

درمان اختلال استرس پس از ضربه در زنان با تجربه خیانت همسر

مونا شیورانی^۱
پرویز آزادفلاح^۲
علیرضا مرادی^۳
حسین اسکندری^۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۱۵

تاریخ وصول: ۹۵/۴/۱

چکیده

استرس پس از ضربه و افسردگی، شایع‌ترین بیماری‌های مرتبط با حادثه آسیب‌زا هستند. هدف پژوهش حاضر تشخیص اثربخشی درمان مواجهه‌روایی بر کاهش علائم استرس پس از ضربه و افسردگی همبود است. درمان مواجهه‌روایی دربرگیرنده بسیاری از مؤلفه‌های مواجهه‌سازی است و البته توجه مضاعفی دارد بر مستندسازی روشن فجایی که قربانی متحمل شده‌است. در این مطالعه ۲۴ نفر از زنان تهرانی با تجربه خیانت همسر و دارای استرس پس از ضربه و افسردگی، با گمارش تصادفی در گروه‌های کنترل و آزمایش قرار گرفتند. همه افراد، مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند، سپس مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد (IES-R) و سیاهه افسردگی بک (BDI) را تکمیل کردند؛ گروه آزمایش هشت جلسه درمان را پشت سر گذاشتند و افراد هر دو گروه مقیاس و سیاهه را دوباره بلافاصله پس از درمان و سه ماه پس از آن تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل آماری نشان داد استرس پس از ضربه و دومولفه از سه مولفه آن (افکار ناخواسته و برانگیختگی) در گروه آزمایش بلافاصله پس از درمان و سه ماه پس از آن به طور معنادار کاهش پیدا کرده‌است. افسردگی نیز در گروه آزمایش بلافاصله پس از درمان به طور معنادار کاهش پیدا کرده و سیر نزولی خود را تا سه ماه بعد حفظ کرده‌است. برطبق این پژوهش درمان حاضر می‌تواند در حیطه مسائل اجتماعی و برای درمان استرس پس از ضربه نیز به صورت مؤثر به کار گرفته شود. موفقیت این درمان را در بستر فرهنگ ایرانی می‌توان مدیون جنبه‌های درمان تلقی کرد. پژوهش حاضر هم‌چنین تأیید می‌کند که روابط فرازناشویی، می‌تواند منجر به استرس پس از ضربه در فرد قربانی شود.

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

۲. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسئول) azadfallahparviz@gmail.com

۳. استاد روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی

۴. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

واژگان کلیدی: "استرس پس از ضربه"، "افسردگی"، "درمان مواجهه روایی"، "خیانت همسر"، "روابط فرازناشویی"

مقدمه

اختلال استرس پس از ضربه^۱ عبارت است از نشانگانی که در پی مواجهه با یک "تنش‌گر بی نهایت شدید" پیدا می‌شود؛ این مواجهه می‌تواند به صورت دیدن، حضور یا شنیدن باشد. افراد آسیب دیده، رویداد آسیب‌زا^۲ را در رؤیا و نیز در افکار روزانه خود مجدداً تجربه می‌کنند؛ ایشان از هر چیزی که واقعه را به خاطرشان بیاورد قاطعانه دوری می‌کنند و دچار کرختی پاسخدهی همراه با حالت بیش برانگیختگی هستند. سایر علائم عبارت است از افسردگی، اضطراب و مشکلاتی شناختی نظیر ضعف تمرکز (استیل، دونلوی، استیلمن و پیپ^۳، ۲۰۱۱، نادری و همکاران، ۱۳۹۵).

یکی از نشانه‌های مهم اختلال استرس پس از ضربه، وجود خاطرات رنج آور ناخواسته است که تصور می‌شود پاسخی به خاطره مربوط به آسیب است نه خود رویداد آسیب‌زا (روبین، برنشتن و بوهنی^۴، ۲۰۰۸). آسیب، از طریق رمزگذاری نابهنجار خاطرات باقی می‌ماند و یادآوری هشیار از گذشته را غیرممکن می‌سازد. این در حالی است که نشانه‌های بسیار ناچیز، از دروازه‌های توجه فرد به درون می‌خزند و خاطرات رویدادهای آسیب‌زا را آنچنان زنده و واقعی بر می‌انگیزند که ترس و وحشت به یک امر عادی تبدیل می‌شود. در نتیجه یک بازنمایش "شبه واقعی"^۵ از گذشته تبدیل می‌شود به بخشی از حال؛ وضعیتی وحشتناک‌تر از آنکه بخواهد بیان شود و منجر به ناگویی می‌شود (شاور، نیونرو البرت^۶، ۲۰۰۵). ناتوانی در بروز کلامی یک آسیب نیز سبب می‌شود که آن آسیب خود را به صورت یک نشانه ظاهر سازد، به همین دلیل یادآوری و بیان حقیقت در مورد رویداد آسیب‌زا بسیار ضروری است.

1. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
2. traumatic event
3. Steel, J. L.; Dunlavy, A. C.; Stillman, J.; Pape, H. Ch.
4. Rubin, D. C.; Bernsten, D.; Bohni, M. K.
5. as if reenactment
6. Speech lessness
7. Shauer, M.; Neuner, F.; Elbert, Th.

خیانت زناشویی از عوامل مهمی است که رخداد آن می‌تواند تأثیر عمیقی بر زندگی زناشویی بگذارد و خصوصاً فرد قربانی را درگیر کند؛ اختلال استرس پس از ضربه از مشکلاتی است که می‌تواند در پی ضربه افشای خیانت همسر اتفاق بیفتد و عواقب دیگری را نیز برای فرد رقم بزند.

خیانت زناشویی^۱، به معنای شکستن اعتماد است زمانی که یکی از زوجین یا هر دو موفق نشوند که با وفا بمانند و ضوابط روابط انحصاری میان زوج مورد تجاوز قرار بگیرد. این تجاوز می‌تواند در ماهیت، فیزیکی یا هیجانی باشد (پلاسو^۲، ۲۰۰۷). الگوهای خیانت با توجه به گوناگونی زوج‌های صدمه‌دیده و روابطی که خیانت در آن‌ها رخ می‌دهد، متفاوت است؛ اما هم مشاهدات بالینی و هم پژوهش‌های عینی تأیید می‌کنند که کشف و افشای یک خیانت، نوعاً نتایج تخریب‌گری دارد و کارکرد رفتاری و هیجانی هر دو زوج را مختل می‌کند (بیکوم، اشنایدر و گوردون^۳، ۲۰۰۹).

با توجه به عمق شکافی که نوعاً خیانت زناشویی در اعتماد و رابطه ایجاد می‌کند، جای تعجب نیست که زوج درمانگران، خیانت زناشویی را به‌عنوان سخت‌ترین مشکل رابطه برای درمان می‌دانند (ویشمن، دیکسون و جانسون^۴، ۱۹۹۷؛ به نقل از بیکوم، اشنایدر و گوردون، ۲۰۰۹).

برخی واکنش‌های آسیب‌زای خیانت، در قالب شبه اختلال استرس پس از ضربه^۵ است: کرختی هیجانی، تنیدگی، اجتناب از یادآورنده‌ها، تصاویر مزاحم، نشخوار فکری، آینده کوتاه شده^۶، بیش‌اشتغالی ذهنی با شکست اعتماد، شک به خویشتن و خشم (فربرادر، نیوت و راجمن^۷، ۲۰۰۵). گلس و رایت^۸ (۲۰۰۷)، براون^۹ (۲۰۰۱)، استفانو^{۱۰} (۲۰۰۸) و بسیاری پژوهش‌های دیگر در رابطه با خیانت زناشویی، تأیید می‌کنند که این رویداد موجب بروز وسواس، افسردگی و هم‌چنین نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه می‌شود.

1. infidelity
2. Peluso, P.R.
3. Baucom, D.H., Snyder, D.K. & Gordon, K.C.
4. Whisman, M.A.; Dixon, A.E. & Johnson, B.
5. PTSD-like
6. foreshortened future
7. Fairbrother, N., Newth, S. & Rachman, S.
8. Glass, SP. & Wright, TL.
9. Brown, EM.
10. Stefano, JD.

