

اثربخشی درمانگری مبتنی بر مواجهه روایی در بهبود اختلال استرس پس از ضربه

و حافظه سرگذشتی

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۷/۱۱

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۶/۱۷

مونا شیورانی*، پرویز آزادفلاح**، علیرضا مرادی***، حسین اسکندری****

چکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از ضربه، یک اختلال اضطرابی تضعیف کننده است که تعداد قابل توجهی از بازماندگان ضربه‌های روانشناختی بزرگ را مبتلا می‌سازد و موجب بروز اختلالاتی در حافظه سرگذشتی می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی بهبود حافظه سرگذشتی و مؤلفه‌های مرتبط، به واسطه درمان مواجهه‌روایی بود. درمان مذکور، شامل بسیاری از مؤلفه‌های مواجهه‌سازی، به علاوه مؤلفه‌هایی از درمان مبتنی برشواهد است.

روش: ۲۴ نفر از زنان تهرانی با تجربه خیانت‌همسر و دارای استرس پس از ضربه، با جایگزینی تصادفی در گروه‌های کنترل و آزمایش قرار گرفتند. همه افراد، مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند، سپس مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد (IES-R)، آزمون حافظه سرگذشتی، آزمون تعیین اهداف و آزمون جملات بیست‌گانه را تکمیل کردند و مصاحبه حافظه سرگذشتی از ایشان گرفته شد. گروه آزمایش هشت جلسه درمان را پشت سر گذاشتند و گروه کنترل مداخله درمانی دریافت نکردند، سپس افراد هر دو گروه، مقیاس و سه آزمون را دوباره بلافاصله پس از درمان و سه ماه پس از آن تکمیل نمودند و به مصاحبه حافظه سرگذشتی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل آماری نشان داد استرس پس از ضربه در گروه آزمایش، بلافاصله پس از درمان و سه ماه پس از آن به طور معنادار کاهش پیدا کرد. میزان اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی افزایش معنادار داشت. محتوای غیرمرتبط با ضربه و بارهیجانی مثبت در تعریف از خود در گروه آزمایش به طور معنادار افزوده شد. میزان استقلال اهداف بیان شده تغییر چشمگیری نشان نداد.

نتیجه گیری: موفقیت درمان مواجهه‌روایی در بهبود نشانه‌های استرس پس از ضربه، مؤید این است که خاطره ضربه به خوبی در حافظه سرگذشتی یکپارچه شده است و با شکسته شدن شبکه ترس و دسترسی به جزئیات حافظه سرگذشتی، اختلالات مرتبط با این حافظه نیز بهبود یافته‌اند.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از ضربه، حافظه سرگذشتی، تعریف خود، درمان مواجهه‌روایی، خیانت همسر.

m.shivarani@modares.ac.ir

azadfa_P@modares.ac.ir

moradi@khu.ac.ir

Sknd@atu.ac.ir

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

** نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

*** استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

**** دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

مقدمه

یکی از فرآیندهای روانشناختی برجسته درگیر در اختلال استرس پس از ضربه^۱، حافظه سرگذشتی است (۱). نشانه کلیدی این وضعیت یادآوری‌های ناخواسته ضربه است (۲) که اغلب شکلی مملو از احساس، مرور تصاویر گذشته^۲ با هیجان بالا و بازسازی تجارب زنده به خود می‌گیرد (۳). علی‌رغم اینکه افراد مبتلا به استرس پس از ضربه، ضربه را با تمام جزئیاتش به خاطر می‌آورند، به طور نسبی در دسترسی به جزئیات اختصاصی جنبه‌های غیرمرتبط با ضربه در حافظه سرگذشتی‌شان مشکل دارند. به عنوان مثال، یادآوری سرگذشتی ایشان از رویدادهای گذشته در پاسخ به کلمات نشانه در تکالیف آزمایشگاهی، نسبتاً کلی است تا اینکه بر رویدادهای مشخصی تمرکز داشته باشد (۵و۴). این پدیده با نام بیش کلی‌گرایی حافظه سرگذشتی^۳ به عنوان نشانگر شناختی اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی شناخته شده است (۵ و ۶). این فرض مطرح است که شیوه بازیابی بیش کلی‌گرایی حافظه، به عنوان یک راهبرد اجتناب شناختی در پاسخ به خاطرات آزاردهنده و اغلب مزاحم تجربه ضربه، گسترش می‌یابد. به ویژه ممکن است بازماندگان آسیب، در تلاش برای اجتناب از بازیابی خاطرات اختصاصی که دردناک و تأثیرگذار هستند، یک شیوه بازیابی بیش کلی‌گرا را اختیار کنند، چراکه خاطرات کلی نسبت به یادآوری خاطرات رویدادی اختصاصی احتمالاً تأثیر کمتری ایجاد می‌کند. در نهایت، تلاش برای کمینه کردن بازیابی خاطرات اختصاصی می‌تواند الگوی پاسخ عادی و غیرمنعطف و بنابراین، شیوه عام‌تری از اجتناب را ایجاد کند (۷و۵). کاهش اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی شخصی^۴ در مبتلابان استرس پس از ضربه، شامل دسترسی تضعیف شده حتی به خود خاطرات ضربه، تلویحات مهمی برای کارکرد شناخت روزمره دارد. اول اینکه کاهش اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی در استرس پس از ضربه با اختلال در حل مسأله روزمره مرتبط است (۸). چراکه در حقیقت حل مسأله‌ی مجدد، تقریباً همیشه از یادآوری موارد خاص موقعیت‌های مشابه در گذشته و چگونگی دسترسی به آن‌ها، سودمی‌جوید. مسأله دوم و البته مرتبط با قبلی این است که اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی کاهش یافته در مورد گذشته به طور قوی با اشکال در تصویرسازی رویدادهای

خاص در آینده مرتبط است (۹) که در نتیجه بر توانایی برنامه‌ریزی موثر زندگی روزمره تأثیر می‌گذارد. سوم، اشکال در دسترسی به اطلاعات اختصاصی در مورد گذشته، شامل اطلاعات در مورد ضربه نیز می‌شود که در توانایی به روزسازی و بازسازی خاطره ضربه مداخله می‌کند و این‌ها فرآیندهایی است که برای بهبود استرس پس از ضربه، خصوصاً در درمان، محوری به شمار می‌آید (۹). مبحث کلیدی این است که تغییر فرآیند جست و جوی سیستم حافظه سرگذشتی به سمت اطلاعات کلی، سودمندی‌ای برای کاهش خاطرات مزاحم ضربه ندارد. در حقیقت یادآوری مزاحم غیراختیاری رویدادهای خاص، شامل "دسترسی مستقیم" به بازنمایی رویدادهای خاص در سلسله مراتب حافظه است، بنابراین جستجوی سلسله مراتبی را که زیربنای بازیابی اختیاری است، پس می‌زند (۱۰). این مسأله که کاهش اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی، نقش سازگاران‌های در بهبود نشانه‌ها ندارد و به علاوه پیش‌آگهی مرضی برای برخی اختلالات بالینی، مثل استرس پس از ضربه است، موجب برانگیخته شدن مداخله‌های بالینی متمرکز بر افزایش اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی شد. هدف چنین برنامه‌هایی (به عنوان مثال برنامه آموزش اختصاصی بودن حافظه^۵) خنثی کردن و حتی معکوس کردن چنین مشکلات ثانوی است. این نکته بسیار مهم است که پژوهش‌ها مطرح می‌کنند بیش کلی‌گرایی حافظه یک ویژگی ثابت از مدل حافظه فرد نیست، بلکه قابل تغییر است (۱۱). در نتیجه، تلاش‌های بالینی برای بهبود اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی، می‌تواند نتایج بالینی مثبتی برای بیماران با استرس پس از ضربه داشته باشد (۱۲). وانگ^۶ و کانوی^۷ (۱۳) باور دارند که یک رابطه پیچیده و نزدیک میان حافظه سرگذشتی و خود وجود دارد، به این صورت که "خود"، ابزاری جهت رمزگذاری، سازمان‌دهی و بازیابی خاطرات سرگذشتی می‌باشد و خاطرات سرگذشتی، "خود تأییدشده" از نظر فرهنگی را به

