

مقایسه اثر بخشی روش‌های بازگویی روان‌شناختی، پردازش مجدد و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و مواجهه‌سازی خیالی بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن

فرشید خسروپور*، غلامرضا ابراهیمی‌نژاد^۱، مهدیه صالحی^۲، ولی‌اله فرزاد^۳

خلاصه

مقدمه: اختلال استرس پس از ضربه، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است که می‌تواند بر ارتباطات فردی، اجتماعی و خانوادگی فرد مبتلا اثرات منفی بگذارد؛ از این رو، توجه به پیش‌گیری و درمان آن بسیار مهم است. روش‌های درمانی پردازش مجدد و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم، بازگویی روان‌شناختی و مواجهه‌سازی خیالی برای درمان این بیماری به کار می‌رود که مؤثر بودن و دوام آن‌ها، به‌ویژه در بیماران مزمن، مورد بحث است.

روش: در این پژوهش نیمه تجربی، ۵۴ بیمار بزرگسال مرد، بر اساس آزمون اختلال پس از ضربه Davidson و تشخیص روان‌پزشک انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به طور تصادفی در ۳ گروه درمانی مساوی قرار گرفتند و با استفاده از آزمون Davidson، قبل، بعد و ۳ ماه بعد از درمان آزمون شدند. نتایج با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پس تجربی Duncan تحلیل شد.

یافته‌ها: تأثیر بازگویی روان‌شناختی و حساسیت‌زدایی از مواجهه‌سازی خیالی، در درمان علائم استرس پس از ضربه مزمن بیشتر بود و در پی‌گیری سه ماهه دوام داشت.

نتیجه‌گیری: روش‌های درمانی مورد بررسی می‌توانند در درمان اختلال استرس پس از ضربه مزمن مؤثر بوده، اثر درمانی خود را حتی بعد از سه ماه حفظ کنند. با توجه به اهمیت مداخلات روان‌شناختی، ضروری است که این روش‌ها به روان‌شناسان آموزش داده شود تا بتوانند آن‌ها را بعد از حوادث آسیب‌زا به کار گیرند.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از ضربه مزمن، پردازش مجدد و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم، بازگویی، مواجهه‌سازی

۱-دکترای روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی ۲-دانشیار، گروه روان‌پزشکی و کمیته علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۳-استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی

* نویسنده مسؤول، آدرس: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، گروه روان‌شناسی • آدرس پست الکترونیک: farshid2002@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۸/۲۸ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۰/۲/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۴/۴

مقدمه

حوادث و سوانح مختلف اغلب باعث واکنش حاد نسبت به استرس شده، در نهایت منجر به اختلال استرس پس از ضربه (Post traumatic stress disorder یا PTSD) می‌گردند (۱). در حدود ۲۰ درصد مردان و ۸ درصد زنان در معرض حوادث آسیب‌زا قرار می‌گیرند (۲) و به طور متوسط ۴ تا ۹ درصد جمعیت عمومی به این اختلال مبتلا می‌شوند؛ این بیماری ممکن است با تأخیر شروع شود، به شکل مزمن درآمده، بر ارتباطات فردی، اجتماعی و خانوادگی اثرات منفی داشته باشد و تا سال‌ها در زندگی روزمره افراد مبتلا اختلال ایجاد کند (۳). بنابراین ضروری است که متخصصان بهداشت روان توجه ویژه‌ای به این بیماری داشته باشند (۴). طول دوره بیماری بسیار متفاوت و از چند ماه تا چند دهه است (۵) و روش‌های روان‌شناختی متفاوتی برای درمان آن به کار می‌رود (۶).

