

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال یازدهم شماره ۴۳ پاییز ۱۳۹۵

اثربخشی درمان تصویرسازی ذهنی دستوری و بازپردازش بر کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی دختران با سوء سابقه جنسی

مرتضی ترخان^۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان تصویرسازی ذهنی دستوری و بازپردازش (IRRT) بر کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی دختران با سوءسابقه جنسی انجام پذیرفته است. طرح این پژوهش، دو گروهی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. ابزارهای این پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه افکار خودکشی بک، پرسشنامه شاخص شدت کابوس و رویاهای آشفته کراکوف و بسته درمانی IRRT اسموکر. جهت انجام این پژوهش، ۱۸ نفر از دختران با سوءسابقه جنسی که از کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی بالا در رنج بودند، در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند پیش از مداخلات، پیش‌آزمون بعمل آمد. ۶ جلسه روش IRRT به‌طور انفرادی بر روی اعضای گروه آزمایشی اجرا در حالی که این امر درباره اعضای گروه کنترل انجام نگرفت. پس از اجرای روش IRRT، مجدداً کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی هر دو گروه مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. از تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. F محاسبه شده، در سطح $P < 0.001$ ، تفاوت معنادار را در کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی هر دو گروه نشان داد. این پژوهش در همگرایی با نتایج پژوهش‌های مشابه بیانگر این واقعیت است، روش IRRT نقش مؤثری در کاهش کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی دختران با سوءسابقه جنسی داشته است.

واژگان کلیدی: درمان تصویرسازی ذهنی دستوری و بازپردازش؛ کابوس‌های شبانه؛ افکار خودکشی؛ سابقه سوءجنسی

مقدمه

امروزه کاوش‌ها نشان می‌دهد، افرادی که در معرض رویدادهای آسیب‌زای شدید از جمله تجاوز جنسی قرار می‌گیرند، از نشانگان روانی مانند ترس، وحشت، بی‌خوابی، کابوس، کرختی روانی، احساس درماندگی، احساس گناه، خشم، افکار خودکشی و برنامه‌ریزی برای اجرای آن در رنج می‌باشند (می^۱، اندرود^۲، کاوینیج^۳، ۲۰۱۵). به عبارت دیگر محققان اشاره داشتند، تجاوز جنسی رایج‌ترین آسیب از دسته آسیب‌های شدید انفرادی در جامعه آمریکا می‌باشد که سالیانه بیش از یکصد هزار نفر از افراد در معرض آن قرار می‌گیرند (وایتلی^۴، بروین^۵ و همکاران ۲۰۰۷). محققان بر این باورند، افکار و خاطرات آزاردهنده در رابطه رویداد آسیب‌زا به قدری کشنده و دردناک است که مبتلایان از رویارویی یا فکر کردن به رخدادی که باعث زنده شدن آسیب در ذهن‌شان می‌شود، اجتناب می‌ورزند (آرنتز^۶، تیسیمما^۷، کینت^۸، ۲۰۰۷). این اجتناب، نه تنها باعث کاهش خاطرات آزاردهنده در مبتلایان نمی‌شود، بلکه احتمال بروز نشانگان روانی را در آنها بیشتر می‌کند (لانگ^۹، کوویلون^{۱۰}، ۲۰۰۹). درمانگران اعتقاد دارند، افرادی که در معرض رویدادهای تنش‌زای شدید قرار می‌گیرند، در یکپارچه ساختن و سازمان‌دادن خاطرات آزاردهنده در درون باورهای کنونی خود دچار مشکل هستند. به همین جهت این‌گونه افراد نیاز به درمان‌های روان‌شناختی دارند (می^۱، اندرود^۲، کاوینیج^۳، ۲۰۱۵). روش‌های درمانی متعددی برای کمک به این دسته افراد وجود دارد که یکی از این روش‌ها، روش تصویرسازی ذهنی دستوری و بازپردازش^{۱۱} (IRRT) می‌باشد (هولمز^{۱۲}، آرنتز^{۱۳}، سموکر^{۱۴}، مروین^{۱۴}، ۲۰۰۷). روش IRRT ماحصل انقلاب‌شناختی و به‌عنوان بازسازی تصاویر ذهنی و خاطرات آزاردهنده در غیاب محرک ناخوشایند تعریف می‌شود (هاکمن^{۱۵}، هولمز^{۱۵}، ۲۰۰۴). در واقع روش IRRT

- | | |
|--|---------------|
| 1- May | 2- Andrage |
| 3- Kavanagh | 4- Wheatly |
| 5- Brewin | 6- Arntz |
| 7- Tieseme | 8- Kindt |
| 9- Long | 10- Quevillon |
| 11- Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy | 12- Holmes |
| 13- Smuker | 14- Mervin |
| 15- Hackman | |

به‌مثابه دیدن چشم ذهن همراه با پردازش شناختی مجدد به‌منظور غلبه بر خاطرات آزاردهنده مورد استفاده قرار می‌گیرد (دابتس^۱، پورت^۲، آرتنز، ۲۰۱۲). در این روش، به افراد آسیب‌دیده کمک می‌شود تا تصاویر آزاردهنده‌ای که به‌صورت اشتغال ذهنی و نشخوار فکری دردناک و خودآیند، سطح هشجاری آنها را فرا گرفته، بازگو نمایند و با پردازش شناختی مجدد از فشارهای روانی آن رهایی یابند (اسپسکنز^۳، هاگمن و همکاران، ۲۰۰۷).