درمان مبتنی بر مواجهه روایی، یک درمان جدید است که به‌طور خاص برای قربانیان خشونت‌های سازمان‌یافته طراحی شده است و بسیاری از مؤلفه‌های مواجهه‌سازی موجود در نظریه‌های حاضر را در برمی‌گیرد، همراه با توجه مضاعف بر مستندسازی روشن فجایعی که قربانی متحمل شده است (شاوری، نیونر و البرت، ۲۰۰۵). این شیوه درمان، رویکردی کوتاه‌مدت مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری و شهادت درمانی^۱ است (نیونر و همکاران، ۲۰۰۴). درمان مبتنی بر مواجهه روایی، شامل مؤلفه‌هایی از دیگر رویکردهای درمانی مبتنی بر شهادت دادن (مثل مواجهه طولانی‌مدت^۲ و درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب) می‌باشد؛ در این نوع درمان‌ها قربانیان به تجاوزهایی که متحمل شده‌اند، شهادت می‌دهند. با توجه به مبانی نظری این درمان، یکی از اهداف درمان مواجهه روایی، بهبود رمزگذاری در حافظه شرح حال اخباری (حافظه سرد) در شرایطی است که حافظه داغ فعال شده است. این روش، رویداد را در زمان نگاه می‌دارد و اساساً تهدید کنونی را کاهش می‌دهد. درمان مواجهه روایی، شرح حال یکپارچه‌ای از رویداد آسیب‌زا در بافتی از روایت کل زندگی فرد می‌سازد (نیونر و همکاران، ۲۰۰۸) و در نتیجه تجارب آسیب‌زا در بافت حافظه شرح حال قرار می‌گیرند. به این وسیله عناصر شبکه ترس از طریق برقراری پیوند دوباره با حافظه اپیزودیک، موجب تسکین فرد می‌شود (البرت و همکاران، ۲۰۱۱).

حافظه سرد شامل اطلاعات بافتاری در مورد زندگی شخص در سطوح متفاوت طبقه‌بندی همراه با اطلاعات خاص از هر دوره است (کاپاس، اندرس هیمن و دیویدسان^۳، ۲۰۰۵). 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 یا ... توصیف می‌کند (نیونر و همکاران، ۲۰۰۸). سطح بعدی شامل اطلاعات در مورد رویدادهای کلی است. این سطح 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 بعدی شامل دانش اختصاصی است و شامل اطلاعات بافتاری دقیق در مورد موقعیت‌های خاص مثل یک عروسی. علاوه بر این اطلاعات بافتاری ذخیره‌شده، اطلاعات حسی و ادراکی (که به حافظه

1. Testimony therapy
2. Prolonged exposure
3. Cappas, N.M.; Andres-Hyman, R.; Davidson, L.

داغ برمی‌گردد)، با دانش خاص رویداد مرتبط می‌شود. (کاپاس، اندرسه‌ایمنودیویدسان، ۲۰۰۵).

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 کناری^۱ مرتبط با هیجان، شدیداً در بازنمایی‌های ادراکی حسی از رویداد دخیل هستند. برای رویدادهای آسیب‌زا، این بازنمایی‌های ادراکی حسی به‌عنوان شبکه ترس یا ساختارهای ترس شناخته می‌شوند (لنگ^۲، ۱۹۷۹، ۱۹۸۴، ۱۹۹۳؛ به نقل از روجانتو فاضل^۳، ۲۰۱۰). ارتباط بین هر یک از عناصر منحصر به فرد در این شبکه‌های ترس به‌طور ویژه قوی است، بنابراین زمانی که یک فرد با یک محرک درونی یا بیرونی در این شبکه ترس مواجه می‌شود، به فعال شدن کل شبکه منجر می‌شود. بنابراین تصور می‌شود بازگشت به گذشته^۴ در اختلال استرس پس از ضربه، زمانی اتفاق می‌افتد که کل شبکه فعال شده است (روجانت و فاضل، ۲۰۱۰).

مروری بر مقالات انجام‌شده در رابطه با این درمان، نشان می‌دهد که مقالات قابل استنادی (برای مثال: پژوهش البرت و همکاران، ۲۰۱۱؛ شاور و البرت، ۲۰۱۰؛ کاپاس و همکاران، ۲۰۰۵) مبانی نظری آن را در رابطه با مسائل شناختی و حافظه تأیید می‌کنند. پژوهش‌های بسیاری نیز به‌صورت آزمایشی و کنترل‌شده به بررسی خود درمان مواجهه روایی 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: هالورسن و استنمارک^۵، ۲۰۱۰؛ ژاکوب، نیونر، شال، مائدی و البرت^۶، ۲۰۱۰؛ اونیوت، نیونر، شاور، اتل، اودن‌والد، شاور و البرت^۷، ۲۰۰۵؛ نیونر، شاور، کلاشیک، کاروناکارا و البرت^۸، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۲).

