

تأثیر حساسیت زدایی منظم چشم و پردازش مجدد بر عملکرد حافظه سرگذشتی و مهارت حل مسئله در زنان مبتلابه اختلال استرس پس آسیبی

خیراله صادقی^{۱*}، سارا نامجو

^۱ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران، ^۲ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱۲/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: درمان حساسیت زدایی چشم و پردازش مجدد، نوعی روان درمانی است که از راه تأثیر بر حافظه های منفی پردازش نشده که هسته اصلی اختلالات مرتبط با استرس و تروما می باشند به بیماران کمک می کند. افراد از حافظه سرگذشتی خود به عنوان پایگاه اطلاعاتی جهت فراهم آوردن راه حل های مؤثر برای مسائل جاری استفاده می کنند. از آنجا که حل مسئله به شیوه ناکارآمد و حافظه سرگذشتی بیش کلیت گرا از نتایج منفی برجسته این طیف اختلالات به شمار می روند، لذا هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربندی درمان حساسیت زدایی منظم چشم و پردازش مجدد بر کاهش نشانه های اختلال استرس پس آسیبی و بهبود مهارت های حل مسئله در این بیماران بود.

روش بررسی: روش تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی می باشد. جامعه آماری شامل بیماران سانحه دیده بخش فوریت های بیمارستان طالقانی استان کرمانشاه بود که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند (قضاوتی)، ۳۲ بیمار متمایل به شرکت در پژوهش بودند، از بین ۵۰ نفر بیمار غربال شده بودند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص داده شدند. یک منشور درمانی EMDR تنظیم شده برای بیماران آسیب دیده در سوانح استفاده شد. گروه آزمایش هشت جلسه هفتگی تحت مداخله قرار گرفتند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و در طی چهار جلسه با روان شناس ملاقات کرده و از درمان معمول برخوردار شدند. پرسش نامه های روان شناختی مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر حوادث، حل مسئله اجتماعی و آزمون حافظه سرگذشتی اجرا شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون های آماری کلمونگروف - اسمیرنوف و آزمون تی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نمرات پس آزمون نشانه های استرس پس آسیبی، حافظه سرگذشتی اختصاصی و بیش کلی گرا و مهارت حل مسئله در دو گروه تفاوت معنی داری داشته، به عبارت دیگر بیماران گروه EMDR تعمیم پذیری کمتری در فراخوانی خاطرات از حافظه و مهارت های نظام یافته تری در ابعاد حل مسئله نشان دادند.

نتیجه گیری: نتایج بیانگر آن است که عناصر درمان EMDR بر پایه ی ساخت نظری پردازش اطلاعات تطبیقی به ابداع فرانسویس شاپیرو می تواند در بازیابی به شیوه ی اختصاصی حافظه ی سرگذشتی و میزان نشانه های بیماران مبتلابه اختلال استرس پس آسیبی و چگونگی حل مؤثر مسئله مفید باشد.

واژه های کلیدی: اختلال استرس، حساسیت زدایی منظم چشم، حافظه ی سرگذشتی، بیش تعمیم گرایی، حل مسئله

* نویسنده مسول: خیراله صادقی، کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، گروه روانشناسی بالینی

Email: Khsadeghi@Kums.ir

مقدمه

در مطالعات متمرکز بر حافظه‌ی سرگذشتی منفی مدل پردازش اطلاعات انطباقی (AIP)^(۱) که یک مدل پردازش اطلاعات تسریع شده است، نتایج حاصل از آن بودند که باورهای منفی، رفتارها و خصوصیات شخصیتی برونداد خاطرات و حافظه‌های ناکارآمد^(۲) پیشین است (۱). از این نظرگاه خود شناخت واره‌ها، هیجان‌ها و احساس‌های بدنی منفی همگی نشانگانی هستند که به دلیل وجود حافظه‌های پردازش نشده و رانده‌شده رویدادهای پیشین زندگی که در حال حاضر فعال شده‌اند، شکل می‌گیرند. این نظریه آسیب‌شناسی روانی، هسته اصلی درمان EMDR را تشکیل می‌دهد و راهنمای درک متخصص بالینی از مراجع برای تدوین یک برنامه درمانی مناسب است (۲). دسترسی به حجم بالایی از خاطره‌ها تحت عنوان جنبه‌ای از «حس خویشتن» زمینه اصلی هشیاری محوری را می‌سازد. بر این اساس حتی حافظه‌هایی معنایی، ادراکی یا عملی در مورد رویدادها برای رسیدن به یک درک هوشیارانه باید به «خود حس کننده» مرتبط شود و در غالب حافظه‌ی سرگذشتی^(۳) به یاد آورده شود. هر چیزی که مانع چنین ارتباطی شود یک خاطره را از آگاهی گسترده بیرون می‌راند (۳). اختلال استرس پس آسیبی (PTSD)^(۴) از معدود تشخیص‌های روان‌پزشکی است که بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم نیازمند وجود عامل سبب‌شناختی مشخص یعنی واقعه آسیب‌زای تهدیدکننده زندگی یا واقعه‌ای است که فرد را در

معرض آسیب شدید قرار می‌دهد (۴)، از طرفی بازنمایی‌های فرد تحت تأثیر شیوه‌ی پردازش اطلاعات و درک فعلی او از خاطرات، هدف‌ها و خلق‌وخوی فعلی و بسیاری از عوامل دیگر قرار دارد (۵). افراد از حافظه سرگذشتی خود به‌عنوان پایگاه اطلاعاتی جهت فراهم آوردن راه‌حل‌های مؤثر برای مسایل جاری استفاده می‌کنند. بدین ترتیب اشکال در بازیابی این خاطرات، حل مؤثر مسائل فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). سازگاری با محیط و ابراز واکنش‌های مناسب مستلزم استفاده از دانش مادرزادی، خاطرات سرگذشتی پیشین که قسمتی از دانش کسب شده‌اند و برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری برای آینده است. وقتی از افراد سالم خواسته می‌شود یک خاطره خاص را فراخوانی کنند، آن‌ها به‌سادگی قادر به جستجو در سلسله مراتب ساختارهای حافظه هستند و به منظور یافتن خاطره مناسب از سطوح بالاتر جایی که خاطرات کلی ذخیره شده‌اند به سمت سطوح پایین‌تر پردازش را ادامه می‌دهند، ولی بیماران در سطوح واسط‌گیر می‌کنند و قادر نیستند از توصیف‌های کلی فراخوانده شده برای نیل به بازیابی خاطرات اختصاصی سود ببرند. این پدیده بیش کلی‌گرایی نام گرفته است که به شدت با علم آسیب‌شناسی روانی در ارتباط است (۷). در این افراد به علت تجارب خلاصه‌شده، فضای تصمیم‌گیری کوچک و احتمال این‌که اقدام تکرار تجربه‌های ناکارآمد گذشته باشد