1- post-traumatic stress disorder

2- flash back

3- Over-General Autobiographical Memory (OGM)

4- Autobiographical Memory Specificity (AMS)

5- Program of Memory Specificity Training

6- Wang

7- Conway

می‌تواند شامل رویدادهای تکراری یا یک رویداد تنها باشد و توصیف می‌کند زندگی در آن زمان چگونه بوده است، مثل خاطره رفتن به محل کار. سطح سوم شامل دانش اختصاصی است و شامل اطلاعات بافتاری دقیق در مورد موقعیت‌های خاص مثل یک عروسی. علاوه بر این اطلاعات بافتاری ذخیره شده، اطلاعات حسی و ادراکی (که به حافظه داغ برمی‌گردد)، با دانش خاص رویداد مرتبط می‌شود (۱۸ و ۱۹). حافظه داغ شامل اطلاعات دقیق حسی مثل ادراک‌های شناختی و هیجانی و همچنین پاسخ‌های حرکتی و فیزیولوژیک است، که همه در هم تنیده شده است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد برخلاف حافظه سرد، ساختارهای سیستم لیمبیک^۷ مرتبط با هیجان، شدیداً در بازنمایی‌های ادراکی حسی از رویداد دخیل هستند. این بازنمایی‌های ادراکی حسی در رویدادهای ضربه‌ای، به عنوان شبکه ترس^۸ یا ساختارهای ترس^۹ شناخته می‌شوند (۲۰). به طور خلاصه می‌توان گفت که یکپارچه نشدن خاطره ضربه در حافظه سرگذشتی، موجب بازیابی ترجیحی خاطره ضربه و دسترسی غیراختیاری به آن می‌شود. از آنجائیکه این یادآوری دردناک و ناخوشایند است، فرد با راهبرد اجتناب شناختی و بازنمایی خاطرات در سطوح کلی، سعی می‌کند تا از تجربه هیجان منفی مرتبط با خاطره ضربه بکاهد (کارکرد تنظیم اثر). بنابراین از یک طرف دسترسی غیراختیاری به خاطره ضربه، موجب بروز نشانه‌های افکار ناخواسته و برانگیختگی از نشانگان اختلال استرس پس از ضربه می‌شود؛ و از سوی دیگر عدم دسترسی اختیاری به خاطره ضربه و در نهایت خاطرات اختصاصی، نشانه‌های اجتنابی اختلال استرس پس از ضربه را ایجاد می‌کند. منطقی است که برای درمان این اختلال‌ها، چرخه معیوب تولید آن‌ها شکسته شود. براساس

عنوان کنش اولیه، ایجاد، ابراز و حفظ می‌کند. از دیگر نقائص یادآوری حافظه سرگذشتی مربوط به استرس پس از ضربه، اصرار این افراد برای تعریف خود بر اساس رویداد ضربه‌ای است. همچنین این افراد بیشتر سعی دارند اهداف خود را نیز حول محور ضربه تعریف کنند (۱۴). برنتسن و روبین معتقدند که این نوع هدف‌گزینی و در نظر گرفتن خود براساس محتوای ضربه به این دلیل است که خاطرات ضربه دردسترس‌تر هستند و به راحتی برانگیخته می‌شوند. بنابراین حافظه مربوط به ضربه با گذشت زمان در این افراد به صورت برجسته‌تری خود را نشان می‌دهد و به یکی از اجزاء تشکیل‌دهنده مفهوم خود در این افراد تبدیل می‌شود، ناگزیر این افراد برای توصیف خود و بیان اهدافشان از حافظه مربوط به ضربه استفاده می‌کنند. یکی از درمان‌های شناخته شده برای استرس پس از ضربه و مشکلات همراه با آن، درمان مواجهه روایی^۲ است. درمان مواجهه روایی، رویکردی کوتاه مدت مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر گواهی دادن^۳ است (۱۵). در رویکردهای درمانی مبتنی بر گواهی دادن (مثل مواجهه طولانی مدت^۴ و درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب)، قربانیان به تجاوزهایی که متحمل شده‌اند، گواهی می‌دهند. با توجه به مبانی نظری این درمان، یکی از اهداف درمان مواجهه روایی، بهبود رمزگذاری در حافظه سرگذشتی اخباری (حافظه سرد)^۵ در شرایطی است که حافظه سرگذشتی غیراخباری (حافظه داغ)^۶ فعال شده است. درمان مواجهه روایی، شرح حال یکپارچه‌ای از رویداد ضربه‌ای در بافتی از روایت کل زندگی فرد می‌سازد (۱۶) و کمک می‌کند تجارب ضربه‌ای در بافت حافظه سرگذشتی قرار گیرد؛ این روش، رویداد را در زمان نگاه می‌دارد و تهدید کنونی را کاهش می‌دهد. در نهایت برقراری پیوند دوباره میان عناصر شبکه ترس و حافظه رویدادی، موجب تسکین فرد می‌شود (۱۷). حافظه سرد شامل اطلاعات بافتاری در مورد زندگی شخص در سطوح متفاوت طبقه بندی همراه با اطلاعات خاص از هر دوره است (۱۸). اولین و در دسترس‌ترین سطح شامل اطلاعات مربوط به دوره‌های زندگی است که مراحل را در زندگی مثل اینکه در زمان خاصی کجا زندگی می‌کرده، توصیف می‌کند (۱۶). سطح دوم شامل اطلاعات در مورد رویدادهای کلی است. این سطح

1- sanctioned self

2- Narrative Exposure Therapy (NET)

3- testimony therapy

4- prolonged exposure

5- declarative 'cold' memory

6- non-declarative 'hot' memory

7- limbic structures

8- fear network

9- fear structure

التیام، شفادهنگی و تغییر و تحول است و از این رو حفظ و تداوم خانواده از اهمیت زیادی برخوردار است. براین اساس پژوهش حاضر استرس پس از ضربه ناشی از خیانت زناشویی را مد نظر قرار داد تا بتواند بخشی از آسیب موجود در خانواده را التیام بخشد.

در پژوهش حاضر تلاش شده است تا از طریق درمانگری مبتنی بر مواجهه، تغییر در حافظه سرگذشتی و بهبود اختلال پس از ضربه مورد واریسی تجربی قرار گیرد. لازم به تأکید است که اختلال استرس پس از ضربه در این مطالعه در مورد زنانی که در معرض خیانت همسر قرار داشته‌اند، مورد بررسی قرار گرفته است. این دسته از مبتلایان به استرس پس از ضربه، کمتر در پژوهش‌های اختلالات اضطرابی مورد توجه قرار گرفته‌اند و مطالعه در مورد ایشان تلویحات جالب و منحصر به فردی دارد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر در قالب یک واریسی آزمایشی و با استفاده از دو گروه آزمایش و کنترل که جایگزینی آزمودنی‌ها در آنها به صورت تصادفی بود، انجام شد. پژوهش دارای طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون پیگیری با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زنان متأهل و مطلقه شهر تهران بودند. افراد نمونه، از طریق مراجعه به ده مرکز مشاوره در شهر تهران، از میان مراجعه‌کنندگان با شکایت خیانت همسر، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. این افراد توسط پژوهشگر مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند و مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر رویداد (IES-R) را تکمیل کردند. ۲۴ نفر که با تجربه خیانت همسر، دارای نشانگان اختلال استرس پس از ضربه بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند؛ سپس با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در گروه آزمایش یک نفر ریزش نمونه وجود