در مواجهه‌سازی خیالی (Imaginal exposure یا IE) از بیمار خواسته می‌شود تا خاطرات آسیب‌زای خود را به یاد بیاورد، چشمان خود را ببندد و تصور کند که واقعه هم‌اکنون در حال اتفاق افتادن است. این روش درمانی باعث می‌شود که ضربه از نظر هیجانی پردازش شود و در نتیجه، شدت علائم کاهش یابد (۷). برخی از تحقیقات نشان می‌دهد که روش مواجهه‌سازی خیالی در مقایسه با واقعی و آرام‌سازی (به تنهایی) مؤثرتر است (۸)؛ ولی این روش کمتر مورد قبول و استفاده قرار گرفته است (۹). در پژوهشی ۱۶۰ آزمودنی، که در معرض حوادث و سوانح مختلف قرار داشتند، از نظر نوع درمان مورد بررسی قرار گرفتند. مواجهه‌سازی با ۵۵ درصد و درمان شناختی رفتاری با ۲۲ درصد، از طرف آزمودنی‌ها به عنوان بهترین روش‌های درمانی شناخته شدند (۱۰). بررسی متاآنالیز ۱۳ پژوهش با مجموع ۶۷۵ آزمودنی نشان داد که مواجهه‌سازی خیالی در مقایسه با گروه‌های شاهد مؤثرتر است، ولی با

سایر روش‌های درمانی تفاوتی ندارد (۱۱). در یک مطالعه آزمایشی، گروهی از افراد مبتلا به استرس پس از ضربه، در گروه‌های مواجهه‌سازی خیالی و لیست انتظار قرار گرفتند؛ نتایج نشان داد که ۶۳ درصد افراد تحت درمان بهبود یافتند؛ گرچه مطالعه پی‌گیری یک ماهه نشانگر کاهش تأثیر بود (۱۲). مواجهه‌سازی خیالی یکی از روش‌های مفید برای درمان تنش مبتلایان به استرس پس از ضربه است؛ هر چند در مورد تأثیر کامل آن، نمی‌توان قضاوت کرد (۱۳). این روش، علاوه بر درمان، نقش مهمی در افزایش خود کارآمدی بیمار دارد؛ ولی استفاده از آن به ویژگی‌های فردی، اجتماعی و فرهنگی نیز مرتبط است (۱۴).

بازگویی روان‌شناختی (Psychological debriefing یا PD) به آسیب دیدگان کمک می‌کند تا از نظر شناختی و هیجانی تجارب خود را پردازش کنند؛ این روش شامل مداخله سازمان یافته بلافاصله بعد از ضربه، به منظور تخلیه هیجانات ناراحت کننده و طبیعی کردن واکنش‌های قربانیان است (۱۵). در واقع، نوعی تمایل به حرف زدن در مورد حوادث ناگوار وجود دارد و چنانچه در این مورد صحبت نشود، برای فرد مورد نظر مشکل ایجاد می‌کند (۱۶). در مورد مؤثر بودن بازگویی روان‌شناختی گزارش‌های متناقضی وجود دارد. در حالی که برخی پژوهش‌ها آن را در درمان اختلال پس از ضربه مؤثر می‌دانند (۱۷)، پژوهش‌های دیگر آن را بی‌اثر (۱۸) و حتی دارای نتایج منفی ذکر می‌کنند (۱۹). بررسی‌ها نشان می‌دهد که بازگویی روان‌شناختی برای پیش‌گیری روش مناسبی است، اما در مورد درمان نمی‌توان اظهار نظر کرد (۲۰). تحقیقات درمانی، به ویژه آزمایشی، در مورد بازگویی روان‌شناختی به نسبت کم است (۱۶). بررسی‌های بیشتری برای تعیین مؤثر بودن بازگویی روان‌شناختی در موارد مزمن (۲۱)، با توجه به تفاوت‌های فرهنگی

قابل تفکیک نیست (۳۱). ویژگی‌های فرهنگی در نحوه مقابله و مدیریت استرس و همچنین درمان بیماری‌ها نقش مهمی دارد (۳۲)؛ تفاوت‌های فردی، اجتماعی و محیطی در چگونگی کنار آمدن با حادثه استرس‌زا، از شدت آن مهم‌تر است (۳۳). مقایسه اضطراب و افسردگی بیماران سوئدی و ترکیه‌ای نشان داد که باید روش‌های درمانی مختلفی برای آن‌ها به کار برده شود (۳۴).