1-Adaptive Information Processing
2-Dysfunction Memory
3-Autobiographical Memory
4-Post Traumatic Stress Disorder

بسیار است. حل مؤثر مسائل مستلزم انعطاف‌پذیری و قدرت بالای گردآوری اطلاعاتی فراهم شده از سوی سازوکارهای ذهنی است(۸)، با توجه به خاطرات سرگذشتی قبلی است که بهترین گزینه خردورزانه انتخاب می‌شود، در حالی که فرد ممکن است هیچ‌گاه از این عملیات پنهان مطلع نشود(۹).

تحقیقات جدید در حیطه حافظه سرگذشتی با تمرکز بالینی به نفس خاص بودن آن همراه است. بیش کلی‌گرایی یا کاهش اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی یک بدکاری صریح ذهنی است که در اختلالات روانی مختلف و از آن جمله در PTSD مشاهده می‌شود(۱۰). به لحاظ نظری، بیش کلی‌گرایی می‌تواند با یادآوری از حافظه شخصی و در نتیجه ناکارآمد کردن فرآیند حل مسئله، فرد را به سوی اقدام به خودکشی سوق دهد. ویلیامز و هرمانز در فرضیه تعدیل اثر در راستای بیش کلی‌گرایی حافظه سرگذشتی چنین مطرح کردند که حافظه بیماران با وضعیت هیجانی منفی، به عنوان یک راهبرد سازگارانه و یک سازوکار دفاعی و به منظور اجتناب از خلق منفی به بیش کلیت‌گرایی و کاهش اختصاصی بودن گرایش دارد(۱۱). انسان تحت تأثیر عواطفی که با تنبیه و پاداش برانگیخته می‌شود، کم‌کم به صورت خودکار عاطفه‌های مناسبی برای عکس‌العمل‌های آن برمی‌گزیند. از نظر عصبی در چنین موقعیتی مدارهای قطعه پیشانی^(۱) که سوابق مربوط به حافظه سرگذشتی را نگه می‌دارند فعال می‌شوند و سپس فرد واکنش نشان می‌دهد. مسلماً افرادی که دارای حافظه

سرگذشتی بیش کلی‌گرا هستند از داشتن چنین مجموعه وسیعی محروم هستند و با استفاده از احساسات غریزی و یا برگرفته از فعالیت بادامه^(۲) به محیط خود پاسخ می‌دهند. از این رو ضرورت انجام پژوهش در این زمینه با پذیرش نقش مهم حافظه سرگذشتی به عنوان جنبه‌ای از «حس خویشتن» که تجربه‌های گذشته را زنده نموده و به این ترتیب عامل پیوند خویشتن - جهان است(۱۲) و با در نظر داشتن نقش حافظه سرگذشتی آسیب‌زا در سازوکارهای زیر بنایی نشانگان PTSD و تنظیم فرایندهای تصمیم‌گیری و حل مسئله، تمرکز بر روی این متغیر در فرآوری تروما به‌عنوان چیزی بیش از یک علامت ثانویه احساس می‌شود. بر همین بستر است که برخی پژوهش‌گران پیشنهاد کرده‌اند که برای تسهیل شناختی و کاهش نشانگان PTSD مداخلات درمانی بر روی ابعاد مختلف حافظه آسیب‌زای این بیماران صورت پذیرد(۱۳). در جلسات EMDR، روش‌های استاندارد و پروتکل‌ها برای فهم و دسترسی به یک حافظه(خاطره) مرتبط با مشکلات فعلی بیمار و به همراه تحریک‌های دوجانبه کوتاه (حرکات چشمی، تحریکات لمسی و یا تحریک‌های شنیداری) به کار می‌روند و بدین ترتیب EMDR در مقایسه با سایر درمان‌ها، به طور اختصاصی به یکپارچگی نظام پردازش اطلاعات فرد می‌انجامد(۱۴). از این رو پژوهش‌گرانی چون وان دن هاوت، لی، زارقی، سایجل،

1- Frontal Lobe
2- Amygdala

و کاهش بیش کلیت‌گرایی افراطی حافظه سرگذشتی در این بیماران بود. از این رو شاید این پژوهش اولین کوششی باشد که در آن یک برنامه مداخله‌ای (EMDR) بر روی خاطره سرگذشتی در این بیماران اعمال می‌شود.

روش بررسی

این یک مطالعه نیمه آزمایشی می‌باشد که در سال ۱۳۹۳ در شهرستان کرمانشاه انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران سانحه دیده بخش فوریت‌های بیمارستان طالقانی استان کرمانشاه بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند (قضاوتی)، ۳۲ بیمار متمایل به شرکت در پژوهش بودند، از بین ۵۰ نفر بیمار غربال شده بودند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص داده شدند.

این مطالعه پس از تأیید کمیته اخلاق واحد علوم و تحقیقات استان کرمانشاه در شهرستان کرمانشاه انجام شد.

این پژوهش به شیوه دو سو کور (Double blind) انجام گرفت، و این بدان معنا می‌باشد که افراد شرکت کننده در آزمایش اطلاعاتی پیرامون کارایی نمرات حاصل از پرسش‌نامه‌ها که منجر به اثر هاوثرن (یک بهبود کوتاه مدت به خاطر مشاهده و توجه فرد دیگر) و در نتیجه کوشش در جهت تغییر به منظور ابراز بهبود می‌شود، نداشتند و نیز برای جلوگیری از متغیر مداخله‌گر سوگیری ناخودآگاه درمان‌گر در جهت کسب نتایج مطلوب، از مددکار

پرور، کاربست درمانی EMDR و مداخلاتی که تمرکز آن‌ها بر تغییرات در حیطه تمرکز و حافظه است را با هدف تغییر نشانه‌های شناختی و ایجاد توان بخشی در سیستم عصبی- ادراکی در PTSD را پیشنهاد می‌کنند.