روش IRRT در جلسات ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای در سه مرحله بین ۵ تا ۷ جلسه انجام می‌گیرد (اسموکر، ۱۹۹۴ به نقل از رهنما، ۱۳۹۰، اسموکر و همکاران، ۱۹۹۵). مرحله اول، فرمان تصویرسازی ذهنی^۴ است. در این مرحله قربانی به کمک درمانگر تصاویر آزاردهنده خود را به همراه صدا، بو و احساسات تجسم می‌نماید و به‌صورت کلامی بیان می‌کند. مرحله دوم، غلبه^۵ تصویرسازی ذهنی است. در این مرحله درمانگر، قربانی را به حالت تسلط‌یافتگی و غلبه بر تصاویر ذهنی آزاردهنده تشویق می‌کند و قربانی هم سعی می‌کند بر تصاویر ذهنی دردناک غلبه یابد. مرحله سوم، خود آرام‌سازی با بازپردازش^۶ می‌باشد. در این مرحله، درمانگر از سوالات سقراطی و دیگر فنون ذهنی استفاده می‌کند تا قربانی با افزایش غلبه تصویرسازی ذهنی و بازسازی شناختی، معانی عامل تنش‌زا را تغییر داده و خود آسیب دیده قبلی خود را ترمیم نماید. درمانگران IRRT بر این باورند، برای اینکه مبتلایان بتوانند با خاطرات و افکار عامل تنش‌زا و هراسناک سازگار شوند و خود را از فشار آن رهایی دهند، بایستی با رویداد آسیب‌زا مواجه شوند و کاملاً در متن آن قرار گیرند. از آنجاکه چنین امکانی برای قربانیان تجاوز جنسی وجود ندارد، روش IRRT روش بسیار قدرتمندی در کمک به این دسته از افراد می‌باشد (دابتس، آرتنز، ۲۰۱۵).

تحقیقاتی که در زمینه اثربخشی روش IRRT در حیطه‌های مختلف انجام گرفت، مبین این واقعیت است، این روش در کاهش نشانگان روانی ناشی از رخدادهای آسیب‌زا، از پشتوانه تجربی خوبی برخوردار بوده است. به دیگر سخن واریسی‌های انجام گرفته

1- Dibbets
3- Speckens
5- Mastery of Imagery

2- Poort
4- Imagery rescripting
6- Self-Calming with Reprocessing

نشان می‌دهد، روش IRRT در کاهش و کنترل خاطرات آزاردهنده و یکپارچه‌سازی این خاطرات در باورهای کنونی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (اسپسکتر، هاگمن و همکاران، ۲۰۰۷، هولمز، کرون^۱ و همکاران، ۲۰۰۷) افکار آزاردهنده بیماران افسرده (ویتلی، بروین و همکاران، ۲۰۰۷، ویتلی، پاتل^۲ و همکاران، ۲۰۱۵) احساس گناه، کابوس، افکار خودکشی قربانیان تجاوز جنسی (اسموکر و همکاران، ۱۹۹۵، هولمز، آرتنر، اسموکر، مروین^۳، ۲۰۰۷)، خاطرات آزاردهنده، افراد مبتلا به فویبای اجتماعی (نیلسون، ویربیچ و همکاران، ۲۰۱۲). ترس از مار(هانت^۴، بی‌اسما^۵ و همکاران، ۲۰۰۶)، بی‌خوابی و کابوس‌های شبانه افراد افسرده (لانگ، داویس و همکاران (۲۰۱۱) و افکار خودکشی و کابوس‌های افراد افسرده (کرون، بارنهوفار^۶ و همکاران، ۲۰۱۱) نقش اساسی و مؤثری داشته است.

پاره‌ای از مطالعات و تحقیقات مربوط به قربانیان تجاوز جنسی نشان می‌دهند، معمولاً اینگونه افراد از نشانگان روانی متعددی از جمله کابوس^۷ و افکار خودکشی^۸ رنج می‌برند (اسموکر و همکاران، ۱۹۹۵). منظور از کابوس، خواب ناخوشایندی است که فرد مبتلا با پاسخ هیجانی منفی و با حالت وحشت‌زدگی از خواب بیدار شده و برای مدت زمان طولانی در خواب رفتن مجدد دچار مشکل می‌باشد. کابوس در این افراد موجب حس ناامیدی، غمگینی و رعشگی جسمانی می‌گردد (لانگ، هامونز^۹ داویس و همکاران، ۲۰۱۱). تحقیقات مبرهن نمود، افرادی که مورد سوء قصد جنسی قرار می‌گیرند، به هنگام بیداری و خواب صحنه‌های تجاوز جنسی را تجسم می‌کنند، در خواب رفتن مشکل دارند و زمانی که به خواب می‌روند، به‌طور ناگهانی و با کابوس‌های مربوط به تجاوز جنسی از خواب بیدار می‌شوند و از سرگیری فعالیت‌های جنسی عادی برای این گونه افراد مشکل و گاهی مجال می‌باشد. افکار خودکشی بیانگر برنامه‌ریزی برای پایان