همین پایه نظری، درمان مواجهه‌روایی، با تلاش برای ساختن یک روایت منسجم، دقیق و زماندار، شامل تمام اطلاعات حسی، ادراکی و فیزیولوژیکی، فرد مبتلا را در جهت دستیابی اختیاری به حافظه سرگذشتی کمک می‌کند. به این صورت که با بیان روایت ضربه در بافت روایت کل زندگی، تجارب ضربه‌ای در بافت حافظه سرگذشتی قرار می‌گیرند و پیوند میان عناصر شبکه ترس (خاطره جداشده ضربه) و حافظه سرگذشتی رویدادی برقرار می‌شود (۱۷). منطق زیربنایی درمان مواجهه‌روایی این است که با به کلام درآوردن خاطره ضربه، تضاد بین ترس و امید برای فاش ساختن رویداد ضربه‌ای را که به خاموش شدگی فرد منجر می‌شود و دلیل محوری رخداد آسیب روانشناختی را شکل می‌دهد، می‌شکند. مروری بر مقالات انجام شده در رابطه با این درمان، نشان می‌دهد که مقالات قابل استنادی (برای مثال: ۱۷، ۱۸ و ۲۱) مبانی نظری آن را در رابطه با مسائل شناختی و حافظه تأیید می‌کنند. پژوهش‌های بسیاری نیز به صورت آزمایشی و کنترل شده به بررسی خود درمان مواجهه‌روایی پرداخته‌اند و تأثیر مثبت این درمان را بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال استرس پس از ضربه و اختلالات همراه آن مانند افسردگی و اضطراب نشان داده‌اند (برای مثال: ۱۵، ۲۱ و ۲۲). استرس پس از ضربه، در زمره اختلالات مرتبط با ضربه قرار دارد؛ یکی از رویدادهای ضربه‌ای که می‌تواند موجب بروز این اختلال شود، خیانت زناشویی است. خیانت، یکی از مخرب‌ترین و رایج‌ترین بحران‌هایی است که زوج با آن مواجه می‌شوند. فربرادر^۱ و همکاران (۲۳) تأکید می‌کنند برخی واکنش‌های آسیب‌زای خیانت، شبه اختلال تنیدگی پس از ضربه^۲ است: کرختی هیجانی، تنیدگی، اجتناب از یادآورنده‌ها، تصاویر مزاحم، نشخوار فکری، آینده کوتاه شده^۳، بیش‌اشتهالی ذهنی با شکست اعتماد، شک به خویشتن و خشم. گلس^۴ و رایت^۵ (۲۴)، براون^۶ (۲۵) و بسیاری پژوهش‌های دیگر نیز در رابطه با خیانت زناشویی، تأیید می‌کنند که این رویداد موجب بروز وسواس اجبار، افسردگی و هم‌چنین نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از ضربه می‌شود. خیانت، یکی از آسیب‌زاترین رویدادهایی است که می‌تواند خانواده را با بحران مواجه‌کند؛ درحالی‌که خانواده در زمره مهم‌ترین سیستم‌های اجتماعی قرار دارد که کانون رشد، تکامل،

1- Fairbrother
2- PTSD-like
3- foreshortened future
4- Glass
5- Wright
6- Brown

داشت و یک نفر هم در مرحله پیگیری از دسترس پژوهشگر خارج شده بود.

معیارهای ورود برای گروه نمونه اصلی این پژوهش به شرح زیر بود: ۱. خیانت همسر را تجربه کرده باشد. ۲. هم اکنون خیانت همسر ادامه نداشته باشد (به واسطه جدایی از همسر یا تغییر رویه زندگی).

شاخص‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل بررسی شد. دامنه سنی کل شرکت‌کنندگان بین ۲۸ تا ۵۱ سال با میانگین سنی ۳۷/۷۴ سال (انحراف معیار = ۷/۵۶) بود. میانگین \pm انحراف استاندارد سن آزمودنی‌های مورد بررسی به ترتیب گروه آزمایش و کنترل، ۴۰/۲۷ \pm ۷/۸۲ و ۳۵/۴۲ \pm ۶/۸۲ بود. میانگین سنی و وضعیت تحصیلی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل از طریق آزمون تی و مجذور خی مقایسه گردیدند و تفاوت معناداری مشاهده نشد.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور ۱: یک مصاحبه کلینیکی نیمه ساختار یافته است که برای تشخیص‌گذاری اختلال‌های عمده محور I براساس DSM_IV به کار می‌رود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۹). یکی از اهداف در ایجاد و گسترش SCID تهیه یک ابزار کارآمد و کاربرپسند بود، به گونه‌ای که مجامع کلینیکی بتوانند از فواید مصاحبه ساختار یافته بهره‌مند شوند. در مطالعه‌ای که اخیراً توسط بسکو و همکاران او انجام شد فواید بالقوه SCID برای استفاده در کلینیک بهداشت روانی مورد آزمایش قرار گرفت و به این نتیجه رسید که SCID می‌تواند برای تضمین یک تشخیص پایا و دقیق در کلینیک بهداشت روانی مورد استفاده قرار گیرد. SCID شامل دو نسخه بالینی (SCID-CV) و پژوهشی است که در این مطالعه برای تشخیص اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی از نسخه بالینی استفاده شد. نسخه فارسی این مصاحبه، ابزار معتبری برای تشخیص‌گذاری برای مقاصد بالینی، پژوهشی و حتی آموزشی است (۲۶).

۲- مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد: این مقیاس به وسیله ویس^۳ و مارمر^۴ (۲۷) هماهنگ با مقیاس‌های DSM-IV برای تشخیص اختلال استرس پس از ضربه تدوین گشت. مقیاس IES اصلی (۲۸) تنها دو ملاک افکار

ناخواسته و اجتناب از سه ملاک لازم برای تشخیص اختلال استرس پس از ضربه را شامل می‌شد. IES-R برای پوشش علائم بیش‌انگیزگی تدوین شده است. به مقیاس تجدیدنظر شده، ۷ ماده اضافه شد و این مقیاس شامل ۲۲ ماده است. آزمودنی‌ها می‌بایست هر ماده را در یک مقیاس لیکرت شامل ۰ (هرگز)؛ ۱ (بندرت)؛ ۲ (گاهی)؛ ۳ (اغلب) و ۴ (بشدت)؛ در طی هفت روز گذشته مشخص کنند. ویس و وارمر (۲۷) همسانی درونی سه خرده مقیاس را بسیار بالا اعلام کردند؛ ضریب آلفا برای افکار ناخواسته بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲، برای اجتناب ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ و برای بیش‌انگیزگی از ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ در نوسان بوده است. همچنین ضرایب همبستگی آزمون-بازآزمون خرده مقیاس‌ها به ترتیب زیر به دست آمد: افکار ناخواسته ۰/۵۷، اجتناب ۰/۵۱ و بیش‌انگیزگی ۰/۵۹. نسخه فارسی IES-R دارای سازگاری درونی مناسب با آلفای کرونباخ بین ۰/۸۷-۰/۶۷ و پایایی خوب در آزمون-بازآزمون می‌باشد (۰/۸-۰/۹۸)؛ $p < ۰/۰۰۱$ (۲۹).

۳- آزمون حافظه سرگذشتی: آزمونی است برای بررسی حافظه سرگذشتی رویدادی که توسط ویلیامز^۶ و برودبنت^۷ (۳۰) به کار برده شد. در این آزمون از آزمودنی خواسته می‌شود که با هر لغت، رویدادی (خاطره‌ای) را که توسط آن لغت یادآوری می‌شود، بنویسد. هر لغت روی یک کارت ۱۵ در ۲۰ نوشته شده و به آزمودنی نشان داده می‌شود. توضیح داده می‌شود که رویداد یادآوری شده می‌تواند مهم یا کم اهمیت، مربوط به دوران گذشته یا اخیر باشد، اما باید یک رویداد اختصاصی باشد؛ چیزی که در یک زمان و مکان خاص رخ داده و دارای یک مدت زمان محدود (یک روز یا کمتر) است. در این تکلیف پنج لغت دارای بار هیجانی مثبت شامل خوشحالی، موفقیت، آرامش، امنیت و پذیرش بود و پنج لغت دارای بار هیجانی منفی، تأسف، طرد، درد و رنج، قربانی و ناامیدی بود. برای بازیابی هر خاطره ۳۰ ثانیه

1- Structured Clinical Interview for DSM- I(SCID-I)

2- Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

3- Weiss

4- Marmar

5- Autobiographical Memory Test (AMT)

6- Williams

7- Broadbent

مجموع نمرات هر دو بعد (استقلال و وابستگی) و نسبت هر کدام به نمره کل به دست می‌آید.