1. Limbic structures
2. Lang, P.
3. Robjant, K.; Fazel, M.
4. flashback
5. Halvorsen, J.; Stenmark, H.
6. Jacob, N., Neuner, F., Schaal, S., Maedi, A., & Elbert, T.
7. Onyut, L.P.; Neuner, F.; Schauer, E.; Ertl, V.; Odenwald, M.; Schauer, M.; Elbert, Th.
8. Neuner, F; Shauer, M.; Klaschik, CH.; Karunakara, U.; Elbert, Th.

درمان مواجهه‌روایی تا کنون بر روی بازماندگان جنگی، پناهندگان و قربانیان تجاوز و بیش از همه در کشورهای آفریقایی و در اردوگاه‌های پناهندگان به کار گرفته شده است. این پژوهش با این هدف انجام شد که درمان مورد نظر را در حوزه مسائل اجتماعی و اختلال استرس پس از ضربه ناشی از خیانت همسر مورد بررسی علمی قرار دهد و تأثیر آن را بر مخاطبان متفاوت و در بستر فرهنگی متمایزی مطالعه کند. با توجه به این مساله که سنت کلامی یک عنصر مشترک بین بسیاری از فرهنگ‌ها است و رویکردهای روایتی برای کاربردهای بین فرهنگی ظاهراً ایده‌آل هستند (نیونر و همکاران، ۲۰۰۴).

روش پژوهش

پژوهش حاضر در قالب یک واری‌آزمایشی و با استفاده از دو گروه آزمایش و کنترل که جایگزینی آزمودنی‌ها در آن‌ها به صورت تصادفی بود، انجام شد.

جلسات درمان، براساس دستورالعمل مشخص درمان مواجهه‌روایی انجام گرفت. طبق این دستورالعمل، جلسات درمانی یک تا دو ساعت به طول می‌انجامد و در قالب جلسات انفرادی برگزار می‌شود (اونیوت و همکاران، ۲۰۰۵). ابتدا شرکت‌کننده، یک جلسه آموزش روان‌شناختی را سپری می‌کند که در آن مبانی نظری اختلال استرس پس از ضربه و فرایند درمان مواجهه‌روایی و مؤلفه‌های اصلی درمان توضیح داده می‌شود. در ادامه، جلسات اصلی درمان آغاز می‌شود. در این جلسات، شرکت‌کننده به روایت زندگی خود از ابتدای تولد می‌پردازد و یک گزارش دقیق زمان‌دار از زندگی‌نامه خود با کمک درمانگر تهیه می‌کند. زندگی‌نامه (شرح حال)^۱ توسط درمانگر ثبت و ضبط می‌شود و با هر مطالعه بعدی اصلاح می‌شود. فرایند درمان توجه ویژه‌ای به تبدیل گزارش تکه‌تکه کلی تجارب ضربه به یک روایت یکپارچه دارد. در طول بحث در مورد تجارب ضربه، درمانگر در مورد واکنش‌های رفتاری، شناختی، فیزیولوژیکی و هیجانی جاری سؤال و در مورد مشاهدات مربوطه کاوش می‌کند. شرکت‌کننده تشویق می‌شود این هیجانات را دوباره تجربه کند. تا زمانی که خوگیری در مورد واکنش‌های هیجانی اتفاق نیفتد و شرکت‌کننده گزارش نکند که این اتفاق افتاده است، بحث در مورد رویداد پایان نمی‌یابد (نیونر، شاور و کلاشیک، ۲۰۰۴).

1. Autobiography

حداقل تعداد جلسات مورد نیاز، چهار جلسه است. ممکن است برای درمان بازماندگان شکنجه، تعداد جلسات بیشتری (نوعاً ۸ الی ۱۲ جلسه)، ضروری باشد. به صورت ایده آل تعداد جلسات درمان مواجهه روایی باید قبل از درمان تعیین شود. این مسئله از آن جهت مفید است که دوره درمان بدون محدودیت زمانی، می تواند به افزایش اجتناب منجر شود. جامعه آماری، حجم نمونه و شیوه نمونه گیری: 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 مراجعه کنندگان با شکایت خیانت همسر، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب شدند. این افراد مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند و مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد (IES-R) و سیاهه افسردگی بک (BDI) را تکمیل کردند. ۲۴ نفر که با تجربه خیانت همسر، دارای نشانگان اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند؛ سپس با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در گروه آزمایش یک نفر ریزش نمونه وجود داشت.