در این مورد اگرچه سابقه مداخله EMDR بر روی بازنمایی‌های شناختی و ادراکی از بیماری بسیار یافت شد و مداخلاتی که اثربخشی EMDR را بر حافظه سرگذشتی (۱۶ و ۱۵) را سنجیدند، ولی در ادبیات مرتبط با موضوع سابقه مداخله EMDR بر افزایش عملکرد حافظه سرگذشتی و تأثیر آن بر بهبود مهارت‌های حل مسئله در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس آسیبی، تا آن جا که پژوهش‌گر کاوید، یافت نشد.

با توجه به موارد گفته شده در بالا در پژوهش حاضر با اجرای یک بسته مداخله‌ای EMDR، تغییر در شدت اختلال و حافظه سرگذشتی و در همین گذر تغییرات مهارت حل مسئله به عنوان یک متغیر شناختی و حیاتی در بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت. در ایران تاکنون چنین پژوهشی صورت نگرفته بود و در خارج نیز مداخلاتی از این قبیل بر روی بیماران PTSD و بر بیش کلی‌گویی حافظه سرگذشتی، نادر بودند؛ لذا در جهت توجه به واقعیت‌های گرداگرد این بیماری در جهان، نگاه از این منظر به بیماری هنوز جوان است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی منظم چشم و باز پردازش بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی اختلال استرس پس آسیبی، بهبود مهارت‌های حل مسئله، افزایش اختصاصی بودن

از بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۹۳ انجام پذیرفت. به لحاظ پایداری به ضوابط اخلاقی کارآزمایی بالینی، از افراد مورد مطالعه طبق قرارداد و رضایت‌نامه‌ای که از ابتدای ورود به طرح امضا کردند مجاز بودند تا در صورت وقوع هرگونه ناراحتی ناشی روان‌درمانی از پژوهش فاصله بگیرند. به همین ترتیب پژوهش‌گران خود را ملزم به اجرای برنامه مداخله‌ای بر روی گروه کنترل که در لیست انتظار قرار گرفته بودند، دانسته تا در اولین فرصت به صورت اجرای یک مداخله فشرده شده، آن را به انجام رسانند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: حداقل یک سال و حداکثر چهار سال از وقوع حادثه تروماتیک بیمار گذشته باشد، شرکت‌کنندگان از ۳ ماه پیش از ورود به پژوهش هیچ داروی روان‌پزشکی مصرف نکرده باشند، از شش ماه قبل از ورود به پژوهش از روان‌درمانی دیگری استفاده ننموده باشند، توانایی دنبال کردن حرکات چشم را داشته باشند، حداقل تحصیلات دیپلم و حداقل سن ۲۰ سال باشند. ملاک خروج عبارت بودند از: وجود سندرم‌های فراموشی بر اثر آسیب ارگانیک و ترومای سر و سایر نواقص عصب‌شناختی، ابتلای بیمار به اختلال استرس پس آسیبی پیچیده (شامل چند آسیب بزرگ و در دوره‌های مختلف زندگی): زیرا به علت شدت بیماری پروتکل پیچیده‌تر و مدت‌زمان بیشتری را به خود اختصاص خواهد داد، داشتن ترومای جنسی در کودکی و بزرگسالی، زیرا این دست از بیماران به حمایت‌های ویژه و پروتکل درمانی خاص خود نیازمند

اجتماعی آموزش دیده، بی طرف و ناآگاه از هدف اجرای پرسش‌نامه‌های پیش آزمون و پس آزمون دعوت به عمل آمد. بدین ترتیب درمانگر از نتایج به دست آمده تا قبل از آنالیز آماری بی‌اطلاع بود. بر اساس نمونه‌برداری هدفمند (که از انواع نمونه‌گیری‌های غیر احتمالی است) ۱۲۰ نفر بیمار زن و مرد سانحه دیده که یک تا چهار سال از وقوع حادثه آسیب‌زای آنان می‌گذشت از بین کلیه بیماران مراجعه کرده به بخش فوریت‌ها بیمارستان طالقانی استان کرمانشاه (مرکز ترومای استان) که با مقیاس گلاسکو (Glasgow coma scale) در بدو ورود به بخش فوریت‌ها سنجش شده و ترومای سر نداشته‌اند، ۷۰ نفر که جنسیت آن‌ها مرد بود به کنار گذاشته شده و ۵۰ نفر باقی مانده که زن بودند و به وسیله ابزار IES - R مورد ارزیابی قرار گرفتند و غربال اولیه انجام شد. چهل نفر وارد طرح شدند، سپس با ارزیابی به وسیله روان‌پزشک و با کاربرد SCID-III/MJ مجدد مورد غربال قرار گرفته و مثبت‌های کاذب از مجموعه حذف شدند، ۳۵ نفر واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند و به منظور و هدف پژوهش حاضر انتخاب شده و از میان این ۳۵ نفر ۳۲ راغب و علاقه‌مند به شرکت در پژوهش، نمونه مورد هدف درمانی را تشکیل دادند. به طور تصادفی ۲۲ نفر آزمودنی به دو گروه تقسیم شدند. کاربردی درمانی به طور تصادفی به یک گروه اختصاص یافت و گروه دیگر در نقش گروه کنترل قرار گرفت. محل اجرای جلسه‌های درمانی در اتاق مشاوره‌ای که با همکاری کادر فوریت و با اخذ مجوز

نوع لیکرتی است. این پرسشنامه با ملاک‌های چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در خصوص PTSD مطابقت دارند و به وسیله خود فرد تکمیل می‌گردد و از وی درخواست می‌شود که با توجه به علایم خود در هفت روز گذشته پرسشنامه را تکمیل نماید. نسخه فارسی IES-R به وسیله انستیتو روان پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت و روان ترجمه و اعتباریابی شده و دارای سازگاری درونی مناسب با آلفای کرونباخ بین ۸۷-۶۷ درصد و پایایی خوب آزمون باز آزمون $r = 0/8 - 0/98$ است (۱۸).