۶- تکلیف جملات بیست‌گانه^۳ (من کسی هستم که ...): در تکلیف جملات بیست‌گانه (۳۲) از آزمودنی خواسته می‌شود تا بیست جمله در پاسخ به سوال "من کیستم؟" بنویسد. پژوهشگران از این تکلیف فراوان برای سنجش احساس افراد از خود استفاده کرده‌اند. ویژگی‌های روانسنجی این تکلیف خوب گزارش شده است. نمره‌گذاری این مقیاس در دو قسمت اصلی انجام می‌شود: ۱. ارتباط یا عدم ارتباط با ضربه؛ توصیف دارای محتوای ضربه مثل "من می‌خواهم زنده بمانم"، ۲. شخصی یا جمعی بودن؛ اگر تعریف ارائه شده به بیان علائق، استعداد یا ویژگی‌های فردی پردازد، شخصی تلقی می‌شود و اگر به یک جمع وابسته باشد، جمعی تلقی می‌شود. مثلاً "من یک ورزشکار هستم" شخصی و "من یک زن هستم" یک توصیف جمعی است.

روند اجرای پژوهش: پس از فرآیند نمونه‌گیری افراد به گروه‌های کنترل و آزمایش تقسیم شدند. افراد گروه آزمایش به صورت انفرادی در جلسات درمان شرکت کردند. جلسات درمان، در یکی از مراکز مشاوره و توسط پژوهشگر انجام شد. فرآیند درمان براساس دستورالعمل درمان مواجهه‌روایی انجام شد. این درمان به صورت مقدماتی برای تعدادی از افراد مشابه آزمودنی‌های پژوهش انجام شد، جلسات ضبط شده در اختیار متخصصان صاحب نظر قرار داده شد و پس از تایید ایشان، فرآیند درمان پژوهش انجام شد. پیش از شروع درمان، یک جلسه آموزش روان‌شناختی برای هر شرکت‌کننده در نظر گرفته شد تا شرایط و زمان جلسات درمان و تغییرات روان‌شناختی در طی فرآیند درمان برای شرکت‌کننده توضیح داده شود. هم‌چنین مبانی نظری درمان با زبان بسیار ساده و روان برای شرکت‌کننده توضیح داده شد. شرکت‌کننده فرصت داشت در این جلسه سوالات، ابهامات و محدودیت‌های خود را بیان کند. در پایان این جلسه رضایت‌نامه شرکت در جلسات درمان توسط شرکت‌کننده و درمانگر امضا می‌شد.

زمان در نظر گرفته می‌شود. نمره‌گذاری این مقیاس به این صورت است که اگر رویداد تعریف شده، دارای مکان و زمان خاص باشد، نمره ۱ تعلق می‌گیرد و اگر رویداد شامل کلی‌گویی باشد و به رویداد مشخصی اشاره نکند، نمره صفر می‌گیرد.

۴- مصاحبه حافظه سرگذشتی^۱: این مصاحبه برای گروه سنی هجده سال به بالا مناسب است که در قالب یک مصاحبه ساختاریافته شامل دو بخش اجرا می‌شود. بخش اول مربوط به حافظه سرگذشتی معنایی است و به ارزیابی یادآوری گذشته زندگی افراد می‌پردازد. در این بخش، آزمودنی ملزم به یادآوری حقایق زندگی گذشته مربوط به دوران کودکی، ابتدای بزرگسالی و وقایع دوران اخیر است (مثل محل سکونت در یک دوره خاص). بخش دوم مربوط به حافظه سرگذشتی رویدادی همان سه دوره زمانی است. پاسخ‌ها براساس میزان جزئیات دقیق نمره داده می‌شود؛ به عنوان مثال نام و نام خانوادگی کامل نمره ۱، اما نام تنها نمره ۰/۵ می‌گیرد. مجموع نمرات هر سه بخش، نمره کل آزمون را شکل می‌دهد. این آزمون ساده است و قابلیت اجرای نسبتاً سریع دارد.

استفاده هم‌زمان از آزمون حافظه سرگذشتی و مصاحبه حافظه سرگذشتی، امکان مقایسه میان حافظه سرگذشتی معنایی و رویدادی را فراهم می‌آورد و می‌توان با اطمینان بیشتری نتایج حاصل از این دو آزمون را که هرکدام به ارزیابی جنبه متفاوتی از حافظه سرگذشتی می‌پردازد، در ارتباط با نشانه‌های خاص استرس پس از ضربه مورد بررسی قرار داد.

۵- تکلیف اهداف شخصی^۲: این تکلیف برای بررسی اهداف شخصی افراد طراحی شده است (۱۴ و ۳۱). در این تکلیف، از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود پانزده هدفی را که دستیابی به آنها برایشان مهم است در فضای تعیین شده بنویسند. اهداف بیان شده زمانی مستقل تلقی می‌شوند که پاسخ‌ها به اهداف و برنامه‌های فردی مربوط باشد و نتوان آن را به افراد دیگر نسبت داد، به عنوان مثال "من می‌خواهم در کارم موفق باشم". اگر اهداف بیان شده به نحوی با دیگران در ارتباط باشد، نمره وابستگی می‌گیرد، برای مثال "می‌خواهم مردم را بهتر بشناسم". در نهایت

1- Autobiographical Memory Interview (AMI)

2- personal goals task

3- Twenty Statement Test (TST)

میانگین سنی و وضعیت تحصیلی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل از طریق آزمون تی و مجذور خی مقایسه گردیدند و تفاوت معناداری مشاهده نشد. نمونه پژوهش با مقدار چولگی $0/474-$ و کشیدگی $0/301$ ، دارای توزیع نرمال و کشیدگی متقارن بود.

برای بررسی تفاوت نمرات اندازه‌های مورد نظر پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد. آزمون کرویت موخلی نیز برای بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس انجام شد (Mauchly's $W=0/925$) و عدم معناداری ($p=0/477$) این آزمون در تمام موارد، غیر از حافظه سرگذشتی معنایی و رویدادی، نشان داد مفروضه کرویت برقرار است و دلیلی بر ناهمگنی کوواریانس‌ها وجود ندارد.

جهت بررسی و تعیین میزان اثربخشی درمان مواجهه‌روایی بر کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه، بهبود حافظه سرگذشتی، خودتعریفی و تعیین اهداف، در مراحل پس از درمان (پس‌آزمون) و سه ماه پس از آن (پیگیری)، از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. نتایج مربوط به مقایسه میانگین اندازه‌های مورد بررسی گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش و پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ و هم‌چنین اندازه F ، سطح معناداری و میزان تأثیر مقایسه پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پس‌آزمون - کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

اولین جلسه درمان، با این سوال ساده که "کی و کجا به دنیا آمدید؟" شروع می‌شد و به این شیوه به شرکت‌کننده کمک می‌شد تا بیان سرگذشتی خودش را آغاز کند. با توجه به موضوع پژوهش حاضر انتظار این بود که رویداد آسیب‌زا در سال‌های بزرگسالی فرد رخ داده باشد، به هرصورت از بیان رویدادهای کودکی تا بزرگسالی، از طریق تمرکز بر هیجانات، احساسات، حالات فیزیولوژیک و شرایط محیطی خاطرات، برای آموزش ضمنی و تمرین بیشتر شیوه درمان استفاده می‌شد. جلسات طبق دستورالعمل بین ۱-۲ ساعت طول می‌کشید.

در پایان هر جلسه، روایت بیان شده در جلسه توسط درمانگر خوانده می‌شد و اگر نیاز به اصلاح داشت، شرکت‌کننده انجام می‌داد. دوباره کل روایت در ابتدای جلسه بعد خوانده می‌شد و اگر شرکت‌کننده لازم می‌دانست بخش‌هایی را اضافه می‌کرد یا تغییراتی در آن می‌داد، سپس روایت را از همان جایی که تمام شده بود، ادامه می‌داد. جلسه پایانی با فاصله بیشتری از جلسه ماقبل آخر تنظیم می‌شد و در آخرین جلسه روایت کامل شرکت‌کننده، به صورت مکتوب درآمده، خوانده می‌شد و سپس یک نسخه از آن به شرکت‌کننده داده می‌شد.