Bisson و همکاران معتقدند که اثر درمان‌های مختلف روان‌شناختی در مورد بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن روشن نیست و تحقیقات بیشتری در این مورد باید صورت گیرد (۳۵). Kapfhammer نیز بیان می‌دارد که روش‌هایی مثل حساسیت‌زدایی و سایر درمان‌های غیردارویی می‌تواند بر علائم اصلی اختلال تأثیر مثبت بگذارد؛ البته تعیین اثر بلند مدت آن‌ها احتیاج به بررسی‌های بیشتری دارد (۳۶). Mendes و همکاران نیز طی پژوهش خود چنین نتیجه گرفته‌اند که گرچه روش‌های شناختی رفتاری رویکرد مشترکی برای درمان استرس پس از ضربه محسوب می‌شوند، در مورد اثر این روش‌ها به‌طور دقیق نمی‌توان اظهار نظر کرد و تحقیقات بیشتری با توجه به موقعیت اجتماعی و فرهنگی، لازم است (۳۷). کشور ایران با حوادث طبیعی گوناگونی نظیر زلزله روبرو است و در نتیجه، استرس پس از ضربه شیوع بالایی در آن دارد. به دلیل این که از یک سو، اثر درمان‌های روان‌شناختی، به‌ویژه در مورد بیماران مزمن، قطعی نیست و مطالعه مداخله‌ای مشابهی نیز صورت نگرفته است و از سوی دیگر، عوامل اجتماعی و فرهنگی در این گونه درمان‌ها اهمیت دارد، این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه اثر بخشی روش‌های روان‌شناختی در درمان اختلال استرس پس از ضربه مزمن برای کمک به درمان این گونه بیماران انجام گرفت.

و قومی (۲۲)، لازم است و تداوم اثر آن در بلند مدت مورد تردید قرار دارد (۲۳).

حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم (EMDR یا Eye movement desensitization and reprocessing) روشی است که در آن درمانگر از درمان‌جو می‌خواهد طبق یک برنامه منظم، زمانی که چشمان خود را حرکت می‌دهد، خاطرات ناراحت‌کننده را به یاد آورد. در نتیجه، سطح برانگیختگی کاهش یافته، افکار بار دیگر سازمان‌بندی می‌شود (۲۴). به تازگی، حساسیت‌زدایی به عنوان خط اول درمان در ضربه‌های روانی مورد توجه قرار گرفته است (۲۵). یک پژوهش در مورد ۱۳ فرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه نشان داد که این روش در درمان اختلال استرس پس از ضربه حاد مؤثر است (۲۶). مطالعه متاآنالیز ۲۱ تحقیق در مورد درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه نشان می‌دهد که حساسیت‌زدایی، مواجهه‌سازی و شناخت درمانی به ترتیب بیشترین تأثیر را داشته‌اند؛ ولی هیچ یک از این موارد در بلندمدت نمی‌تواند اثر خود را حفظ کند (۲۷). در پژوهشی دیگر، ۱۰ بیمار مبتلا با روش حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم درمان شدند. مقایسه گروه درمانی با گروه شاهد، براساس مقایسه نمرات قبل و بعد از درمان، نشان داد که درمان مؤثر بوده است (۲۸). درمان ۷ بیمار مبتلا به استرس پس از ضربه با حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و ۱۱ بیمار دیگر با قرص سرتالین (۱۰۰ میلی‌گرم در روز به مدت ۶ ماه) نشان داد که درمان غیردارویی سریع‌تر و با دوام‌تر است (۲۹).

بررسی ۱۶ مطالعه آزمایشی در مورد حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم بین سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۳ حاکی از نتایج متناقض در آن‌ها بود و انجام پژوهش‌های بیشتر توصیه می‌شود (۳۰). بیماری‌های روانی با عوامل فرهنگی و اجتماعی ارتباط دارند و سلامت روان افراد نیز از این عوامل

روش بررسی

با در نظر گرفتن هدف کلی این پژوهش، روش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری سه ماهه مورد استفاده قرار گرفت. روش های مداخله ای به عنوان متغیر مستقل و استرس پس از ضربه مزمن به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری این پژوهش را مراجعان مراکز چهارگانه سلامت روان محلی شهر بم و بروات تشکیل دادند؛ این مراکز خدمات روان شناختی و مشاوره ای ارائه می کنند. بر اساس نوع تحقیق، مطالعه مقدماتی و در نظر گرفتن $\alpha = 0/05$ و توان آزمون $0/90$ ، حجم نمونه ۵۴ نفر (برای هر گروه ۱۸ نفر) تعیین شد (۳۸). شرایط ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل ۱۸ سال سن، مرد بودن، عدم دریافت درمان قبلی برای این اختلال و داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل بود. به منظور نمونه گیری، مراجعانی که بر اساس تشخیص اولیه روان شناس، دچار علائم بیماری بودند و ملاک های ورودی مورد نظر را داشتند، توسط آزمون Davidson ارزیابی شدند. بر اساس نمره برش ۴۰، افراد واجد شرایط تحقیق انتخاب گردیدند و سپس توسط روان شناس و روان پزشک و بر اساس مصاحبه ساختار یافته چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and statistic manual of mental disorders یا DSM-IV-TR) تشخیص قطعی برای آن ها صورت گرفت.