1- Crane
3- Mervin
5- Byisme
7- Nightmare
9- Hammons

2- Patel
4- Hunt
6- Barnhofar
8- Suicidal Ideation

دادن به زندگی به علت وجود یک رویداد آسیب‌زای شدیداً شکست‌های متوالی در زندگی می‌باشد (فلوریتین^۱، کرون، ۲۰۱۰). واری‌ها نشان می‌دهند، اکثر قربانیان تجاوز جنسی دارای افکار خودکشی هستند و زمانی که احساس گناه فضای روانی آنها را فرا می‌گیرد و تجسم صحنه‌های تجاوز جنسی غیرقابل کنترل می‌شود، مبتلایان با یک اقدام برنامه‌ریزی شده به زندگی خود پایان می‌دهند (هاکمن، هولمز، ۲۰۰۴، اسموکر، ۱۹۹۵). درمانگران IRRT بر این باورند، IRRT به قربانیان تجاوز جنسی این فرصت را می‌دهد، تجارب دردناک گذشته را در زمان حال تجسم نموده و با پردازش شناختی و به‌روزرسانی آن تجربه و تغییر در معانی آن، از افکار آزاردهنده آن رهایی یابند (کلارک، ۲۰۰۶ به نقل از هولمز، آرتنر، اسموکر، مروین، ۲۰۰۷). اسموکر و همکاران (۱۹۹۵) در تحقیقی بر روی زنان بزرگسالی که از تجاوز جنسی دوران کودکی رنج می‌بردند نشان داد، روش IRRT در کنترل و کاهش نشانگان روانی مانند احساس گناه، کابوس، بی‌خوابی و افکار خودکشی روش قدرتمندی می‌باشد. کراکوف و همکاران (۲۰۰۱، به نقل از رهنما، ۱۳۹۰) اثربخشی روش IRRT را بر روی ۱۹ نوجوان با سابقه سوء استفاده جنسی در دو گروه آزمایشی و کنترل در یک کارگاه آموزشی یک روزه به مدت ۶ ساعت مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد، فراوانی کابوس‌ها و میزان بی‌خوابی در ۳ ماه پیگیری به میزان ۷۱ درصد کاهش پیدا کرد اما در گروه کنترل تفاوتی در میزان کابوس‌ها و بی‌خوابی قبل و بعد از ۳ ماه مشاهده نشد. هم‌چنین لانگ، داویس و همکاران، (۲۰۰۱) در تحقیقی مبرهن نمودند، روش IRRT در درمان بی‌خوابی، کابوس و خاطرات آزاردهنده مبتلا به PTSD بسیار موثر بوده است. ایسون^۲، کويزر^۳ (۲۰۰۳، به نقل از هاکمن، هولمز، ۲۰۰۴) اثربخشی روش IRRT را بر روی ۹ نفر از زنانی که در معرض تجاوز جنسی قرار گرفتند، در یک مطالعه موردی مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد، روش IRRT در درمان خشم، ترس، کابوس و افکار خودکشی بسیار مؤثر بوده است. در این راستا کلارک^۴ (۲۰۰۶ به نقل از هولمز، آرتنر، اسموکر، مروین، ۲۰۰۷) در پژوهش خود

1- Floretine
3- Kuipers

2- Ison
4- Clark

نشان داد، از آنجاکه در روش IRRT، قربانی تجاوز جنسی تجارب دردناک گذشته را به تصویر می‌کشد، تجسم و بازپردازش می‌کند، این روش در کنترل نشانگان روانی مانند خشم، کابوس، ترس و افکار خودکشی نقش موثری دارد. وای تیکر^۱ بروین، واتسون^۲ (۲۰۱۰) در تحقیقی بر روی ۸ نفر از بیماران سرطانی که از افکار آزاردهنده در رنج بودند، مبرهن نمودند، روش IRRT در کنترل بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه نقش معناداری داشته است. کرون، گین (۲۰۱۳) به نقل از دابتس، آرتنز، (۲۰۱۵) در تحقیقی بر روی ۱۱ قربانی تجاوز جنسی همراه با یک دوره ۳ ماهه پیگیری نشان دادند، روش IRRT در درمان بی‌خوابی، نشخوار فکری، افکار خودکشی و کابوس‌های شبانه بسیار مؤثر بوده است. پراسکو^۳، گرامبل^۴ و همکاران (۲۰۱۵) نیز اثربخشی روش IRRT را بر روی خاطرات آزاردهنده دوران کودکی ۱۱ فرد بزرگسال مورد واریسی قرار دادند، این محققان روشن ساختند، روش IRRT در درمان نشانگان روانی مانند احساس گناه، ترس، خشم و کابوس‌های شبانه نتایج سودمندی داشته است. در همگرایی با تحقیقات فوق رهنما (۱۳۹۰) در تحقیقی بر روی ۱۵ نفر از افراد افسرده نشان داد، روش IRRT در کنترل و کاهش بی‌خوابی، کابوس و افکار خودکشی بسیار مؤثر می‌باشد.

باتوجه به پژوهش‌های فوق و باتوجه به اینکه کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی در قربانیان تجاوز جنسی بسیار شایع بوده و در وضعیت روانی و جسمانی آنها نقش اساسی دارد، این پژوهش با هدف اثربخشی درمان تصویرسازی ذهنی دستوری با بازپردازش (IRRT) بر میزان کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی قربانیان به تجاوز جنسی، انجام شده است.

روش

طرح این پژوهش دو گروهی، پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل ۱۹ نفر از دخترانی بودند که دارای سوء سابقه جنسی بودند و از نشانگان

1- Whitaker
3- Prask

2- Watson
4- Grambal

روانی مانند خشم، بدبینی، بی‌خوابی، کابوس، احساس گناه، افکار خودکشی و نشخوار فکری مربوط به حادثه آسیب‌زا رنج می‌بردند و جهت حل مشکلات خود طی سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ به مرکز مشاوره تابان مراجعه کردند. نخست به تک‌تک آنها به‌طور انفرادی پرسشنامه کابوس و افکار خودکشی داده شد و سپس به‌طور انفرادی، تحت درمان با روش IRRT قرار گرفتند. از میان ۱۹ نفر ۹ نفر به‌طور متوسط ۶ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک الی دو بار) روش IRRT را به‌طور انفرادی دریافت داشته و ۱۰ نفر دیگر حداکثر پس از یک تا دو جلسه دریافت IRRT، بنابر دلایل مختلف قادر به ادامه درمان نشدند. دخترانی که روش IRRT را به‌طور متوسط ۶ جلسه دریافت نمودند، یک هفته بعد از آخرین جلسه درمان پرسشنامه کابوس و افکار خودکشی را مجدداً تکمیل کردند (گروه آزمایشی) و دخترانی که قادر به ادامه درمان نشدند، بعد از ۴۵ روز تا دو ماه با هماهنگی که با آنها بعمل آمده، از آنها خواسته شد، مجدداً پرسشنامه کابوس و افکار خودکشی را تکمیل نمایند. از میان آنها ۹ نفر پرسشنامه‌های فوق را تکمیل نمودند (گروه کنترل). شایان ذکر است، دختران گروه کنترل در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۱ سال و گروه آزمایشی در دامنه سنی ۱۷ تا ۲۸ سال قرار داشتند. ضمناً دامنه زمانی سوء استفاده جنسی تا زمان مراجعه به درمان در میان اعضای گروه آزمایشی و کنترل ۳ ماه تا ۱۹ ماه بوده است.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش ابزارهای ذیل مورد استفاده قرار گرفت:

پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSIS): این پرسشنامه ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی می‌باشد که توسط بک در سال ۱۹۹۱ به منظور اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی تدوین گردیده است. هر سوال این پرسشنامه در مقیاس سه درجه‌ای (۰ تا ۲) نمره‌گذاری می‌شود و نمره فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود. دامنه نمرات از ۰ تا ۳۸ می‌باشد. هر چه نمره فرد بالاتر باشد، افکار

1- Beck Suicide Ideation Scale

خودکشی در او شدیدتر است و برعکس. به عبارت دیگر نمره صفر تا ۵ بیانگر افکار خودکشی پایین، نمره ۶ تا ۱۹ بیانگر خودکشی بالا و نمره ۲۰ تا ۳۸ بیانگر افکار خودکشی شدید می‌باشد. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و با استفاده از روش دونیمه کردن ۰/۷۵ در جمعیت ایرانی گزارش شده است (انیسی و همکاران، ۱۳۸۳ به نقل از رهنما، ۱۳۹۰).

پرسشنامه شاخص شدت کابوس و رویاهای آشفته^۱ (DDNSI): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط کراکوف تدوین و دارای ۱۵ سوال می‌باشد که هر سوال در مقیاس ۴ درجه‌ای (۰ تا ۳ نمره) نمره‌گذاری می‌شود و شدت کابوس را از هرگز، تاحدی، زیاد و خیلی زیاد نشان می‌دهد. حداکثر نمره این پرسشنامه در این پژوهش ۴۵ می‌باشد. هرچه نمره فرد بالاتر باشد، بیانگر فراوانی و شدت کابوس می‌باشد و برعکس (رهنما، ۱۳۹۰). ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده است.

بسته درمانی IRRT اسموکر: این بسته درمانی توسط اسموکر در سال ۱۹۹۵ تدوین گردید و در ۵ تا ۷ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای در سه مرحله ۱- فرمان تصویرسازی ذهنی ۲- غلبه تصویرسازی ذهنی ۳- خودآرام‌سازی تصویری ذهنی با بازپردازش انجام می‌گیرد. در مرحله نخست درمانجو به کمک درمانگر، تصاویر آزاردهنده را تجسم نموده و سعی می‌کند در مورد جزئیات آن توضیح دهد. در مرحله دوم درمانجو به کمک درمانگر راه‌های غلبه بر تصاویر آزاردهنده را از طریق فنونی مانند آرمیدگی ذهنی، چرخش ذهنی، نوشتن مطالب با جزئیات و مرور ذهنی بر روی آن فرا می‌گیرد. در مرحله سوم درمانگر با طرح سوالات سقراطی، پرداختن به جزئیات تصاویر آزاردهنده و دادن فنونی مانند غربالگری ذهنی، کنترل جرقه‌های ذهنی بازگشتی و چرخش ذهنی سعی می‌کند درمانجو پردازش شناختی مثبت و بهتری از صحنه آسیب‌زا داشته باشد. در نهایت، درمانجو با غلبه بر تصویرسازی ذهنی و تغییر در معانی رویداد آسیب‌زا از نشخوار فکری تصاویر آزاردهنده رهایی می‌یابد.

1- Disturbing Dreams and Nightmere Severity Index

خلاصه اجرای روش IRRT

جلسه اول: گفتگو در مورد مشکل درمانجو و تأثیرات روان‌شناختی آن در روابط بین‌فردی، ایجاد انگیزه برای همکاری در درمان، اهداف درمان و صحبت در مورد روش IRRT، تجسم نمودن تصاویر آزردهنده به‌طور آزمایشی و دادن تکالیف خانگی.

جلسه دوم: بررسی تکالیف خانگی، تجسم تصاویر آزردهنده با چشمان بسته و بررسی ارتباط آن با محتوای کابوس و افکار خودکشی، دادن تکالیف خانگی.

جلسه سوم: بررسی تکالیف خانگی، تمرین آرمیدگی و تجسم نمودن تصاویر آزردهنده با جزئیات کامل و با چشمان بسته و بررسی ارتباط آن با خلق، کابوس، بدبینی و افکار خودکشی، گفتگو در مورد مرور ذهنی و بازسازی شناختی، دادن تکالیف خانگی.

جلسه چهارم: بررسی تکالیف خانگی، تجسم تصاویر آزردهنده با جزئیات کامل و با چشمان بسته، تصویرسازی ذهنی هدایت شده از سوء درمانگر به منظور ایجاد احساس فردی و کنترل درمانجو بر روی تصاویر آزردهنده، دادن فن چرخش ذهنی، مرور ذهنی، دادن تکالیف خانگی.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف خانگی، مرور شناختی بر تصاویر آزردهنده و ارتباط آن با نشانگان روانی مانند بدبینی، احساس گناه، کابوس، افکار خودکشی و تصویرسازی ذهنی هدایت شده همراه با بازسازی شناختی و چرخش ذهنی از سوء درمانجو، دادن تکالیف خانگی.