با توجه به اینکه اصلی‌ترین معیار اتمام درمان، پایان یافتن خاطرات شرکت‌کننده تا زمان حال و رخداد خوگیری مناسب بود، یک جلسه اضافه‌تر برای دونفر از شرکت‌کنندگان منظور شد؛ بقیه شرکت‌کنندگان هشت جلسه، درمان دریافت کردند. در نهایت بعد از اتمام جلسات درمان، کل نمونه شامل گروه آزمایش و گروه کنترل، دوباره مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند و به آزمون‌ها و تکالیف پژوهش (که در پیش‌آزمون نیز پاسخ داده بودند)، پاسخ دادند. آزمون‌ها و تکالیف نمره‌گذاری شدند و تحلیل بر روی آنها انجام شد.

یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل، بررسی شد. دامنه سنی کل شرکت‌کنندگان بین ۲۸ تا ۵۱ سال با میانگین سنی $37/74$ سال (انحراف معیار = $7/56$) بود. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌های مورد بررسی به ترتیب گروه آزمایش و کنترل، $40/27 \pm 7/82$ و $35/42 \pm 6/82$ بود.

جدول ۱) آمارهای توصیفی گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
استرس پس از ضربه	آزمایش (N=10) کنترل (N=12)	۵۳/۹۰ (۱۲/۶۴) ۵۶/۷۵ (۱۰/۶۹)	۳۱/۷۰ (۱۳/۱۳) ۵۶/۴۲ (۱۱/۰۳)	۲۱/۲۰ (۱۴/۷۶) ۵۵/۹۲ (۱۴/۰۴)
حافظه سرگذشتی معنایی و رویدادی	آزمایش کنترل	۷۲/۳۰ (۲/۸۹) ۷۲/۷۵ (۱/۱۳)	۷۳/۱۰ (۲/۰۲) ۷۳/۰۸ (۰/۹۹)	۷۳/۲۰ (۱/۷۵) ۷۲/۹۲ (۱/۳۱)
خاطره شرح حال اختصاصی	آزمایش کنترل	۳/۲۰ (۲/۰۴) ۱/۹۲ (۲/۵۳)	۵/۳۰ (۳/۰۲) ۲/۲۵ (۲/۶۳)	۸/۲۰ (۱/۴۷) ۱/۶۷ (۲/۰۱)
خاطره با محتوای غیرضربه	آزمایش کنترل	۴/۴۰ (۱/۱۷) ۵ (۲/۵۵)	۵/۸۰ (۲/۳۰) ۴/۷۵ (۲/۷۶)	۶/۲۰ (۲/۳۹) ۳/۸۳ (۲/۰۸)
خاطره با بارهیجانی مثبت	آزمایش کنترل	۳/۵۰ (۱/۰۸) ۳/۷۵ (۱/۴۸)	۴/۷۰ (۱/۳۳) ۳/۴۲ (۱/۴۴)	۴/۹۰ (۱/۲۸) ۳/۱۷ (۱/۲۶)
خودتعریفی شخصی	آزمایش کنترل	۱۴/۲۰ (۳/۹۱) ۱۱/۵۰ (۳/۵۵)	۱۴/۲۰ (۲/۹۷) ۱۱/۱۷ (۴/۱۷)	۱۵ (۱/۸۸) ۱۰/۵۰ (۳/۴۲)
خودتعریفی با محتوای غیرضربه	آزمایش کنترل	۱۳/۴۰ (۴/۲۲) ۱۰/۶۷ (۵/۰۶)	۱۴/۸۰ (۲/۷۶) ۹/۷۵ (۴/۴۹)	۱۵/۹۰ (۰/۳۱) ۹/۱۷ (۴/۵۴)
خودتعریفی با بارهیجانی مثبت	آزمایش کنترل	۱۰/۱۰ (۴/۰۶) ۷/۴۲ (۴/۱۴)	۱۲/۸۰ (۲/۶۵) ۷/۵۰ (۴/۷۰)	۱۴/۱۰ (۲/۷۲) ۷ (۳/۴۶)
هدف مستقل	آزمایش کنترل	۸/۱۰ (۴/۳۵) ۶/۱۷ (۳/۵۸)	۹/۳۰ (۳/۸۰) ۶/۵۸ (۳/۲۸)	۹/۲۰ (۳/۲۲) ۶ (۲/۹۸)
هدف با محتوای غیرضربه	آزمایش کنترل	۱۰/۷۰ (۴/۴۲) ۸/۳۳ (۴/۴۷)	۱۳ (۳/۱۶) ۸/۴۲ (۳/۷۷)	۱۴ (۱/۰۵) ۷/۶۷ (۴/۱۴)

جدول ۲) نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پس‌آزمون-پیگیری

پس‌آزمون-پیگیری			پیش‌آزمون-پس‌آزمون			مراحل
ضریب تأثیر	سطح معناداری	اندازه F	ضریب تأثیر	سطح معناداری	اندازه F	متغیر
۰/۲۶	۰/۰۵	$F_{(۱,۲۰)} = ۶/۸۴$	۰/۶۶	۰/۰۰۱	$F_{(۱,۲۰)} = ۳۹/۰۴$	استرس پس از ضربه
۰/۰۸	۰/۲۱	$F_{(۱,۲۰)} = ۱/۶۹$	۰/۰۰۵	۰/۲۹	$F_{(۱,۲۰)} = ۱/۱۷$	حافظه سرگذشتی معنایی و رویدادی
۰/۳۹	۰/۰۰۱	$F_{(۱,۲۰)} = ۱۳$	۰/۱۶	۰/۰۵	$F_{(۱,۲۰)} = ۳/۸۰$	خاطره شرح‌حال اختصاصی
۰/۱۰	۰/۱۴	$F_{(۱,۲۰)} = ۲/۳۳$	۰/۱۴	۰/۰۵	$F_{(۱,۲۰)} = ۳/۲۱$	خاطره با محتوای غیرضربه
۰/۰۲	۰/۵۱	$F_{(۱,۲۰)} = ۰/۴۴$	۰/۱۹	۰/۰۵	$F_{(۱,۲۰)} = ۴/۵۶$	خاطره با بارهیجانی مثبت
۰/۰۹	۰/۱۷	$F_{(۱,۲۰)} = ۲/۰۵$	۰/۰۰۳	۰/۸۳	$F_{(۱,۲۰)} = ۰/۰۵$	خودتعریفی شخصی
۰/۱۶	۰/۰۵	$F_{(۱,۲۰)} = ۳/۷۷$	۰/۱۶	۰/۰۵	$F_{(۱,۲۰)} = ۳/۷۷$	خودتعریفی با محتوای غیرضربه
۰/۱۶	۰/۰۵	$F_{(۱,۲۰)} = ۳/۶۴$	۰/۱۱	۰/۱۴	$F_{(۱,۲۰)} = ۲/۳۴$	خودتعریفی با بارهیجانی مثبت
۰/۰۱	۰/۷۱	$F_{(۱,۲۰)} = ۰/۱۴$	۰/۰۲	۰/۵۶	$F_{(۱,۲۰)} = ۰/۳۶$	هدف مستقل
۰/۱۲	۰/۱۲	$F_{(۱,۲۰)} = ۲/۶۹$	۰/۱۵	۰/۰۷	$F_{(۱,۲۰)} = ۳/۵۹$	هدف با محتوای غیرضربه

درمان بر میزان اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی در هر دو مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پس‌آزمون-پیگیری اثر معنادار داشته است (جدول ۲)؛ به علاوه توانسته است تعداد خاطره با محتوای غیرضربه و هم چنین تعداد خاطره با بارهیجانی مثبت را افزایش دهد (جدول ۱). تفاوت نمرات خود تعریفی با محتوای غیرضربه در هر دو مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پس‌آزمون-پیگیری، معنادار است و اثر درمان و تداوم آن را تأیید می‌کند. درمان مواجهه‌روایی در افزایش خودتعریفی با بارهیجانی مثبت به طور موفق اثرگذار بوده است؛ در عین حال با توجه به نتایج (جدول ۲)، تغییر معناداری در جهت‌گیری شخصی تعریف خود ایجاد نکرده است. این درمان تأثیر معناداری در بیان اهداف مستقل و بیان اهداف با محتوای غیرضربه نداشت. با این وجود میانگین اهداف با محتوای غیرضربه، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سیر افزایش مناسبی دارد (جدول ۱) و این

نتایج بررسی نمرات استرس پس از ضربه نشان می‌دهد در گروه آزمایش که درمان را پشت سر گذاشته، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۲) و درمان اثرگذار بوده است. هم چنین بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۲)، به این معنا که اثر درمان پس از گذشت ۳ ماه از مداخله‌ی درمانی، تداوم داشته است. در رابطه با حافظه سرگذشتی معنایی و رویدادی، تفاوت معناداری دیده نمی‌شود؛ قابل توجه است که نمرات پیش‌آزمون، نمرات بالایی است (جدول ۱) و در دامنه نمرات بهنجار قرار دارد؛ به این معنا که اساساً استرس مورد بررسی، اختلالی در حافظه سرگذشتی معنایی و رویدادی که مصاحبه حافظه سرگذشتی آن را می‌سنجد، به وجود نیاورده است و نقصی وجود نداشته که با درمان بتواند بهبود یابد. علت عدم برقراری مفروضه تحلیل نیز می‌تواند همین مسأله باشد.