از پرسشنامه توانایی حل مسئله اجتماعی (SPSI-R) برای اندازه‌گیری مهارت حل مسئله استفاده شد. فرم کوتاه پرسشنامه تجدیدنظر شده (دزوریل و همکاران)، یک ابزار خود گزارشی از نوع لیکرت و دارای ۲۵ سوال است. این مقیاس مبتنی بر کار قبلی مؤلفان است که پنج خرده مقیاس اصلی داشته و پنج بعد مختلف مدل حل مسئله اجتماعی دزوریل و همکاران را اندازه‌گیری می‌کند. پایایی آزمون مجدد برای این پرسشنامه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ و ضریب آلفای آن بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. روایی سازه این پرسشنامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی با دیگر مقیاس‌های حل مسئله و سازه‌های روان‌شناختی همپوش، تأیید شده است (۱۹). در ایران مخبری، درتاج و دره کردی، ضریب آلفای ۰/۸۵ را برای پنج عامل سنجیده شده و ضریب پایایی باز آزمایی ۰/۸۸ را برای پرسشنامه

هستند یا، ابتلا به اختلال شخصیت، اعتیاد به الکل و مواد مخدر و داشتن حافظه‌ی اختصاصی کم‌تر از ۰/۷۰ (ارزیابی به‌وسیله‌ی AMT).

روش اجرای مطالعه به این صورت بود که هر دو گروه در فاصله سه روزه آغاز و ۱۵ روز پس از اتمام مداخله، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. یک روان‌شناس بالینی کارآموده در زمینه EMDR مسؤلیت اجرای برنامه مداخله‌ای را بر مبنای مسیر تعیین شده کتابچه کار تعیین شده برای بیماران با ترومای تصادف و حوادث را بر عهده داشت (۲۱). دوره درمانی به‌صورت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هشت هفته متوالی برگزار شد. گروه کنترل نیز در چهار جلسه به فاصله دو هفته یک‌بار با روان‌شناس به‌صورت فردی به گفتگوی معمول (گپ درمانی) پرداختند. طول جلسه‌ها برای گروه کنترل ۴۵ دقیقه بود. روایی صوری و محتوایی پروتکل به کار گرفته شده در این پژوهش به وسیله چهار استاد روان‌شناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفت.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد ذیل بود؛ از مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر حوادث (IES-R) که برای سنجش شدت نشانگان PTSD، استفاده به عمل آمد. این پرسشنامه خودسنجی سه مقیاس و ۲۲ ماده است که هشت ماده آن مربوط به علایم و زیر مقیاس اجتنابی، هشت ماده مربوط به زیر مقیاس افکار مزاحم و شش ماده آن مربوط به زیر مقیاس علایم برانگیختگی می‌باشد. نمره‌گذاری هر سه زیر مقیاس بر مبنای نمره گذاری پنج درجه‌ای از

حل مسئله اجتماعی کوتاه شده به دست آوردند.

از آزمون حافظه‌ی سرگذشتی (AMT) برای سنجش حافظه سرگذشتی بیش‌تعمیم‌گرا و حافظه سرگذشتی اختصاصی استفاده به عمل آمد. در این پژوهش AMT با همکاری یک ارزیاب (دکترای روان‌شناسی بالینی) و لغات به صورت شنیداری به شرکت‌کنندگان ارائه شد و پاسخ‌ها با ضبط صوت ضبط شدند. همچنین لغات مثبت و منفی به صورت در هم ارائه گردید. به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد که در این تکلیف ۱۰ لغت به آن‌ها ارائه می‌گردد و در پاسخ به هر کدام آن‌ها باید یک خاطره اختصاصی ارائه دهند. برای هر بیمار مثال‌هایی از آنچه اختصاصی گفته می‌شود، ارائه و برای اطمینان ابتدا آن‌ها را با لغات با بار هیجانی خنثی تمرین دادیم (لغاتی مانند، ماشین، گردش، گفت و شنود) و در چند کوشش اطمینان حاصل شد که آموزش‌ها را درست فهمیدند. همچنین به آن‌ها گفته شد که خاطره می‌تواند مربوط به هر دوره‌ای از زندگی باشد، مهم و یا کم اهمیت باشد، ولی باید حتماً اختصاصی باشد. در این پژوهش زمان ارائه شده برای پاسخ‌ها ۳۰ ثانیه در نظر گرفته شد. خاطرات به وسیله ارزیاب از شرکت‌کنندگان پرسیده شد. خاطرات غیراختصاصی برحسب انواع طبقه‌ای، بیش‌تعمیم یافته، حذف و بدون خاطره کدگذاری گردید. پایایی آن به روش باز آزمایی دامنه‌ای بین ۰/۷۳ تا ۰/۷۸ برای حافظه مقوله‌ای و ۰/۷۵ تا ۰/۸۰ برای حافظه بیش‌تعمیم‌گرا به دست آمد (۲۰).

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS انجام شد. برای تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. برای مقایسه تفاوت بین پیش و پس‌آزمون‌ها در هر دو گروه به‌طور مجزا در همه مقیاس‌ها از آزمون تفاضل تی مستقل (که پیش شرط استفاده از آن تعداد نفرات کمتر از ۳۰ نفر، نرمال بودن و فاصله‌ای یا نسبی بودن داده‌ها است) استفاده به عمل آمد. برای مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی کمی بین دو گروه از آزمون‌های لون و تی مستقل و برای متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده گردید.

یافته‌ها

به لحاظ میانگین سنی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش $۳۴/۱۲ \pm ۶/۲۵$ و در گروه کنترل $۳۴/۴۴ \pm ۶/۶۷$ بود. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در متغیرهایی چون وضعیت تأهل، سطح درآمد، تحصیلات و فاصله زمانی تجربه تروما وجود نداشت. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات در همه‌ی متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. به‌منظور توصیف وضعیت متغیرها (زیر مقیاس‌های اختلال استرس پس آسبی، حل مسئله و حافظه)، شاخص‌های توصیفی آن‌ها در جدول ۱ ارائه شده است. نگاهی به نتایج مطالعه حاضر به این نکته آگاه می‌سازد که نتایج هر

کلی‌گرا و همچنین فقدان تفاوت معنی‌دار در مقیاس حافظه‌ی مقوله‌ای است.

به‌منظور بررسی "تأثیر روان‌درمانی حساسیت‌زدایی منظم چشم و پردازش مجدد بر متغیر حل مسئله و زیر مقیاس‌های آن" تفاوت نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیر مقیاس‌های پرسش‌نامه مذکور با استفاده از تی مستقل مقایسه شد (جدول ۴). نتایج مربوط به شاخص‌ها مبین تغییر معنی‌دار در هر پنج شاخص، متعاقب روش‌های درمانگری در گروه مداخله است. تغییرات مشاهده شده مبین این مطلب است که بیماران گروه روان‌درمانی EMDR از لحاظ افزایش در شاخص‌های جهت‌گیری مثبت و منطقی به مسئله و کاهش در مقیاس‌های جهت‌گیری منفی، سبک اجتنابی و تکانشی در شرایطی آشکارا برتر به سر می‌برند و نابهنجاری وضعیت گروه کنترل "درمان معمول" نیز مشخص است.