جلسه ششم: بررسی تکالیف خانگی، تمرکز بر بازسازی شناختی تصاویر آزردهنده همراه با بازپردازش آن از سوء درمانجو، به‌کارگیری فن چرخش ذهنی همراه با غربالگری ذهنی، کنترل جرقه‌های ذهنی بازگشتی، پردازش مجدد همراه با تغییر در معانی رویداد آسیب‌زا، دادن تکالیف خانگی.

جلسه هفتم: بررسی تکالیف خانگی، کنترل جرقه‌های ذهنی بازگشتی، فلش‌بک‌ها و به‌کارگیری مداوم فن چرخش ذهنی به‌منظور کنترل تصاویر آزردهنده، بازپردازش

شناختی رویداد آسیب‌زا و ارتباط آن با نشانگان روانی به‌ویژه کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی.

یافته‌ها

از آنجاکه طرح پژوهش حاضر دو گروهی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده، لذا برای آزمون فرضیه‌های این پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا^۱) استفاده شده است، واریس‌ها نشان می‌دهد، در پژوهش‌هایی که از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده می‌شود، نمرات پیش‌آزمون بعنوان متغیرهای تصادفی کمکی به‌کار می‌رود. برای این‌که تأثیرات مشتبه‌کننده اینگونه متغیرها را کنترل نمائیم، با رعایت مفروضه‌های زیربنایی مانند همگنی رگرسیون، یکسانی واریانس‌ها و همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود (علی‌آبادی، صمدی، ۱۳۸۴).

فرضیه‌های اصلی: روش IRRT بر میزان کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی دختران با سوء سابقه جنسی مؤثر است.

جدول (۱) مشخصه‌های آماری متغیرهای وابسته (اولیه)

Sig	T پیش آزمون	انحراف استاندارد		میانگین		گروه‌ها	متغیرها
		پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
۰/۶۵۱	۱/۰۱	۲/۹۱	۳/۶۹	۱۱/۰۶	۱۷/۳۵	آزمایشی کنترل	اقدام به خودکشی میزان کابوس
		۳/۳۲	۳/۴۳	۱۷/۷۰	۱۸/۲۰		
۰/۷۱۷	۱/۰۷	۳/۲۵	۳/۹۵	۲۰/۴۷	۲۸/۱۲	آزمایشی کنترل	آزمایشی کنترل
		۳/۴۲	۳/۵۸	۲۵/۸۷	۲۶/۵۱		

همان‌طوری که جدول (۱) نشان می‌دهد، از آنجاکه آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گروه کنترل به‌طور تصادفی انتخاب نشدند، به‌منظور معادل بودن دو گروه در افکار خودکشی

1- Mancova

و کابوس‌های شبانه پیش‌آزمون، از آزمون T مقایسه میانگین‌های مستقل استفاده شد. T محاسبه شده در افکار خودکشی (۱/۰۱) و در کابوس‌های شبانه (۱/۰۷) با سطح معناداری $P > ۰/۰۵$ معنادار نبوده و دو گروه در افکار خودکشی و کابوس‌های شبانه اختلاف معناداری در پیش‌آزمون نداشتند.

جدول (۲) مشخصه‌های آماری متغیرهای وابسته (تعدیل شده)

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	خطای استاندارد	حدود میانگین جامعه با ۹۵٪ اطمینان
افکار	آزمایشی	۱۰/۲۱	۱/۰۱	۷/۱۶ - ۱۳/۲۶
خودکشی	کنترل	۱۷/۴۳	۱/۵۳	۱۳/۶۰ - ۱۹/۲۶
میزان	آزمایشی	۱۹/۱۵	۱/۳۶	۱۵/۲۵ - ۲۳/۰۵
کابوس	کنترل	۲۴/۱۱	۱/۸۷	۱۹/۰۷ - ۲۷/۱۵

جدول (۲) نشان می‌دهد، پس از تعدیل نمرات گروه آزمایشی و گروه کنترل، در میزان کابوس‌های و افکار خودکشی دختران با سوء سابقه جنسی اختلاف وجود دارد. جهت بررسی این نکته که آیا تفاوت از نظر آماری معنادار است، از تحلیل مانکوا استفاده گردید.

جدول (۳) آزمون اندازه اثر بر اساس لامبدای ویلکز

اثر	Value	F	گروه d.f	خطا d.f	sig	اندازه اثر
لامبدای ویلکز	۰/۴۱۸	۸/۵۷	۲	۱۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲۲

جدول (۳) نشان می‌دهد، اثر IRRT (متغیر مستقل) در دختران با سوء سابقه جنسی در یک متغیر ترکیبی در سطح $P < ۰/۰۰۰۵$ و (۱۴ و ۲) F اثر معنی‌داری داشته است. به عبارت دیگر روش IRRT در کاهش افکار خودکشی و میزان کابوس‌های شبانه نقش موثر داشته است و مجذور اتای سهمی شدت این اثر را ۰/۶۲۲ نشان می‌دهد که از لحاظ آماری اثر بالایی می‌باشد.