برای کلیه آزمودنی های داوطلب، اهداف کلی توضیح داده شد و از کلیه آن ها رضایت نامه ای جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید.

سپس افراد به طور تصادفی در ۳ گروه، تحت درمان های بازگویی روان شناختی، مواجه سازی خیالی و پردازش مجدد و حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم قرار گرفتند. ارزیابی، انتخاب نمونه و درمان

توسط ۳ نفر روان شناس آموزش دیده انجام شد که از عملکرد و نتایج کار یکدیگر بی اطلاع بودند.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، برای کلیه افراد فاقد شرایط یا کسانی که مایل به شرکت در پژوهش نبودند، نتیجه ارزیابی توضیح داده شد و در صورت تمایل، جهت پی گیری به مشاور، روان شناس و روان پزشک ارجاع داده شدند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، آزمون Davidson بود. این آزمون بر اساس علائم و ملاک های DSM-IV-TR تهیه شده و شامل ۱۷ سؤال است که آزمودنی بر اساس شدت علائم از صفر تا ۵ به هر سؤال نمره می دهد. نقطه برش تست نمره ۴۰ است و افرادی که نمره بالاتری کسب کنند، به عنوان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شناخته می شوند (۳۹). روایی هم زمان این آزمون با مصاحبه تشخیصی $0/85$ به دست آمده است (۴۰). ثبات درونی آزمون بر اساس آلفای کرونباخ برابر $0/77$ و پایایی آن بر اساس آزمون مجدد برابر $0/90$ گزارش شده است (۴۱). روایی محتوایی آزمون، توسط سه نفر روان شناس و روان پزشک تأیید شد؛ پایایی آن با استفاده از باز آزمایی بر روی ۲۰ بیمار (جدا از آزمودنی های پژوهش)، $0/73$ و همسانی درونی آن بر اساس آلفای کرونباخ، $0/87$ محاسبه شد.

آزمون Davidson، بلافاصله پس از خاتمه درمان و سه ماه بعد در مورد آزمودنی ها اجرا شد تا مشخص شود، اثر درمان در کدام گروه تداوم یافته است.

برای بررسی نتایج آزمون، از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر و برای مقایسه میانگین نمرات گروه های مورد بررسی و تعیین مؤثرترین روش، از آزمون پس تجربی Duncan استفاده شد.

نتایج

بر اساس جدول تحلیل واریانس (آزمون‌های اثرات درون فردی و بین فردی) و با توجه به مقدار محاسبه شده در هر سه منبع تغییر، که کمتر از سطح معنی‌دار ۰/۰۵ است، اثر زمان، اثر روش درمانی و اثر متقابل زمان و روش درمانی بر استرس پس از ضربه معنی‌دار بود (جداول ۲ و ۳).

در مورد اثر روش درمانی، با توجه به آزمون تعقیبی Duncan می‌توان گفت که بین استرس پس از ضربه افراد تحت روش درمانی مواجهه‌سازی خیالی با روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی و بازگویی

نمرات آزمودنی‌ها در آزمون Davidson، قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از درمان محاسبه شد که در جدول ۱ قابل مشاهده است.

در جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا با آزمون کرویت Mauchly (Mauchly's test sphericity) اعتبار مدل مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به این که مقدار P محاسبه شده (۰/۲۱۶) کمتر از سطح معنی‌دار ۰/۰۵ نبود، لذا دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود نداشت.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی نمره استرس پس از ضربه Davidson در افراد تحت روش‌های درمانی مواجهه‌سازی خیالی، حساسیت‌زدایی و بازگویی

روان‌شناختی در زمان‌های مختلف

روش درمانی	زمان		قبل از درمان		بلافاصله بعد از درمان		سه ماه بعد از درمان	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مواجهه‌سازی خیالی	۵۰/۴۴	۱/۳۴	۴۳/۱۱	۱/۴۱	۴۳/۷۲	۱/۷۱		
حساسیت‌زدایی	۵۰/۶۱	۱/۵۰	۳۸/۶۷	۱/۵۳	۴۱/۶۷	۱/۵۷		
بازگویی روان‌شناختی	۵۰/۳۳	۱/۴۱	۳۹/۷۲	۳/۴۹	۳۸/۹۴	۲/۳۴		

جدول ۲. آماره‌های آزمون اثرات درون فردی (اثر زمان و اثر متقابل زمان و روش درمانی) بر استرس پس از ضربه Davidson

منبع تغییرات	تصحیح اوسیلن	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F مقدار	P-value
زمان	بافرض کرویت	۳۲۶۶/۷۵	۲	۱۶۳۳/۳۸	۵۶۱/۹۴	۰/۰۰۱
	Greenhouse-Geisser	۳۲۶۶/۷۵	۱/۸۹	۱۷۳۰/۳۹	۵۶۱/۹۴	۰/۰۰۱
زمان × روش درمانی	بافرض کرویت	۱۷۶/۷۷	۴	۴۴/۱۹	۱۵/۲۰	۰/۰۰۱
	Greenhouse-Geisser	۱۷۶/۷۷	۳/۷۸	۴۶/۸۲	۱۵/۲۰	۰/۰۰۱
خطا	بافرض کرویت	۲۹۶/۴۸	۱۰۲	۲/۹۱	-	-
	Greenhouse-Geisser	۲۹۶/۴۸	۹۶/۲۸	۳/۰۸	-	-

جدول ۳. آماره های آزمون اثر بین فردی (اثر روش درمانی بر استرس پس از ضربه Davidson)

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	P-value
روش درمانی	۲۲۴/۸۳	۲	۱۱۲/۴۱	۲۱/۰۶	۰/۰۰۱
خطا	۲۷۲/۱۹	۵۱	۵/۳۴		

علایم کلی استرس پس از ضربه مزمن مؤثرند؛ تأثیر بازگویی و حساسیت زدایی به یک اندازه و بیشتر از مواجه سازی خیالی بود و در طول پی گیری سه ماهه دوام داشت.

برخی از تحقیق ها، روش حساسیت زدایی را بهترین نوع درمان می داند (۲۸-۲۶) و دوام آن را تأیید کرده اند (۲۹)؛ در مقابل، پژوهش هایی نیز اثر بلند مدت آن را مورد تردید قرار داده اند (۳۶). این نوع درمان نسبت به سایر روش ها جدید است و به دلیل تناقضات موجود (۳۱، ۳۰) و تفاوت های فرهنگی و اجتماعی، نیاز به بررسی بیشتری، به ویژه در مورد بیماران مزمن، دارد (۳۵). پژوهش حاضر نشان داد که حساسیت زدایی را می توان برای درمان استرس پس از ضربه مزمن به کار برد و اثر درمانی آن، حداقل سه ماه تداوم دارد. این روش به تازگی به عنوان اصلی ترین درمان ضربه های روانی مورد توجه قرار گرفته (۲۵) ولی در ایران کمتر شناخته شده است و مورد استفاده قرار می گیرد؛ لازم است استفاده از این روش به افراد مرتبط با بهداشت روان و درمان اختلالات روانی آموزش داده شود.

پژوهش های دیگر، بهترین روش درمانی را مواجه سازی ذکر می کنند (۱۰، ۸)؛ احتمالاً به این دلیل که این روش به نسبت ساده تر و سریع تر است. برخی پژوهش ها تفاوتی بین مواجه سازی و سایر روش های درمانی گزارش نمی کنند (۱۱) و در مورد تأثیر کامل (۱۳) و بادوام آن (۱۲) تردید دارند. تفاوت نمونه های

روان شناختی تفاوت معنی دار وجود داشت؛ اما بین استرس پس از ضربه افراد تحت روش درمانی حساسیت زدایی با روش درمانی بازگویی روان شناختی تفاوت معنی داری مشاهده نشد (جدول ۴). به عبارت دقیق تر، هر سه روش در بهبود بیماری مؤثر بودند، اما اثر بازگویی روان شناختی تفاوت معنی داری با حساسیت زدایی نداشت و این دو روش از مواجه سازی خیالی مؤثرتر بودند.