مؤلفه با سطح معناداری ۰,۰۷ از دامنه معناداری خارج شده است (جدول ۲).

بحث

این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مواجهه‌روایی موفق شده است استرس پس از ضربه را کاهش دهد. همگام با کاهش استرس پس از ضربه، نقائص شناختی‌ای که همراه با استرس پس از ضربه رخ می‌دهد، بهبود یافته است. اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی شخصی، به عنوان معیار مهم حافظه سرگذشتی سالم، در گروه آزمایش افزایش معنادار داشته است. به عبارت دیگر میزان بیش‌کلی‌گرایی حافظه سرگذشتی که به عنوان نشانگر شناختی استرس پس از ضربه شناخته می‌شود، به طور معنادار کاهش یافته است. این پژوهش همراستا با پژوهش‌های پیشین (۲۰، ۲۳، ۳۳) تأیید می‌کند که درمان مواجهه‌روایی در بهبود استرس پس از ضربه، به صورت موفق عمل می‌کند. تأیید تأثیرگذاری این درمان در جامعه و فرهنگ ایران حائز اهمیت است و می‌توان آن را مرهون شیوه روایتی درمان دانست؛ چراکه داستان‌گویی و سنت شفاهی، مفاهیم مشترک بین نوع بشر هستند و روایت‌ها بخشیکپارچه‌ساز هر فرهنگی به حساب می‌آیند، بدین سبب درمان مواجهه‌روایی می‌تواند مناسب هر فرهنگی باشد (۳۴).

جالب توجه است که در پژوهش حاضر شاهد تداوم اثر درمان هستیم و نمرات پس‌آزمون با پیگیری، تفاوت معنادار دارند. این مساله، امتیاز خاص درمان مواجهه‌روایی است. دستور العمل اصلی این درمان توصیه می‌کند بین جلسه ماقبل آخر و جلسه آخر ده روز فاصله در نظر گرفته شود و علاوه بر این تأکید دارد که آزمون‌ها و مصاحبه پس از درمان با فاصله چهارهفته از آخرین جلسه انجام شود؛ چراکه طراحان این درمان معتقدند بهترین بخش پردازش شناختی و ارزیابی هیجانی پس از جلسه مواجهه و بدون حضور درمانگر اتفاق می‌افتد. این فاصله عمدی به بیمار کمک می‌کند تا ارزیابی شناختی و هیجانی بهتری داشته باشد (برگرفته از شاور، نیونر و البرت، ۲۰۰۵). حتی ایشان باور دارند زمان‌های ایده‌آل برای ارزیابی، سه ماه، شش ماه و یک سال پس از درمان است. البته در این پژوهش به دلیل اطمینان درباره ازدست ندادن نتایج گروه آزمایش و هم‌چنین براساس شیوه معمول در پژوهش‌های مداخله‌ای، پس‌آزمون یک هفته پس از

پایان درمان گرفته شد؛ که با این وجود نیز نتایج معنادار و تأثیر مثبت درمان قابل مشاهده بود. پیگیری سه ماهه نیز مطابق دستورالعمل انجام شد که نتایج مثبت آن ذکر شد. یادآوری‌های مزاحم خاطرات تجربه ضربه، یکی از نشانه‌های برجسته استرس پس از ضربه است. تلاش‌های عمیق فرد مبتلا برای ممانعت از این دسترسی غیراختیاری به خاطره ضربه، به صورت نشانه‌های اجتنابی استرس پس از ضربه، شامل تلاش برای فکر نکردن یا صحبت نکردن، طفره رفتن از مواجهه با یادآورها و در برخی موارد کرختی هیجانی و فراموشی روانزاد (۲) خود را نشان می‌دهد. این دسترسی غیراختیاری به خاطرات ضربه در بازماندگان استرس پس از ضربه، اغلب با دسترسی اختیاری مشکل‌دار به گزارش‌های منسجم از آنچه که در تجارب ضربه‌ای اتفاق افتاده است، همراه می‌شود (۱) که به کاهش اختصاصی بودن حافظه شرح‌حال اشاره دارد (۴، ۵). براساس همین پایه نظری، درمان مواجهه‌روایی، با تلاش برای ساختن یک روایت منسجم، دقیق و زماندار، شامل تمام اطلاعات حسی، ادراکی و فیزیولوژیکی، فرد مبتلا را در جهت دستیابی اختیاری به حافظه سرگذشتی کمک می‌کند. به این صورت که با بیان روایت ضربه در بافت روایت کل زندگی، تجارب ضربه‌ای در بافت حافظه سرگذشتی قرار می‌گیرند و پیوند میان عناصر شبکه ترس و حافظه رویدادی برقرار می‌شود (۱۷). در پژوهش حاضر، طی درمان، میزان اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی به طور معنادار افزایش پیدا کرد؛ این امر تأیید می‌کند که خاطره ضربه به خوبی در حافظه سرگذشتی یکپارچه شده است.

ویلیامز و همکاران (۵) استدلال می‌کنند که در مبتلایان استرس پس از ضربه، تلاش‌ها برای اجتناب از یادآوری جزئیات اختصاصی ضربه، شامل تحریف جستجوی سلسله مراتبی حافظه، به سمت بازنمایی‌های کلی سطوح بالا در تجربه شخصی است. نتیجه این اضافه‌کاری این است که نه تنها منسجم ساختن جزئیات خود ضربه برای دسترسی اختیاری مشکلمی‌شود، بلکه کل دسترسی حافظه اختصاصی به خطر می‌افتد. براساس فرضیه اجتناب کارکردی، حافظه بیش‌کلی‌گرا در خدمت کارکرد تنظیم اثر است به این معنا که کاهش اختصاصی بودن رویدادهای منفی، احتمالاً مانع بازتجربه هیجان‌های دردناک مرتبط می‌شود (۳۵). مطابق با

شرح حال بیان می‌شوند. ساترلند^۱ و بریانت^۲ (۳۶) دریافتند که افراد مبتلا به استرس پس از ضربه نسبت به بازماندگان ضربه که دچار استرس پس از ضربه نشده‌اند، خاطرات خودتعریفی بیشتری در ارتباط با ضربه گزارش می‌کنند؛ به این معنا که افراد مبتلا به استرس پس از ضربه هویت خودشان را بیشتر تحت تاثیر ضربه می‌بینند تا آنهایی که دچار استرس پس از ضربه نشده‌اند (۳۷،۳۸). در پژوهش حاضر نیز همراستا با نتایج بیان شده، یکپارچگی ضعیف حافظه سرگذشتیپیش از درمان، سبب شده بود خاطره ضربه در تعریف خود فرد و هم چنین بیان خاطرات به صورت برجسته حضور پیدا کند؛ اما فرآیند درمان از طریق فراهم کردن این یکپارچگی، بیان محتوای ضربه را کاهش داد؛ به بیان صحیح، درمان به کارگرفته شده توانست با موفقیت، تأثیر ضربه را بر هویت شرکت‌کنندگان کاهش دهد.