دو گروه در هر یک از شاخص‌ها متفاوت هست.

برای بررسی "تأثیر روان‌درمانی حساسیت‌زدایی منظم چشم و پردازش مجدد بر نشانگان اختلال استرس پس آسیبی و زیر مقیاس‌های آن" تفاوت نتایج پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمره کل و خرده مقیاس‌ها در هر دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل مورد مقایسه قرار گرفت (جدول ۲).

نتایج حاصل، مبین تفاوت معنی‌دار دو گروه در تغییر نتایج مربوط به مقیاس اختلال استرس پس آسیبی است.

برای بررسی "تأثیر روان‌درمانی حساسیت‌زدایی منظم چشم و پردازش مجدد بر حافظه سرگذشتی و زیر مقیاس‌های آن" تفاوت نتایج پیش‌آزمون - پس‌آزمون AMT و خرده مقیاس‌های آنها در هر دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل مقایسه شد (جدول ۳).

نتایج حاصل حاکی از تفاوت معنی‌دار دو گروه در تغییر وضعیت حافظه اختصاصی و بیش

متغیر	گروه روان‌درمانی		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
PTSD	نمره کل	۶۳/۱۲±۹/۳۴	۱۸/۱۲±۴/۵۴	۶۴/۸۸±۸/۵۳
	افکار خود آیند منفی	۱۹/۱۲±۶/۸۵	۵/۳۸±۳/۰۹	۱۹/۹۴±۶/۲۲
	اجتناب	۲۵/۷۵±۴/۳۷	۸/۶۹±۲/۶۷	۲۶/۶۲±۲/۳۳
AMT	بیش برانگیختگی	۱۸/۲۵±۴/۴۳	۴/۰۶±۱/۸۷	۱۸/۳۱±۴/۱۷
	کل خاطره اختصاصی	۱/۹۴±۱/۳۹	۵/۳۱±۱/۸۵	۱/۹۴±۱/۵۶
	خاطره بیش تعمیم‌گرا	۳/۱۹±۱/۲۲	۱/۶۹±۱/۱۳	۳/۵±۱/۵۴
	خاطره مقوله‌ای	۳/۲۵±۱/۲۹	۲/۷۵±۱/۶۹	۳/۸۱±۱/۴۷
	جهت‌گیری مثبت	۳/۶۳±۱/۹۹	۷/۳۱±۰/۸۰	۳/۳۱±۲/۰۲
SPSI-R	حل مسئله منطقی	۶/۴۴±۱/۷۱	۱۲/۱۹±۲/۱۰	۷/۷۵±۲/۵۹
	جهت‌گیری منفی	۸/۶۲±۱/۴۰	۶/۱۸±۱/۲۷	۸/۳۱±۱/۸۱

سبک تکانشی	۶/۵۶±۱/۹۳	۴/۰۰±۱/۴۱	۶/۲۵±۲/۳۲	۵/۸۷±۲/۲۷
سبک اجتنابی	۱۱/۳۱±۱/۵۷	۷/۰۰±۱/۳۱	۱۱/۰۰±۲۱/۰۶	۱۱/۶۲±۱/۵۰

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال استرس پس آسیمی، حافظه سرگذشتی، حل مسئله دو گروه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

جدول ۲: آزمون تفاضل تی مستقل برای مقایسه تفاوت بین گروه‌ها در مقیاس اختلال استرس پس آسیمی و خرده مقیاس‌ها

پرسش‌نامه	گروه‌ها	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	F	آزمون لوین	خطای معیارتفاوتها	آزمون T	سطح معنی‌داری
افکار خود آیند	مداخله	۱۶	-۱۳/۷۵	-۱۳	۱۲.۱۲	همسان	۱/۳۶	-۹/۵۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶	-۰/۷۵	-		واریانس‌ها	-	-	۰/۰۰۱
اجتناب	مداخله	۱۶	-۱۸/۰۶	-۱۶/۶۸	۲۶.۹۵	همسان	۰/۹۲	-۱۷/۹۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶	-۰/۳۷	-		واریانس‌ها	-	-	۰/۰۰۱
بیش برانگیختگی	مداخله	۱۶	-۱۴/۱۸	-۱۴/۵۰	۱۳.۵۷	ناهمسان	۰/۸۶	-۱۶/۹۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶	۰/۳۱	-		واریانس‌ها	-	-	۰/۰۰۱
نمره کل	مداخله	۱۶	-۴۵	-۴۴/۱۸	۱۳.۵۷	ناهمسان	۱/۹۱	-۲۳/۰۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶	۲/۲۸	-		واریانس‌ها	-	-	۰/۰۰۱

جدول ۳: آزمون تفاضل تی مستقل برای مقایسه تفاوت بین گروه‌ها در ابعاد سه‌گانه‌ی مقیاس حافظه‌ی سرگذشتی

پرسش‌نامه	متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	F	آزمون لوین	خطای معیارتفاوتها	آزمون T	سطح معنی‌داری
ATM	اختصاصی	مداخله	۱۶	۳/۳۷	۳/۵۶	۱۱/۷۴	ناهمسان	۰/۶۷	۵/۳۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶	-۰/۱۸	-	واریانس‌ها		-	-	۰/۰۰۱	
بیش کلی‌گرا	مداخله	۱۶	-۱/۵۰	-۱/۹۰	۰/۳۳	همسان	۰/۵۳	-۲/۲۰	۰/۰۰۳	
	کنترل	۱۶	-۰/۳۱	-		واریانس‌ها	-	-	۰/۰۰۳	
مقوله‌ای	مداخله	۱۶	-۰/۵۰	-۱/۸۷	۵/۵۷	همسان	۰/۶۸	-۱/۲۸	۰/۲۱	
	کنترل	۱۶	۰/۳۷	-		واریانس‌ها	-	-	۰/۲۱	

جدول ۴: آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاوت بین گروه‌ها در ابعاد پنج‌گانه‌ی مقیاس حل مسئله‌ی اجتماعی