معیارهای ورود برای گروه نمونه اصلی این پژوهش به شرح زیر بود:

۱. خیانت همسر را تجربه کرده باشند.
۲. هم‌اکنون خیانت همسر ادامه نداشته باشد (به واسطه جدایی از همسر یا تغییر رویه زندگی).

ابزار گردآوری اطلاعات: مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور ۱ (SCID-I): SCID-I یک مصاحبه کلینیکی نیمه ساختاریافته 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 ساختاریافته بهره‌مند شوند. در مطالعه‌ای که اخیراً توسط بسکو^۱ 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 (بسکو و همکاران، داده‌های منتشر نشده). 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.

سیاهه افسردگی بک (BDI): از ۲۱ ماده تشکیل شده است که بر اساس نشانه‌های شاخص افسردگی و شدت آن‌ها، درجاتی برای هر ماده تنظیم و از ۰ تا ۳ نمره داده می‌شود. نمره ۰ در هر ماده به معنی نبود آن علامت و نمره ۳ نشان‌دهنده شدت آن علامت می‌باشد (مرادی و همکاران، ۲۰۱۲).

بک، آزمون خود را بر اساس ۵ علامت شاخص افسردگی به شرح زیر تنظیم کرده است:

۱. بدبینی، احساس شکست، تنفر از خود، افکار خودکشی، بی‌تصمیمی و کند عمل. ۲. احساس گناه، انتظار تنبیه و سرزنش خود که این حالت‌ها ناشی از احساس بی‌ارزشی فرد افسرده تلقی می‌شود. ۳. گریه کردن، تغییر تصویر بدنی از خود، ناخشنودی و غمگینی. ۴. کاهش وزن، شکایت‌های جسمانی، خستگی و بی‌حالی. ۵. زودرنجی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی

آزمون افسردگی بک، به‌تنهایی و یا همراه با سایر آزمون‌های افسردگی برای جدا کردن افراد افسرده از غیر افسرده به‌کاربرده شده است. آلوی و کین^۱ (۱۹۸۸) در مطالعه خود، پایایی درونی پرسشنامه بک را ۰/۹۰ ذکر کرده‌اند. این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و اعتبار و پایایی آن بررسی شده است. پایایی درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی $\alpha = 0/87$ و پایایی آزمون-باز آزمون $r = 0/73$ به‌دست آمده است (قاسم‌زاده و همکاران، ۲۰۰۵).

مقیاس تجدیدنظر شده تاثیر رویداد (IES-R): مقیاس تجدیدنظر شده تاثیر رویداد به‌وسیله ویسو مارمر^۲ (۱۹۹۷)، به نقل از پناغی، حکیم شوشتری و عطاری مقدم، (۱۳۸۵) هماهنگ با مقیاس‌های DSM-IV برای تشخیص اختلال استرس پس از ضربه تدوین گشت. مقیاس IES اصلی (هوروویتز و همکاران، ۱۹۸۷) 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

1. Alloy; Kayne
2. Weiss; Marmar

شامل ۰ (هرگز)؛ ۱ (بندرت)؛ ۲ (گاهی)؛ ۳ (اغلب) و ۴ (بشدت)؛ در طی هفت روز گذشته مشخص کنند. وایس و وارمر (۱۹۹۷) 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 بیش انگیزگی 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 بیش انگیزگی ۰/۵۹. نسخه فارسی IES-R دارای سازگاری درونی مناسب با آلفای کرونباخ بین ۰/۶۷-۰/۸۷ و پایایی خوب در آزمون-بازآزمون می‌باشد (Cronbach's α : ۰/۸-۰/۹۸، $p < ۰/۰۰۱$) (پناغی، حکیم شوشتری و عطاری مقدم، ۱۳۸۵). جهت بررسی اعتبار سازه‌ای راه حل سه عاملی ۴۱/۲ درصد از واریانس را تبیین کرد (پناغی و همکاران، ۱۳۸۵؛ به نقل از ماردپور و نجفی، ۱۳۹۵).