جدول ۴. آزمون زیرمجموعه های همگن Duncan برای مقایسه دو

به دوی میانگین های نمره استرس پس از ضربه Davidson در افراد تحت روش های درمانی مختلف

روش درمانی	زیرمجموعه در سطح ۰/۰۵	
	تعداد	اول
بازگویی روان شناختی	۱۸	۴۳/۰۰
حساسیت زدایی	۱۸	۴۳/۶۵
مواجه سازی خیالی	۱۸	۴۵/۷۶
مقدار	۰/۱۵۱	۱/۰۰۰

بحث

بعد از حوادثی مانند زلزله، مداخلات روانی اجتماعی قابل توجهی صورت می گیرد، اما بسیاری از بیماران مبتلا به استرس پس از ضربه مزمن فراموش می شوند؛ گرچه این بیماری تا چند دهه بعد از حادثه آسیب زا دیده می شود (۵، ۳). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر سه روش مورد بررسی در درمان

مورد بررسی می‌تواند این اختلاف را توجیه کند. هرچند تحقیق حاضر آن را ضعیف‌تر از بازگویی و حساسیت‌زدایی ارزیابی کرد، اما روش مؤثری بود و به دلیل تداوم این اثر در پی‌گیری، قابل استفاده به نظر می‌رسد. برخی تحقیقات نشان داده است که مواجهه سازی، خود کارآمدی بیماران را افزایش می‌دهد (۱۴) و اگرچه به اندازه دو روش دیگر در کاهش علائم بیماری مؤثر نیست، اما استفاده از آن باید مورد توجه قرار گیرد.

این پژوهش نشان داد که بازگویی روان‌شناختی درمان بسیار مناسبی است. این روش در اصل برای پیش‌گیری از ایجاد استرس پس از ضربه به کار می‌رود (۲۰، ۱۵)، اما در مورد اثر درمانی آن تردید وجود دارد (۱۹-۱۷) و پژوهش‌های آزمایشی کمی در مورد آن انجام شده است (۱۶). در فرهنگ ما مردان به عنوان افراد مقاومی شناخته می‌شوند که نباید گریه کنند یا ناراحتی خود را ابراز نموده، درباره آن حرف بزنند. اغلب افراد شرکت‌کننده در بازگویی اظهار داشتند که هنوز تحت تأثیر آثار مخرب زلزله قرار دارند ولی سعی می‌کنند تا مشکلات خود را انکار نموده، درباره آن صحبت نکنند. بازگویی روان‌شناختی، صحبت کردن در مورد وقایع ناگوار است و تأثیر مهمی در پیش‌گیری دارد (۱۶)؛ افرادی که قادر به بیان حوادث ناگوار نبودند، دچار مشکلات بیشتری شدند، ولی با صحبت کردن بهبود یافتند. تفاوت‌های اجتماعی، محیطی و فرهنگی نقش مهمی در درمان بیماری‌های روانی دارد (۳۳، ۳۲) و به همین دلیل، روش‌های درمانی نیز در کشورهای مختلف، اثرات متفاوتی خواهد داشت (۳۴). به نظر می‌رسد در

فرهنگ ایرانی، بازگویی نقش مهمی در تخلیه هیجانی داشته و در درمان مؤثر باشد. برخی پژوهش‌ها نشان داده است که اثرات بازگویی روان‌شناختی در بلند مدت کاهش می‌یابد (۲۳)؛ گرچه تحقیق حاضر نشان داد که این روش در طول مدت حداقل ۳ ماه، تأثیر خود را حفظ می‌کند. در مورد مؤثر بودن بازگویی روان‌شناختی بر بیماران مزمن تردید وجود دارد (۲۱)، اما تحقیق حاضر نشان داد که اختلال استرس پس از ضربه مزمن، با روش فوق قابل درمان است. لذا نباید مانع صحبت در مورد حادثه ناگوار شد و بیان خاطره، افکار، احساسات و هیجان، می‌تواند به پیش‌گیری و درمان استرس پس از ضربه کمک نماید.

