۵. احساس می‌کنم؛ وامانده‌ام.	۴ ۳ ۲ ۱	۵. احساس آسودگی می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۶. احساس می‌کنم؛ راحت هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۶. احساس آشفتگی می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۷. آرام، خونسرد و ملایم هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۷. نگران پیشامدهای ناگواری هستم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۸. احساس می‌کنم؛ مشکلات به قدری رویهم انباشته شده است که نمی‌توانم بر آن‌ها غلبه کنم.	۴ ۳ ۲ ۱	۸. احساس رضایت خاطر می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۹. درباره چیزی که واقعاً مهم نیست بیش از حد نگرانم.	۴ ۳ ۲ ۱	۹. احساس ترس می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۰. خوشحالم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۰. احساس راحتی می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۱. افکار پریشانی دارم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۱. به خودم اطمینان دارم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۲. به خودم مطمئن نیستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۲. اعصابم ناراحت است.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۳. احساس امنیت می‌کنم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۳. احساس بی‌قراری می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۴. به آسانی تصمیم می‌گیرم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۴. نمی‌توانم تصمیم بگیرم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۵. احساس بی‌کفایتی می‌کنم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۵. آرامش جسمی دارم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۶. خرسند هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۶. احساس می‌کنم که قانع هستم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۷. یک فکر بی‌اهمیت از ذهنم می‌گذرد و آزارم می‌دهد.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۷. نگران هستم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۸. نومییدی من به حدی است که نمی‌توانم آن را از ذهنم بیرون کنم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۸. افکار مغشوشی دارم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۹. شخص ثابت قدمی هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۹. احساس می‌کنم ثابت قدم هستم.
۴ ۳ ۲ ۱	۴۰. وقتی به رغبت‌ها و تمایلات گذشته خود می‌اندیشم دچار تنش و آشفتگی می‌شوم.	۴ ۳ ۲ ۱	۲۰. شاداب و سرحال هستم.