هدف گذاری یکی دیگر از جلوه‌های مهم شناختی حافظه سرگذشتی است. مطالعات زیادی میان هویت خود، اهداف و خاطرات شخصی، رابطه پیدا کرده‌اند (۳۱،۳۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهد ناتوانی در ایجاد خاطرات سرگذشتی اختصاصی، منجر به اشکال در تصویرسازی رویدادهای اختصاصی آینده می‌شود (۴۰) و می‌تواند هدف‌گذاری فرد را دچار اشکال سازد. افزایش میانگین اهداف بیان شده با محتوای غیر ضربه در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که همگام با بهبود حافظه سرگذشتی شرکت‌کنندگان در طی درمان، هدف گذاری ایشان، به عنوان یکی از بازنمایی‌های خود، از محتوای ضربه مستقل شده است.

طبق نظر مک‌آدامز (۲۹) توانایی تغییر دادن بار هیجانی یک رویداد با کم کردن مؤلفه‌های منفی آن و درعین حال افزایش مؤلفه‌های مثبت آن، برای محافظت از عزت نفس و همین طور احساس انسجام زندگی، ضروری است. این دیدگاه توسط مک‌آدامز بر اساس مشاهده افرادی که تجارب زندگی سخت داشتند و گرایش داشتند که روایت این رویدادها را با یک ارزیابی مثبت تمام کنند (اثر رستگاری) ایجاد شده. علاوه بلاگوو و سینگر (۲۰۰۴)، به نقل از (۳۳) مفهوم ساخت معنا را برای توصیف توانایی نسبت دادن یک معنا به خاطرات خودتعریفی، پیشنهاد کردند. این

همین فرض، درمانجو در طول درمان مواجهه روایی، در حین روایت خاطرات ضربه، بارها و بارها به شیوه‌های مختلف تلاش می‌کند از یادآوری کامل خاطره ضربه اجتناب کند، در این مرحله سخت (هم برای درمانجو و هم برای درمانگر)، درمانگر کمک می‌کند تا درمانجو در خاطره تأمل کند و آن را کامل، دقیق و همراه با جزئیات بازگو کند، بدون اینکه از زمان حال جدا شود (که در غیر این صورت چیزی شبیه افکار خودآیند و مرور خودبخودی تصاویر گذشته رخ می‌دهد و اثر درمانی ندارد). تصور بر این است که تأمل برای یادآوری به فرد کمک می‌کند تا براساس جستجوی سلسله مراتبی در حافظه سرگذشتی عمل کند و میانبر عادت و اجتنابی را به سمت بازنمایی‌های کلی سطوح بالاتر بشکند. به علاوه با تجربه ذهنی رویداد ضربه‌ای با حفظ ارتباط با زمان حال، کمک می‌کند تا فرد رویداد را تجربه کند، در حالی که بر احساس‌ها و هیجان‌های رویداد مسلط است؛ این در حالی است که در افکار خودآیند مزاحم و در مرور خودبخودی تصاویر گذشته، فرد مبتلا به استرس پس از ضربه تحت سیطره استرس است. این تجربه، استرس همراه با رویداد را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر، خوگیری، به عنوان بخشی از منطق زیربنایی درمان مواجهه روایی، از طریق خواندن روایت در انتهای هر جلسه و همین طور در جلسات بعدی رخ می‌دهد و موجب کاهش فشار هیجانی و کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی در طول زمان می‌گردد. مجموع این فرآیندها به کاهش استرس فرد می‌انجامد و دلیل اجتناب از یادآوری اختصاصی خاطره را از میان برمی‌دارد. در نهایت با شکستن جستجوی تحریف شده و حذف پاسخ عادت و اجتنابی از یک سو و کاهش استرس فرد و رخ دادن خوگیری، اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی افزایش می‌یابد. همگام با افزایش مداخله‌های درمانی متمرکز بر کمبوداختصاصی بودن حافظه سرگذشتی برای خنثی کردن و حتی معکوس کردن چنین مشکلات شناختی، می‌توان درمان مواجهه روایی را در زمره درمان‌های موفق در این زمینه به حساب آورد.

یکی دیگر از ابعاد حافظه سرگذشتی که در ابتلا به استرس پس از ضربه آسیب می‌بیند، تعریف خود است که در این پژوهش با آزمون جملات بیست‌گانه سنجیده شد. جملات خودتعریفی براساس بازنمایی‌های خود و تحت تأثیر حافظه

1- Sutherland

2- Bryant

- 2- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. American Psychiatric Publishing. 2013.
- 3- Moradi AR, Herlihey J, Yasseri G, Sahraray M, Turner S, Dalgleish T. Specificity of episodic and semantic aspect of autobiographical memory in relation to symptoms of post traumatic stress disorder (PTSD). *Acta psychol.* 2008; (127): 645-53.
- 4- Moore SA, Zoellner LA. Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: an evaluative review. *Psychol. Bull.* 2007; (133): 419-37.
- 5- Williams JMG, Barnhofer T, Hermans D, Raes F, Watkins E, Dalgleish T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol. Bull.* 2007; (133): 122-48.
- 6- Sumner JA. The mechanisms underlying overgeneral autobiographical memory: An evaluative review of evidence for the CaR-FA-X model. *Clin. Psychol. Rev.* 2012; (32): 34-48.
- 7- Williams JMG. Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): three processes that underlie overgeneral memory. *Cogn. Emot.* 2006; (20): 548-68.
- 8- Sutherland K, Bryant RA. Autobiographical memory and the self-memory system in posttraumatic stress disorder. *J. Anxiety Disord.* 2008; (22): 555-60.
- 9- Moradi AR, Abdi a, Fathi-Ashtiani A, Dalgleish T, Jobson L. Overgeneral autobiographical memory recollection in Iranian combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Behav. Res. Ther.* 2012; (50): 435-41.
- 10- Conway MA. Memory and the self. *J. mem. lang.* 2005; (53): 594-628.
- 11- Moradi AR, Moshirpanahi Sh, Parhon H, Mirzaei J, Dalgleish T, Jobson L. A pilot randomized controlled trial investigating the efficacy of memory Specificity Training in improving symptoms of posttraumatic stress disorder. *Behav. Res. Ther.* 2014; (56): 68-74.
- 12- Neshat-Doost HT, Dalgleish T, Yule W, Kalantari M, Ahmadi J, Dyregrov A, et al. Enhancing autobiographical memory specificity through cognitive training: an intervention for depression translated from basic science. *Clin. Psychol. Sci.* 2013; (1): 84-92.
- 13- Wang Q, Conway MA. The stories we keep: autobiographical memory in American and Chinese middle-aged adults. *J. Personal.* 2004; (72): 911-38.
- 14- Sutherland K, Bryant RA. Self-defining memories in posttraumatic stress disorder. *Br. J. Clin. Psychol.* 2005; (44): 591-8.
- 15- Neuner F, Shauer M, Klaschik CH, Karunakara U, Elbert TH. A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and

محققین فرض کردند که این فرآیند به افراد اجازه می‌دهد که در یک رویداد گذشته به عقب برگردند و بفهمند که چگونه این رویداد، شخصیت آنها یا شیوه‌ای که ایشان خودشان، دیگران و جهان را می‌بینند، تغییر می‌دهد. پرنال و همکاران (۳۷) معتقدند یکپارچگی خاطرات رستگاران احتمالاً از فرآیندهای درمان روانشناختی نیز نتیجه شوند، زیرا این فرآیند، بیماران را وامی‌دارد در این خاطرات را تجدید نظر کنند و آنها را به شکل مثبت‌تری ببینند (۳۰). مطابق با این نتایج، بار هیجانی مثبت در خاطرات سرگذشتی و جملات خودتریفی، در پژوهش حاضر نیز افزایش معنادار داشت. جالب توجه اینکه شیوه درمان مواجهه روایی به شیوه‌ای خاص و دقیق به فرد اجازه می‌دهد در خاطرات خود به عقب برگردد و از دیدگاهی متفاوت و نیز از جایگاه سوم شخص به روایت زندگی خود بنگرد؛ این نگاه متفاوت به خوبی می‌تواند بستری برای اثر رستگاری و ساخت معنا برای فرد فراهم گرداند.