به‌طور کلی، هر سه روش درمانی با توجه به ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی ایران می‌تواند در درمان اختلال استرس پس از ضربه مزمن مؤثر باشد و به علت میزان بالای سوانح در ایران، باید به کارگیری آن‌ها به متخصصان بهداشت روان آموزش داده شود، تا در مواقع ضروری مورد استفاده قرار گیرد.

از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از آزمودنی‌های مرد جهت هم‌تاسازی بود. این تحقیق در مورد بیماران مزمن شهر بم انجام شد، که علت اصلی اختلال آن‌ها ناشی از زلزله بود؛ لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. به دلیل این که بیماران مزمن کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند، پیشنهاد می‌شود که مطالعات دیگری در مورد روش‌های درمانی مرتبط با بیماران مبتلا به استرس مزمن پس از سانحه، ناشی از علل دیگر، انجام شود تا امکان مقایسه و تعمیم بیشتر میسر گردد.

References

1. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007; pp36-9.
2. Hoeksema SN. Abnormal psychology. New York, McGraw Hill, 2001; pp56-62.
3. Harvey JH, Pauwels BG. Post-traumatic stress theory: research and application. Philadelphia: Psychology Press, 2000; pp56-67.
4. Nayback AM. Posttraumatic stress: a concept analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 2009; 23(3): 210-9.
5. Andrews B, Brewin CR, Philpott R, Stewart L. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2007; 164(9): 1319-26.
6. Deahl M, Srinivasan M, Jones N, Thomas J, Neblett C, Jolly A. Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol* 2000; 73 (Pt 1): 77-85.
7. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull* 1986; 99(1): 20-35.
8. Shapiro F. EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *J Clin Psychol* 2002; 58(1): 1-22.
9. Tarrier N, Liversidge T, Gregg L. The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD. *Behav Res Ther* 2006; 44(11): 1643-56.
10. Becker CB, Darius E, Schaumberg K. An analog study of patient preferences for exposure versus alternative treatments for posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2007; 45(12): 2861-73.
11. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(6): 635-41.
12. Arntz A, Tiesema M, Kindt M. Treatment of PTSD: a comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2007; 38(4): 345-70.
13. Tufnell G, Dejong. Stress and post-traumatic stress disorder. *Pediatrics and Child Health* 2009; 19(2): 79-83.
14. Parrish CL, Radomsky AS, Dugas MJ. Anxiety-control strategies: is there room for neutralization in successful exposure treatment? *Clin Psychol Rev* 2008; 28(8): 1400-12.
15. Baeyens C. Secondary prevention of posttraumatic stress disorder: challenging psychological debriefings. *Encephale* 2003; 29(6): 535-44.
16. Devilly GJ, Annab R. A randomised controlled trial of group debriefing. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39(1): 42-56.
17. Jenkins SR. Social Support and Debriefing Efficacy among Emergency Medical Workers after a Mass Shooting Incident. *Journal of Social Behavior and Personality* 1996; 11(3): 477-92.
18. Carlier IV, Voerman AE, Gersons BP. The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *Br J Med Psychol* 2000; 73 (Pt 1): 87-98.
19. Carlier IV, Lamberts RD, Van Uchelen AJ, Gersons BPR. Disaster-related post-traumatic stress in police officers: a field study of the