پرسش‌نامه	گروه‌ها	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	F	آزمون لوین	خطای معیارتفاوتها	آزمون T	سطح معنی‌داری
حل مسئله	جهت‌گیری مثبت	مداخله	۱۶	۳/۱۲	۶/۰۷	ناهمسان	۰/۴۹	۵/۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶	۰/۳۷	-		واریانس‌ها	-	-	۰/۰۰۱
جهت‌گیری منطقی	مداخله	۱۶	۳/۱۸	۲/۲۵	۲/۰۱	همسان	۰/۶۵	۳/۴۲	۰/۰۰۲
	کنترل	۱۶	۰/۹۳	-		واریانس‌ها	-	-	۰/۰۰۲
جهت‌گیری منفی	مداخله	۱۶	-۲/۴۳	-۱/۹۰	۲/۲۵	همسان	۰/۳۰	-۶/۲۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶	-۰/۵۶	-		واریانس‌ها	-	-	۰/۰۰۱
سبک اجتنابی	مداخله	۱۶	-۲/۰۶	-۲/۶۸	۰/۰۵۲	همسان	۰/۳۹	-۳۰/۲۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶	۰/۶۲	-		واریانس‌ها	-	-	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	-۳/۹۰	۰/۳۸	همسان	۰/۱۴	۲/۲۶	-۱/۵۰	-۱/۹۰	۱۶	مداخله	سبک
			-				-۰/۳۷	۱۶	کنترل	تکانشی

بحث

نشده‌ی رویدادهای پیشین زندگی که در حال حاضر فعال شده‌اند، شکل می‌گیرند (۲۲). در درجه دوم، استفاده از یک برنامه مداخله‌ای چند وجهی به جای استفاده از فن حساسیت‌زدایی و یا مواجهه طولانی با رویکرد رفتاری را می‌توان عامل مؤثری در تغییرات حاصله به شمار آورد. در بررسی فرضیه اثربخش بودن EMDR بر PTSD و زیر مقیاس‌های آن با تأکید بر آن چه بروین (۲۳) عنوان می‌نماید در کدگذاری خاطرات سرگذشتی (که اساس نظریه‌ی دوگانه رویکرد پردازش اطلاعات در مورد PTSD است)، اگر سیستم حافظه دسترس‌پذیر کلامی^(۱) وارد عمل شود، اطلاعات با سایر خاطرات سرگذشتی ادغام می‌شوند و به آسانی می‌توان آن‌ها را ارزیابی کرد و بیمار گون نیستند، ولی اگر سیستم «حافظه‌ی قابل دسترسی موقعیتی»^(۲) وارد عمل شود به آن علت که از رمز کلامی استفاده نمی‌کند، خاطرات با دانش اتوبیوگرافیک ادغام نمی‌شوند و این خاطرات لبریز از هیجان‌های منفی هستند و بازیابی آن‌ها می‌تواند ناگهان به فرد این احساس را بدهد که در حال تجربه کردن مجدد آن رویداد است. به همین دلیل، گفته می‌شود که فلش بک‌ها (خطور خاطره‌ها) و کابوس‌های مربوط به تروما، محصول سیستم حافظه قابل دسترس موقعیتی است.

1-Verbally Accessible Memory (VAM)

2-Situation Ally Accessible Memory(SAM)

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که با کاربست یک برنامه مداخله‌ای با زمینه حساسیت‌زدایی بر مبنای ساخت نظری درمان EMDR بر روی ابعاد حل مسئله و بازنمایی‌های شناختی حافظه از نوع سرگذشتی در بیماران مبتلابه PTSD در ابعاد نشانگان PTSD، جهت‌گیری منفی به مسئله، سبک تکانشی، سبک اجتنابی حل مسئله و بیش تعمیم‌گرایی حافظه سرگذشتی تغییرات معنی‌دار کاهشی (تعدیلی) و در بعد خاطره اختصاصی، جهت‌گیری مثبت به مسئله و حل مسئله منطقی ارتقاء حاصل شد. تغییر در ابعاد مذکور را می‌توان در درجه اول محصول استفاده از یک برنامه مداخله‌ای چند وجهی بر پایه ساخت نظری پردازش اطلاعات به شمار آورد که در این مدل بر ابعاد هیجان، خود شناخت واره‌ها، احساس‌های بدنی و تصاویر ذهنی (۲۱) تأکید می‌شود. تأکید بر مدل پردازش اطلاعات تطبیقی در پژوهش حاضر به دلیل آن بود که در مطالعات بر روی حافظه‌ی سرگذشتی منفی مدل پردازش اطلاعات انطباقی (AIP) نتایج حاصل از آن بوده‌اند که باورهای منفی، رفتارها و خصوصیات شخصیتی نتیجه خاطرات و حافظه‌های ناکارآمد پیشین است (۱). از این نظرگاه نشانگان PTSD دلیلی فراتر از رویدادهای فعلی دارند. بر اساس این مدل، این نشانگان به دلیل وجود حافظه‌های پردازش

شواهد عصب روان‌شناختی زیادی وجود دارند که وجود دو سیستم جداگانه از حافظه و ارتباط آن‌ها با مراکز مغز را تأیید می‌کنند (۲۴). بر این اساس و آن چه در ارتباط با تحریک و یکپارچگی مغزی از طریق EMDR گفته شد، تبدیل خاطرات آسیب‌زا به فایل‌های کلامی (استفاده از سیستم حافظه‌ی کلامی و تحریک و فعالیت نیم‌کره‌ی چپ) و رویکرد بازیابی اطلاعات، حرکات غیرکلامی و همدلی (تحریک نیم‌کره راست) هم‌زمان حرکات دوطرفه چشم و ارتباط بین دونیم کره، موجب یکپارچگی ذهنی و رفع حالات بیمارگون می‌شود (۱). این بخش از پژوهش با یافته‌های جارو و همکاران (۲۵)، وادا و همکاران (۲۶) هم‌سو است.