جدول (۴) نتایج آزمون اثر IRRT برای فرضیه‌های فرعی اول و دوم (میزان کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی)

منابع تغییرات	SS	d.f	MS	F	sig	انده اثر
میزان کابوس‌های شبانه	۱۵۳/۵	۱	۱۵۳/۱۵	۵/۶۷	۰/۰۰۲	۰/۴۹۷
خطا	۳۷۸/۰۱	۱۴	۲۷			
میزان افکار خودکشی	۱۹۱/۷۱	۱	۱۹۱/۷۱	۴/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۱
خطا	۵۸۲/۵۲	۱۴	۴۱/۶۰			

جدول (۴) نشان می‌دهد، فرضیه فرعی اول و دوم این پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. به عبارت دیگر روش IRRT در کاهش میزان کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی دختران با سوء سابقه جنسی مؤثر بوده است. ضمناً مجذور اتای سهمی، شدت این اثر را برای میزان کابوس ۰/۴۹۷ و برای افکار خودکشی ۰/۴۴۱ نشان داده است. یعنی ۴۹ درصد تفاوت در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کابوس‌های شبانه و ۴۴ درصد تفاوت در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افکار خودکشی گروه آزمایشی ناشی از اثر روش IRRT می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

کاوش‌های متعدد مؤید این واقعیت هستند، افرادی که مورد سوء قصد جنسی قرار می‌گیرند، از علائم روان‌شناختی مانند ترس، وحشت، بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه، افکار خودکشی، احساس گناه و خشم رنج می‌برند. خاطرات آزاردهنده عامل تنش‌زا در این‌گونه افراد، به قدری دردناک و کشنده است که افراد مبتلا بعد از مدتی با اقدام به خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند. درمانگران روان‌شناختی به‌منظور کمک به این دسته از افراد، از روش‌های درمانی مختلفی سود می‌جویند. در این پژوهش، اثربخشی روش IRRT بر کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی دختران با سوء سابقه جنسی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در ذیل مورد بحث و تبیین قرار می‌گیرد.

فرضیه‌های اصلی و فرعی این پژوهش مبنی بر اینکه روش IRRT بر کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی دختران با سوء سابقه جنسی موثر است، در این پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. به‌دیگر سخن، تجزیه و تحلیل مانکوا با تصحیح بن فرونی نشان داد، F محاسبه شده در فرضیه اصلی (۸/۵۷)، F محاسبه شده در فرضیه فرعی اول (۵/۶۷) و F محاسبه شده در فرضیه فرعی دوم (۴/۶۰) در سطح $P < ۰/۰۰۰۵$ معنادار بودن اثربخشی روش IRRT بر میزان کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی دختران با سوء سابقه جنسی را نشان می‌دهد. یافته‌های این پژوهش با نتایج واری‌های محققانی همچون اسموکر و همکاران (۱۹۹۵)، ایسون، کویز (۲۰۰۳) به نقل از هاکمن، هولمز، (۲۰۰۴). کلارک (۲۰۰۶) به نقل از هولمز، آنتز، اسموکر، مروین، (۲۰۰۷)، واتیکر، بریون، واتسون (۲۰۱۰)، کرون، گین (۲۰۱۳) به نقل از دابتنس، آرنتز، (۲۰۱۵)، پراسکو، گرامبل و همکاران (۲۰۱۵)، رهنما (۱۳۹۰) همگرایی دارد. به‌عبارت دیگر، این پژوهش در هم‌سویی با کاوش‌های فوق نشان داده است، روش IRRT به‌عنوان یک روش درمانی، نقش موثری در کاهش کابوس‌های شبانه و افکار خودکشی دختران با سوء سابقه جنسی داشته است.

درمانگران IRRT در مورد اثربخش بودن روش IRRT بر نشانگان روانی مبتلایان به سوء سابقه جنسی بر این باورند، این‌گونه افراد به‌علت داغ ننگ سوء استفاده قرار گرفتن، درباره آسیب خود با کسی سخن نمی‌گویند و حتی از فکر کردن درباره تجاوز جنسی خود اجتناب می‌ورزند و از موقعیت‌های تهدیدکننده که یادآور خاطرات دردناک است، پرهیز می‌کنند. لذا هیچ تمایلی برای درمان از خود نشان نمی‌دهند. این حالت نه تنها وضعیت آنها را بهتر نمی‌کند بلکه آنها را روزبه‌روز منزوی‌تر، گوشه‌گیرتر و به سمت شخصیت اجتنابی پیش می‌برد. حال وقتی این افراد در جلسات درمانی IRRT قرار می‌گیرند، صحنه‌هایی را که چندین سال در ذهن خود داشتند و حتی از یادآوری و فکر کردن درباره آن اجتناب می‌ورزیدند، با جزئیات کامل تجسم و بیان می‌کنند، احساسات خود را درباره آن حادثه بیان می‌دارند و هر آنچه را که برای آنها اتفاق افتاد، مورد واری قرار می‌دهند و سپس با پردازش مجدد و یکپارچه ساختن خاطرات و افکار دردناک در سازمان روانی و در درون باورهای کنونی خود، دریای متلاطم و ستیز درونی خود را

کاهش می‌دهند. این مهم در چندین جلسات درمانی، موجب کاهش نشانگان روانی نظیر احساس گناه، ترس، خشم، کابوس‌ها، شبانه و افکار خودکشی در رابطه با آن حادثه می‌شود. درمانگران IRRT معتقدند، برای اینکه تصاویر جایگزین شده با تصاویر آسیب‌زای قبلی رقابت کند، لازم است فنون به کار گرفته شده در جلسات IRRT، در خانه چندین بار در روز تمرین شود تا تصاویر تغییر یافته، قدرت کافی در رقابت با خاطرات دردناک را کسب کنند. به همین جهت درمانگران IRRT، از تکالیف خانگی مانند نوشتن خاطرات دردناکی که تاکنون بازگو نکردند و بازسازی شناختی در مورد محتوای آن، آرامش دیافراگمی، تمرینات آرمیدگی عضلانی، به کارگیری مهارت چرخش ذهنی و کنترل جرقه‌های ذهنی استفاده می‌کنند. درمانگران IRRT اعتقاد دارند، گرچه پیامد فوری یادآوری خاطرات دردناک به اضطراب و افسردگی می‌انجامد، اما بعد از چند جلسه IRRT، دستگاه ایمنی قوی‌تر شده و این مهم باعث کاهش علائم روان‌شناختی زجرآور می‌گردد.