- impact of debriefing. *Stress Medicine* 1998; 14(3): 143-8.
20. Rhoads J, Pearman T, Rick S. PTSD: therapeutic interventions post-Katrina. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2008; 20(1): 73-81, vii.
 21. Jacobs J, Horne-Moyer HL, Jones R. The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. *Int J Emerg Ment Health* 2004; 6(1): 5-14.
 22. Regel S, Joseph S, Dyregrov A. Psychological debriefing in cross-cultural contexts: ten implications for practice. *Int J Emerg Ment Health* 2007; 9(1): 37-45.
 23. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2007; 2: 45-56.
 24. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures. New York, Guilford Press. 1995; pp22-6.
 25. Silver SM, Rogers S, Russell M. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of war veterans. *J Clin Psychol* 2008; 64(8): 947-57.
 26. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for PTSD: a meta-analysis. *Clin Psychother* 1995; 5: 126-45.
 27. Lamprecht F, Kohnke C, Lempa W, Sack M, Matzke M, Munte TF. Event-related potentials and EMDR treatment of post-traumatic stress disorder. *Neurosci Res* 2004; 49(2): 267-72.
 28. Hogberg G, Pagani M, Sundin O, Soares J, Aberg-Wistedt A, Tarnell B, et al. Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry Res* 2008; 159(1-2): 101-8.
 29. Bossini L, Tavanti M, Calossi S, Marino G, Pieraccini F. Sertraline versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): effects on hippocampal volumes and PTSD symptoms. *Basic and Clinical Neuroscience* 2008; 5: 262-79.
 30. Hertlein KM, Ricci RJ. A systematic research synthesis of EMDR studies: implementation of the platinum standard. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5(3): 285-300.
 31. Bean MK, Gibson D, Flattery M, Duncan A, Hess M. Psychosocial factors, quality of life, and psychological distress: ethnic differences in patients with heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs* 2009; 24(4): 131-40.
 32. Leonhardt J, Vogt J. Cultural differences in dealing with critical incidents. *Int J Emerg Ment Health* 2009; 11(3): 155-64.
 33. Knight BG, Sayegh P. Cultural values and caregiving: the updated sociocultural stress and coping model. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010; 65B(1): 5-13.
 34. Wade AG, Johnson PC, McConnachie A. Antidepressant treatment and cultural differences--a survey of the attitudes of physicians and patients in Sweden and Turkey. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 93.
 35. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 97-104.
 36. Kapfhammer HP. Therapeutic possibilities after traumatic experiences. *Psychiatr Danub* 2008; 20(4): 532-45.
 37. Mendes DD, Mello MF, Ventura P, Passarela CM, Mari JJ. A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy

- for posttraumatic stress disorder. *Int J Psychiatry Med* 2008; 38(3): 241-59.
38. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. London, Routledge, 1988.
39. Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 1997; 27(1): 153-60.
40. Chen CH, Lin SK, Tang HS, Shen WW, Lu ML. The Chinese version of the Davidson Trauma Scale: a practice test for validation. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55(5): 493-9.
41. Chen CH, Shen WW, Tan HK, Chou JY, Lu ML. The validation study and application of stratum-specific likelihood ratios in the Chinese version of SPAN. *Compr Psychiatry* 2003; 44(1): 78-81.

Comparing the Effectiveness of Psychological Debriefing, Eye Movement Desensitization Reprocessing, and Imaginal Exposure on Treatment of Chronic Post-traumatic Stress Disorder

Khosropour F., Ph.D.¹, Ebrahimejad Gh., Ph.D.², Salehi M., Ph.D.³, Farzad V., Ph.D.³

1. Ph.D. in Psychology, Tehran Central Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychiatry & Behavior Science Committee, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran Central Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

* Corresponding author; e-mail: farshid2002@yahoo.com

(Received: 19 Nov. 2010 Accepted: 25 May 2011)

Abstract

Background & Aims: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is considered as one of the most prevalent disorder during the life time and can negatively influence the individual, family and social relationships of patients; so, prevention and treatment of this disorder is highly important. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), psychological debriefing (PD), and imaginal exposure (IE) are some treatment methods; but there is controversy about long effects of these treatments, especially among chronic patients.

Method: In a semi experimental study, a total of 54 adult male patients, based on Davidson scale and psychiatric diagnostic, were randomly selected, and then were divided into 3 equal therapy groups. All participants were evaluated before, after and 3 months after the treatment. Data were analyzed through the repeated variance and Duncan post-hoc tests.

Results: Psychological debriefing and eye movement desensitization and reprocessing were better than imaginal exposure in relief of chronic post-traumatic stress disorder signs and remaining the effectiveness in three months follow-up.

Conclusion: It is concluded that all of the above methods are effective on chronic post-traumatic stress disorder and the efficacy of the therapeutic techniques would be still in force even after 3 months. Considering the importance of psychological interventions, it is necessary that such methods be taught to psychologists so that they can use them after traumatic accidents.

Keywords: Chronic post-traumatic stress disorder, Eye movement desensitization reprocessing, Debriefing, Exposure therapy