در بررسی فرضیه‌ی اثربخشی EMDR بر ابعاد حافظه‌ی سرگذشتی برنامه‌ی درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر دارای این مزیت بود که به طور تلفیقی و با کمک گرفتن از تأثیر ارگان‌های مغزی هم پردازش خاطره آسیب‌زا را در خود جای داده است و هم با استفاده از فن رفتاری حساسیت‌زدایی در یک متن همدلانه اضطراب و هیجان‌ها و عواطف منفی را نیز هدف‌گیری کرده و هم به عمق تسلط فرد بر خودش و محیط اطرافش از طریق بی‌اعتبار کردن تروما در یک شرایط بی‌خطر، افزود و در همان حال در رسیدن و تثبیت یک شناخت واره مثبت درباره خود دنیای ذهنی فرد را گسترش داد. به هر حال به نظر می‌رسد تمرکز چندلایه‌ای این برنامه‌ی مداخله‌ای

نقش مؤثری در تغییرات حاصله ایفا نموده باشد. داماسیو وجود خاطرات دردناک را دلیلی برای سرکوبی و بازداری در یادآوری می‌داند و این‌چنین است که حافظه‌ی سرگذشتی بیش کلی‌گرا و خلاصه‌وار، نمود می‌کند. از این جهت EMDR مخالف جهت سرکوبی گام برمی‌دارد و احتمالاً از این طریق نیز می‌تواند قدری از این مکش حافظه را پر کند. به کار انداختن یک جریان ذهنی از کل رویداد مغز را در جریان یک پردازش طبیعی قرار می‌دهد (۲۱).

به‌کارگیری حافظه مربوط به حادثه آسیب‌زا از این جهت که عامل اصلی بیماری است، الزامی می‌نماید و عدم‌تغییر در ابعاد حافظه سرگذشتی در اختلال PTSD به آن معنی است که پایین آمدن نشانگان اضطراب و افسردگی را به مثابه بهبود اختلال برداشت کرده‌ایم. قابل ذکر است که هدف پژوهش حاضر نفی هیچ‌یک از واقعیت‌های به‌دست آمده به وسیله پژوهش‌های پیشین نبوده بلکه هدف آن بود که در نگرش به بیماری و نحوه به‌کارگیری مداخلات مرتبط با ابعاد بیماری در کنار پذیرش واقعیت‌های موجود تغییراتی حاصل شود و از این منظر، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش نیون هاوس و همکاران (۲۷) مشابهت دارد. در پژوهش‌های مذکور ابعاد هیجان و تصاویر منفی در خاطرات عذاب‌آور بررسی شد. آن‌ها شاخص‌های عواطف و تصاویر منفی را بررسی کردند و تغییرات تعدیلی و مثبت حاصل شده را ناشی از تأثیر حرکات دوجانبه چشم

در مجموع این بخش از پژوهش حاضر در مورد متغیر حل مسئله اجتماعی با پژوهش‌های (۲۴) دیگر بر روی گروه‌های بیمار مبنی بر اثر بخشی مداخلات روان‌درمانی بر بهبود مهارت حل مسئله هماهنگ است.

این پژوهش را می‌توان صرفاً یک مطالعه مقدماتی به منظور ایجاد توجه حرفه‌ای نسبت به ابعاد حافظه سرگذشتی و نقش تعیین‌کننده آن بر بیماری‌های روانی و از جمله اختلال استرس پس آسیمی و همچنین ایجاد توجه حرفه‌ای نسبت به امکان کاربست (EMDR) بر روی ابعاد متغیر حافظه سرگذشتی در نظر گرفت که در آن با توجه به حجم کم نمونه، باسواد بودن آزمودنی‌ها و انجام آن در جامعه زنان از قابلیت تعمیم‌پذیری محدودی برخوردار است.

همچنین امکان پیگیری نتایج بلندمدت وجود نداشت. همچنین به منظور همگن کردن بیماران از نظر ضریب هوشی در این پژوهش از آزمون هوش وکسلر استفاده نشده است و نیز باید توجه داشت که نتایج به دست آمده دارای معناداری آماری است نه معنی‌داری کلینیکی.

نتیجه‌گیری

در مجموع درمان EMDR بر مبنای ساخت نظری پردازش اطلاعات تطبیقی به ابداع شپیرو قادر است با اصلاح و تعدیل هیجان‌ات و عواطف منفی و

دانستند که بر اساس فرضیه حافظه فعال به کاهش حالات عاطفی منفی در افراد می‌شود. در زمینه اثربخش بودن روان‌درمانی بر کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه سرگذشتی هم سو با پژوهش‌های امیدی و همکاران (۲۰) و ویلیامز و همکاران (۷) می‌باشد.

آن چه در تبیین نتایج مرتبط با فرضیه اثربخشی مثبت EMDR بر متغیر مهارت حل مسئله می‌توان عنوان نمود، آن است که تغییرات پدید آمده در ابعاد حل مسئله بیماران (PTSD) در درجه‌ی اول و در یک سطح کلی‌تر ناشی از تغییرات مثبت پدید آمده در حافظه‌ی سرگذشتی آن‌ها است، این ادعا با یافته‌های کاویانی و همکاران (۸ و ۶) مبنی بر تأثیر حافظه سرگذشتی بیش‌کلی‌گرا بر حل مسئله هماهنگ است. به این ترتیب که با یک پردازش اطلاعات تسریع شده و تطبیقی تمام مناطقی که به علت بروز آسیب از نظر ارتباط عصبی فاقد انسجام بودند، بر اثر تحریکات دوطرفه و با واسطه‌ی انتقال دهنده‌ی بین نیم‌کره‌ای جسم پینه‌ای یکپارچگی و انسجام عاطفی - هیجانی و شناختی مثبت را بازمی‌یابد و ارتباط نیم‌کره‌ای به تسریع این تعامل کمک می‌کند و از آنجا که تعریف مسئله و تولید راه‌حل‌های جایگزین نیاز به توانایی کافی به استفاده از بانک اطلاعاتی حافظه را دارد، نقص و در بازیابی حافظه سرگذشتی به صورت اختصاصی منجر به اختلال در فرآیند حل مسئله می‌شود (۶) و این انتظار می‌رفت که تغییرات تعدیلی و مثبت در اولی موجب همین تغییرات در دومی شود.