فیشر^۱، ویلز^۲ (۲۰۱۱) به نقل از هاجنرز^۳، ارنتز، (۲۰۱۳) معتقدند، پردازش اطلاعات افراد با سوء سابقه جنسی و افرادی که در معرض رویدادهای استرس‌آفرین قرار می‌گیرند، جهت‌دار می‌باشد، لذا اینگونه افراد از موقعیت‌هایی که به احساس تهدید منجر می‌شود یا بالقوه برای آنها تهدیدکننده است، اجتناب می‌ورزند. به همین جهت افکار و تصاویر آزاردهنده به صورت خودآیند تکراری، سطوح ذهنی آنها را فرا گرفته و موجبات خودپنداره منفی، بی‌تفاوتی هیجانی و انزوای اجتماعی آنها را فراهم می‌سازد. از آنجا که این افراد در جلسات درمانی IRRT در موقعیت‌های امن و راحت قرار می‌گیرند و خاطرات رویداد آسیب‌زا را با جزئیات کامل تجسم می‌کنند و مسلح به فنون چرخش ذهنی، غربالگری ذهنی و بازداری فکری می‌شوند، از نشخوار فکری و اشتغال ذهنی خاطرات آزاردهنده‌هایی می‌یابند. این مهم در چندین جلسه درمانی منجر به کاهش یا حداقل کنترل نشانگان روانی منفی مانند احساس گناه، ترس، بی‌خوابی و افکار خودکشی می‌شود. در

1- Fisher
3- Hagensars

2- Wells

این راستا آرنتز و ویرتمن (۱۹۹۹ به نقل از رهنما، ۱۳۹۰) در خصوص مکانیزم تأثیر روش IRRT بر اساس نظریه شرطی‌سازی کلاسیک بر این باورند، زمانی که درمانگر روش IRRT را در جهت کنترل خاطرات آزاردهنده عامل تنش‌زای گذشته به کار می‌گیرد، به علت تجسم محرک غیرشرطی (USC) در موقعیت آرامش‌زا و بدون استرس، بعد از مدتی پاسخ غیرشرطی (UCR) خاصیت خود را از دست داده و این مهم بعد از مدتی موجب می‌شود، پاسخ شرطی (CR) خاصیت فراخوانی خاطرات دردناک را از دست دهد. با این تفاوت که در روش IRRT علاوه بر همخوانی بین UCS و UCR، پردازش مجدد و تغییر در معنای UCR، UCR نیز صورت می‌گیرد و CR بیشتر خاصیت فراخوانی خاطرات دردناک را از دست می‌دهد. همچنین کینت^۱، بیوک^۲، آرنتز، سوء تر^۳ (۲۰۰۷) در این زمینه بر این باورند، درمانجویانی که تحت درمان روش IRRT قرار می‌گیرند به علت تجسم، بیان خاطرات و پردازش شناختی دردناک گذشته و تغییری که در معنای رویداد استرس‌آفرین انجام می‌دهند، از یک طرف ساختار شناختی آنها از افکار و تصاویر ذهنی آزاردهنده‌هایی می‌یابد و از طرف دیگر ساختار شناختی آنها با مجهز شدن به فنون شناختی مانند چرخش ذهنی می‌تواند جرقه‌های ذهنی بازگشتی و فلش‌بک‌ها را کنترل نماید. به همین جهت این محققان معتقدند، روش IRRT یک روش درمانی موثر در افرادی که در معرض رویدادهای آسیب‌زا از جمله سوء قصد جنسی قرار گرفتند، می‌باشد.

در همگرایی با تحقیقات فوق گرونر^۴، ویز^۵، اسموکر، چیویس تانسون^۶ (۲۰۰۷) در مورد مکانیزم تأثیر روش IRRT بر این باورند، در جلسات درمانی IRRT، درمانجویان دیدگاه متفاوت و عملیاتی‌تری نسبت به رویداد آسیب‌زا پیدا می‌کنند و به کنترل بیشتری بر روی تصاویر ذهنی خود آیند تکراری مرتبط با عامل تنش‌زا دست می‌یابند. این مهم به نوبه خود، باعث کاهش نشانگان روانی ناخوشایند مثل کابوس‌های شبانه، ترس، وحشت، احساس گناه و افکار خودکشی می‌شود.

1- Kindt
3- Soeter
5- Weis

2- Buck
4- Grunert
6- Chevistainson

به‌طور کلی به‌کارگیری روش IRRT برای قربانیان تجاوز جنسی نه تنها منجر به تغییر خاطرات کشنده در خیال و ذهن آنها می‌شود بلکه باعث می‌شود، مبتلایان تصاویر و شناخت‌های منفی خود را در رابطه با رویداد آسیب‌زا تغییر داده و دیدگاه مثبت‌تر یا حداقل متفاوت‌تری نسبت به رویداد آسیب‌زا پیدا نمایند. لذا به درمانگران توصیه می‌شود در کنار سایر روش‌های درمانی از روش IRRT برای کاهش و کنترل آسیب‌های مربوط به رویدادهای تنش‌زا از جمله افرادی که مورد سوء قصد جنسی قرار گرفتند، استفاده نمایند.