جامعه پژوهش حاضر، زنان ساکن شهر تهران بودند؛ می‌توان انتظار داشت که جایگاه زنان در شهرهای مختلف می‌تواند متفاوت از تهران باشد، به ویژه در خرده فرهنگ‌های خاص. با توجه به این که جایگاه زن، نقش مهمی در تعیین شکل روابط میان همسران دارد، لازم است که اهمیت آن را در چگونگی ادراک زن از خیانت همسر و واکنش نسبت به آن، در نظر داشته باشیم. براین اساس، نتایج پژوهش حاضر تنها قابل تعمیم به جمعیت مشابه است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، بررسی‌های مشابه در فرهنگ‌های متفاوت صورت بگیرد. هم چنین در این پژوهش ابزارهای گردآوری اطلاعات، اغلب مبتنی بر خودگزارشی بودند؛ در این گونه ابزارها، مقاومت یا نداشتن بینش درونی مناسب در مانجو می‌تواند در نتایج تأثیرگذار باشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، پژوهشگران مبنا را ارزیابی متخصصان قرار دهند.

منابع

- 1- Brewin CR. The nature and significance of memory disturbance in post-traumatic stress disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2011; (7): 203-27.

- 29- Panaghi L, Hakim-shooshtari M, Atari-Mogadam J. Persian version validation in impact of event Scale-Revised, Tehran Univ. Med. J. 2006; 64(3): 52-60. [Persian].
- 30- Williams JMG, Broadbent K. Autobiographical memory in suicide attempters. *J. Abnorm. Psychol.* 1986; (95): 144-9.
- 31- Jobson L, O'Kearney R. Cultural Differences in Retrieval of Self-Defining Memories. *J. Cross-Cultural Psychol.* 2008; (39): 75-85.
- 32- Kuhn MH, McPartland TS. An empirical investigation of self-attitudes. *Am. Sociol. Rev.* 1954; (19): 68-76.
- 33- Schaal S, Elbert Th, Neuner F. Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal Psychotherapy. *Psychol. Ther. Psychosom.* 2009; (78): 298-306.
- 34- Schauer M, Neuner F, Elbert Th. Narrative exposure therapy. Hogrefe & Huber Publishers. 2005.
- 35- Debeer E, Raes F, Claes S, Vrieze E, Williams JMJ, Hermans D. Relationship between cognitive avoidant coping and changes in overgeneral autobiographical memory retrieval following an acute stressor. *J. Behavior Ther. Exp. Psychiatr.* 2012; (43): 37-42
- 36- Sutherland K, Bryant RA. Self-defining memories in posttraumatic stress disorder. *Br. J. Clin. Psychol.* 2005; (44): 591-8.
- 37- Berna F, Bennouna-Greene M, Potheegadoo J, Verry P, Conway MA, Danion JM. Self-defining memories related to illness and their integration into the self in patients with schizophrenia. *Psychiatr. Res.* 2011; (189): 49-54.
- 38- Maccallum F, Bryant RA. Self-defining memories in complicated grief. *Behav. Res. Ther.* 2008; (46): 1311-5.
- 39- Illman NA, Rathbone CJ, Kemp S, Moulin CJA. Autobiographical memory and the self in a case of transient epileptic amnesia. *Epilepsy Behav.* 2011; (21): 36-41
- 40- Kleim B, Graham B, Fihosy S, Stott R, Ehlers E. Reduced specificity in episodic future thinking in posttraumatic stress disorder. *Clin. Psychol. Sci.* 2014; (2): 165-73.
- Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004; 72(4): 579-87.
- 16- Neuner F, Catani C, Ruf M, Schauer M, Elbert Th. Narrative Exposure Therapy for the Treatment of Traumatized Children and Adolescents (KidNET): From Neurocognitive Theory to Field Intervention. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2008; 17(3): 461-664.
- 17- Elbert Th, Shauer M, Ruf M, Weirestell R, Neuner F, Rockstroh B, Junghofer M. The Tortured Brain Imaging Neural Representations of Traumatic Stress Experiences Using RSVP With Affective Pictorial Stimuli. *J. Psychol.* 2011; 219(3): 167-74.
- 18- Cappas NM, Andres-Hyman R, Davidson L. WHAT PSYCHOTHERAPISTS CAN BEGIN TO LEARN FROM NEUROSCIENCE: SEVEN PRINCIPLES OF A BRAIN-BASED PSYCHOTHERAPY. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2005; 42(3): 374-83.
- 19- Renoult L, Tanguay A, Beaudry M, Tavakoli P, Rabipour Sh, Campbell K, et al. Personal semantics: Is it distinct from episodic and semantic memory? An electrophysiological study of memory for autobiographical facts and repeated events in honor of Shlomo Bentin. *Neuropsychol.* 2016; (83): 242-56.
- 20- Robjant K, Fazel M. The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clin. Psychol. Rev.* 2010; (30): 1030-9.
- 21- Schauer M, Elbert Th. Dissociation Following Traumatic Stress, Etiology and Treatment. *J. Psychol.* 2010; 218(2): 109-27
- 22- Jacob N, Neuner F, Schaal S, Maedi A, Elbert T. Dissemination of psychotherapy for trauma-spectrum disorders in resource-poor post-conflict societies: A randomised controlled trial in Rwanda. PhD Thesis. 2010.
- 23- Fairbrother N, Newth S, Rachman S. Mental pollution: feelings of dirtiness without physical contact. *Behav. Res. Ther.* 2005; (43): 121-30.
- 24- Glass SP, Wright TL. Reconstructing marriages after the trauma of infidelity. In: Halford WK, Markman HJ, editors. *Clinical handbook of marriage and couples interventions.* New York, NY: John Wiley & Sons. 2007. 471-507.
- 25- Brown EM. *Patterns of infidelity and their treatment.* New York, NY: Psychology Press. 2001.
- 26- Amini H, Sharifi V, Asadi S. Diagnostic validity of the Persian version of the Structured Clinical Interview for Axis I disorders in DSMIV (SCID-I). *Payesh.* 1386; 7 (1): 49-57. [Persian].
- 27- Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale — Revised. In *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (eds J. P. Wilson & T. M. Keane). New York: Guilford Press. 1997. 399-411.
- 28- Horowitz m, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom. med.* 1979; (41): 209-18.

The Effectiveness of Narrative Exposure Therapy in Posttraumatic Stress Disorder and Autobiographical Memory

Shivarani, M., Azadfallah, P*., Moradi, A.R., Eskandari, H.

Abstract

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is considered an attenuator of anxiety disorder which affects many of psychological traumatic survivors and impairs autobiographical memory (AM). The aim of this research was to investigate effectiveness of Narrative Exposure Therapy (NET) on improving Autobiographical Memory (AM) and its components. This treatment contains many components of exposing plus elements of testimony therapy.

Method: A group of 24 women with betrayed experience and PTSD symptom were assigned into experimental and control groups randomly. Participants were clinically interviewed and then Impact of Event scale-revised (IES-R), Autobiographical Memory Test (AMT), Personal Goals Scale, Twenty Statements Test (TST), and Autobiographical Memory (AM) interview were administered. The experimental group received eight sessions of treatment, whereas no intervention received by the control group. Subjects in both groups repeated the above scales and tests immediately after treatment and three months later, and Autobiographical Memory (AM) interview. Data was analyzed by using repeated measures analysis of variance.

Results: The results of statistical analysis showed that PTSD significantly reduced in experimental group immediately after therapy and in three months follow-up. Autobiographical Memory (AM) specificity increased significantly. The unrelated content with trauma and positive impact on the definition of self in the experimental group was increased significantly. The degree of independence of the stated objectives did not change dramatically.

Conclusion: The success of Narrative Exposure Therapy (NET) in improving the symptoms of posttraumatic stress disorder confirms that memory of the impact has been well integrated into the Autobiographical Memory (AM). Disorder associated with this memory has also been improved with the breakdown of the fear network and access to the details of Autobiographical Memory (AM).

Keywords: Post-traumatic Stress Disorder, Autobiographical Memory (AM), Self-definition, Narrative Exposure Therapy (NET), Betrayed Spouse.

*Correspondence E-mail:
azadfa_P@modares.ac.ir