حل و فصل خاطرات آزار دهنده بازنمایی‌های شناختی درزمینه حافظه سرگذشتی را ارتقاء بخشیده و نیز مهارت‌های مثبت در جهت حل مسئله را افزایش دهد. بنا براین پیشنهاد می‌شود، روانشناسان و روان‌پزشکان در به کارگیری این روش توجه ویژه‌ای داشته باشند تا از این طریق بتوانند در افراد آسیب دیده از طریق ارتقاء بازده حافظه و بهبود مهارت‌های حل مسئله به سوی بهبود اختلال استرس پس آسیمی گام بردارند.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات استان کرمانشاه بود که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد. بدین وسیله از شرکت کنندگان این پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Shapiro F. Getting past your past: take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy: Rodale; 2012; 98-103 .
2. Shapiro E. EMDR and early psychological intervention following trauma. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology* 2012; 62(4): 241-51.
3. Solms M, Turnbull O. The brain and the inner world: An introduction to the neuroscience of subjective experience: Karnac Books; 2002; 67-71.
4. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Diagnostic criteria from DSM-IV. American Psychiatric Association 1994; 176-178 .
5. Kunda Z. Social cognition: Making sense of people: MIT press; 1999; 372-374.
6. Kaviani H, Rahimi M, Rahimi-Darabad P, Naghavi H. Overgeneral memory retrieval and ineffective problem-solving in depressed patients with suicidal ideation: Implications for therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2011; 11(3): 413-23.
7. Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology* 2000; 109(1): 150.
8. Damasio AR. Descartes' error: Emotion, rationality and the human brain. New York: Putnam; 1994; 352.
9. Siegel DJ. The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are: Guilford Press; 2012; 23-25.
10. Moradi AR, Abdi A, Fathi-Ashtiani A, Dalgleish T, Jobson L. Overgeneral autobiographical memory recollection in Iranian combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2012; 50(6): 435-41.
11. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F, Watkins E, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin* 2007; 133(1): 122.
12. Damasio A, Dolan RJ. The feeling of what happens. *Nature* 1999; 401(6756): 847.
13. Hout M, Muris P, Salemink E, Kindt M. Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology* 2001; 40(2): 121-30.
14. Siegel DJ. The developing mind and the resolution of trauma: Some ideas about information processing and an interpersonal neurobiology of psychotherapy. 2002.
15. Van den Hout MA, Bartelski N, Engelhard IM. On EMDR: Eye movements during retrieval reduce subjective vividness and objective memory accessibility during future recall. *Cognition & Emotion* 2013; 27(1): 177-83.
16. Lee CW, Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2013; 44(2): 231-9.
17. Shapiro F, Maxfield L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology* 2002; 58(8): 933-46.
18. Panaghi L, Mogadam JA. Persian version validation in impact of event Scale-Revised. *Tehran University Medical Journal* 2006; 64(3): 52-60.
19. Maydeu-Olivares A, Gómez-Benito J, D'Zurilla TJ. Psychometric properties of the spanish adaptation of the social problem-solving inventory-revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences* 2000; 29(4): 699-708.
20. Omidi A, Mohammadkhani P, Mohammadi A, Zargar F. Comparing mindfulness based cognitive therapy and traditional cognitive behavior therapy with treatments as usual on reduction of major depressive disorder symptoms. *Iranian Red Crescent medical Journal* 2013; 15(2): 142.
21. Jarero I, Artigas L, Luber M. The EMDR protocol for recent critical incidents: application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2011; 5(3): 82-94.
22. Shapiro F, Laliotis D. EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clinical Social Work Journal* 2011; 39(2): 191-200.
23. Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 2003; 23(3): 339-76.
24. Ganji MGh. Anxiety disorder, Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran: Savalan; 2012: 290-5. (Persian)
25. Jarero I, Roque-López S, Gómez J, Givaudan M. Third research study on the provision of the EMDR integrative group treatment protocol with child victims of severe interpersonal violence. *Revista Iberoamericana de Psicopatología y Disociación* 2014; 6(2): 1-28.
26. Wadaa NN, Zaharim NM, Alqashan HF. The use of EMDR in treatment of traumatized Iraqi children. *Digest of Middle East Studies* 2010; 19(1): 26-36.
27. Nieuwenhuis S, Elzinga BM, Ras PH, Berends F, Duijs P, Samara Z, et al. Bilateral saccadic eye movements

and tactile stimulation, but not auditory stimulation, enhance memory retrieval. *Brain and Cognition* 2013; 81(1): 52-6.

The Efficacy of Desensitization and Reprocessing Regular Eye on Autobiographical Memory and Problem-solving Skills with Post-traumatic Stress Disorder

Sadeghi Kh^{1*}, Namjoo S²

¹Department of Psychology, University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran, ²Department of Psychology, Science and research, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Received: 10 Mar 2015

Accepted: 10 June 2015

Abstract:

Back ground & aim: regular Eye desensitization and reprocessing is a kind of psychotherapy which effects the negative memories associated with stress and trauma and is the core of abnormalities related to trauma. Individuals use their autobiographical memories for assembling effective solutions in order to solve common problems. Dysfunctional problem-solving and over-generalized autobiographical memories are important negative results of these problems. The aim of this study was to determine the EMDR efficacy on PTSD symptoms decrease and enhance of problem- solving skills.

Methods: This present semi-experimental included 32 patients of the emergency ward of Taleghani Hospital in Kermanshah, Iran, using purposive sampling method (judgment). Among 50 patients, 32 were screened and randomly divided in two experimental and control groups. A modified EMDR protocol was used for patients injured in traumatic events. The experimental group received eight intervention sessions weekly. The control group were placed in the waiting list and met a psychologist four sessions and received usual treatment. psychological questionnaires including revised scale in IES-R, SPSI-R & autobiographical memory test (AMT) were given to the patients and Kolmogorov-Smirnov and ANCOVA statistical tests were applied as well.

Results: The results revealed that regular eye desensitization and reprocessing has a main effect on decreasing PTSD symptoms as well as decreasing the amount of over general autobiographical memory representations in women with post-traumatic stress disorder. In other words, the EMDR group patients have less symptoms and higher problem solving skills.

Conclusion: The results showed that elements of EMDR based on ALP Francis Shapiro influenced the integration of traumatic event information and identifying the number of symptoms in patients having PTSD.

Keywords: Eye regular desensitization reprocessing, Post traumatic stress disorder, Autobiographical memory, Over-generalized, Problem solving

Corresponding Author: Sadeghi KH, Department of Psychology, University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Email: Khsadeghi@Kums.ir

Please cite this article as follows:

Sadeghi Kh, Namjoo S. The Efficacy of Desensitization and Reprocessing Regular Eye on Autobiographical Memory and Problem-solving Skills with Post-traumatic Stress Disorder. *Armaghane-danesh* 2015; 20 (4): 318-332.