محدودیت و سپاسگزاری: از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان، به فقدان انتخاب و جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در شرایط مختلف تحقیق اشاره نمود. در واقع به‌علت حجم پایین جامعه آماری، امکان چنین کاری مقدور نبود. در خاتمه از همکاری‌های خوب آزمودنی‌های این پژوهش بخصوص اعضای گروه کنترل در تکمیل مجدد پرسشنامه‌های این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۴/۰۲/۰۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۴/۰۸/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۱۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- رهنما، نرجس (۱۳۹۰). اثربخشی تصویرسازی ذهنی دستوری و پردازش مجدد (IRRT) بر بی‌خوابی، کابوس و افکار خودکشی در افراد افسرده با سابقه اقدام به خودکشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن.
- Arntz, A. Tiesema, M. Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38 (4), 345-370.
- Brewin, C.R. Wheatley, J. Patel, T. Fearon, P. Hackmann, A. Wells, A. Fisher, P. Myers, S. (2015). Imagery Rescripting as a Brief Stand-alone Treatment for Depressed Patients with Intrusive Memories, *Clinical Educational & Health Psychology*, University College London, London WC1E 6BT, UK. C.brewin@ucl.ac.uk
- Crane, D. Barnhofer, C. Shan, T. Holmes, E. (2011). Suicidal Imagery in a Previously Depressed Community Sample, *Clin Psychol Psychother*, 19, 57-69.
- Dibbets, P. Arntz, A. (2015). Imagery Rescripting: Is Incorporation of the most Aversive Scenes Necessary? *Journal of Behavior Psychology*, 51(4), 331-340.
- Dibbets, P. Poort, H. Arntz, A. (2012). Adding Imagery Rescripting during Extinction leads to less ABA Renewal, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychirtey*, 43, 614-624.
- Florentine, J.B. Crane, C. (2010). Suicide Prevention by Limiting Access to Methods: A Review of Theory and Practice, *Soc Sci Med*, 70:1626-36.
- Grunert, B, K. Weis, J, M. Smucker, M, R. Christianson, H. (2007). Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy after Failed Prolonged Imaginal Exposure for Posttraumatic Stress Disorder Following Industrial Injury, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 15(5), 123-130.
- Hackmann, A. Holmes, E. (2004). Reflecting on Imagery: A Clinical Perspective and Overview of the Special Issue of Memory on Mental Imagery and Memory in Psychopathology, *Memory*, 7, 12:389-402.
- Hagenaars, M.A. Arntz, A. (2012). Reduced Intrusion Development after Post-Trauma Imagery Rescripting: An experimental study, *Journal of*

-
- Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43 (2), 808-814. 11(5), 327-335.
- Holmes, E, A. Arntz, A. Smucker, Mervin, R.(2007). Imagery Rescripting in Cognitive Behaviour Therapy: Images, treatment techniques and outcomes, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38 (4), 297-305.
- Holmes, E, A. Crane, C. Fennell, M, J.V. Williams, J, M, G.(2007). Imagery about Suicide in Depression "Flash-Forwards"? *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 21(7), 551-559.
- Hunt, M. Bylsma, L. Brock, J. Fenton, M. Goldberg, A. Miller, R. et al.(2006). The Role of Imagery in the Maintenance and Treatment of Snake Fear, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37 (4), 283-298.
- Ison, R. Medorol, L. Keen, N. Kuiper, E.(2014). The Use of Rescripting Imagery for People with Psychosis who Hear Voices, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42 (2), 129-142.
- Kindt, M. Buck, N. Arntz, A. Soeter, M.(2007). Perceptual and Conceptual Processing as Predictors of Treatment Outcome in PTSD, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(5), 321-329.
- Long, M, E.Hammons, M, E. Davis, J, L. Frueh, B, C. Khan, M, M. Elhai, J, D. Teng, E, J.(2011). Imagery Rescripting and Exposure Group Treatment of Posttraumatic Nightmares in Veterans with PTSD, *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (4), 531-535.
- Long, M, E. Davis, J. Springer, J, R. Elhai, J, D. Rhudy, J, L. Teng, E, J. Frueh, B, C.(2011). The Role of Cognitions in Imagery Rescripting for Posttraumatic Nightmares, *Journal of Clinical Psychology*, 67 (10), 1008-1016.
- Long, M, E. Quevillon, R. (2009). Imagery Rescripting in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23 (1), 67-76.
- May, J. Andrade, J. Kavanagh, D.J. (2015). *An Imagery-based Road Map to Tackle Maladaptive Motivation in Clinical Disorders*, Lan Clark, Oxford University, UK.
-

- Nilsson, J, E. Lundh, L, G. Viborg, G.(2012). Imagery Rescripting of Early Memories in Social Anxiety Disorder: An experimental study, *Behavior Research and Therapy*, 50, 387-392.
- Prasko, J. Grambal, A. Ociskova, M. Kamaradova, D. Latalova, K.(2015). Imagery Rescripting of Traumatic or Distressing Stories from Childhood, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 15 (3)-264-271.
- Smucker, M,R. Dance, C,V. Foa, E,B. Niederee, J,L. (1995). Imagery Rescripting: A New Treatment for Survivors of Childhood Sexual Abuse Suffering from Post-trumatic Stress, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 9, 3-17.
- Speckens, A, E, M. Hackmann, A. Ehlers, A. Cuthbert, B. (2007). Intrusive Images and Memories of Earlier Adverse Events in Patients with Obsessive Compulsive Disorder, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*.
- Wheatly, J. Hackmann, A. (2011). Using Imagery Rescripting to Treat Major Depression: Theory and Practice, *Cogn Behav Pract*, 18 (4), 444-451.
- Wheatly, C,R. Patel, T. J. Brewin, Hackmann, A. Wells, A. Fisher, P. et al.(2007). I'll believe it when I see it: Imagery Rescripting of Intrusive Sensory Memories in Depression, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(11), 255-263.
- Whitaker, K. Brewin, C, R. Watson, M. (2010). Imagery Rescripting for Psychological Disorder following Cancer: A case study, *British Journal of Health Psychology*, 15 (1), 41-50.
- Wild, J. Clark, D,M. (2011). Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia, *Cogn Behav Pract*, 18 (4), 433-443.