فرآیند اجرای پژوهش: پس از فرآیند نمونه‌گیری و گمارش افراد به گروه‌های کنترل و آزمایش، افراد گروه آزمایش به صورت انفرادی در جلسات درمان شرکت کردند. 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 برایشان توضیح داده شود. همچنین مبنای 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. هشت جلسه درمان ۱-۲ ساعته برای هر فرد منظور شد؛ جلسات به صورت هفتگی و در یکی از مراکز مشاوره تهران برگزار شد.

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 شرح حال خودش را آغاز کند. با توجه به موضوع پژوهش حاضر انتظار این بود که رویداد آسیب‌زا در سال‌های بزرگسالی فرد رخ داده باشد، به هر صورت 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.

در پایان هر جلسه، روایت بیان شده در جلسه توسط درمانگر خوانده می‌شد و اگر نیاز به اصلاح داشت، شرکت کننده انجام می‌داد. دوباره کل روایت در ابتدای جلسه بعد خوانده می‌شد و اگر شرکت کننده لازمی دانست 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 یکی مانده به آخر تنظیم می‌شد و در آخرین جلسه روایت کامل شرکت کننده، به صورت مکتوب درآمده، خوانده می‌شد و سپس یک نسخه از آن به شرکت کننده داده می‌شد.

با توجه به این که اصلی‌ترین معیار اتمام درمان، پایان یافتن خاطرات شرکت کننده تا زمان حال و رخداد خوگیری مناسب بود، یک جلسه اضافه‌تر برای دونفر از شرکت کنندگان منظور شد. در نهایت بعد از اتمام جلسات درمانی، کل نمونه شامل گروه آزمایش و گروه کنترل، دوباره مورد مصاحبه بالینی قرار گرفته و دو پرسشنامه پژوهش را تکمیل کردند. پرسشنامه‌ها نمره گذاری شدند و تحلیل بر روی آن‌ها انجام شد.

یافته‌های پژوهش

شاخص‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل، بررسی شد. دامنه سنی کل شرکت کنندگان 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 کای اسکوتر مقایسه گردیدند و تفاوت معناداری مشاهده نشد.

برای بررسی تفاوت نمرات اندازه‌های مورد نظر پژوهش دو گروه مداخله و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر (با اجرای آزمون لامبدای ویلکز) استفاده شد. آزمون کرویت موخلی نیز برای بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس انجام شد و عدم معناداری این آزمون نشان داد مفروضه کرویت برقرار است و دلیلی بر ناهمگنی کوواریانس‌ها وجود ندارد.

نتایج بررسی نمرات استرس پس از ضربه در تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان می‌دهد در گروه مداخله که درمان را پشت سر گذاشته، بین نمرات پیش‌آزمون و

پس آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد و درمان اثرگذار بوده است. هم‌چنین بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، به این معنا که اثر درمان پس از گذشت سه ماه از مداخله‌ی درمانی، تداوم داشته است. نتایج متغیر افسردگی در گروه مداخله بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری را نشان می‌دهد که گویای اثربخشی درمان مواجهه‌روایی در این گروه است. بین نمرات پس آزمون و پیگیری افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان‌دهنده پایداری اثر درمان سه ماه پس از مداخله است و کاهش میانگین مقیاس افسردگی در پیگیری نسبت به پس آزمون نیز این پایداری را نشان می‌دهد. میانگین اندازه‌های مورد بررسی گروه‌های مداخله و کنترل در جدول ۱ و هم‌چنین اندازه F ، سطح معناداری و میزان تأثیر مقایسه پیش آزمون- پس آزمون و پس آزمون- پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های مداخله و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	
استرس پس از ضربه	آزمایش (N=10)	۵۳/۹۰	۱۲/۶۴	۱۳/۱۳	۲۱/۲۰	۱۴/۷۶
	کنترل (N=12)	۵۶/۷۵	۱۰/۶۹	۱۱/۰۳	۵۵/۹۲	۱۴/۰۴
افسردگی	آزمایش (N=10)	۲۳/۹۰	۶/۸۶	۸/۰۹	۸/۴۰	۷/۰۷
	کنترل (N=12)	۲۵/۷۵	۹/۷۳	۹/۸۶	۲۸/۱۷	۷/۵۵

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مراحل	مجموعه مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
استرس پس از ضربه	پیش آزمون- پس آزمون	۲۶۰۸/۰۹	۱	۲۶۰۸/۰۹	۳۹/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	پس آزمون- پیگیری	۵۴۵/۴۶	۱	۵۴۵/۴۶	۶/۸۴	۰/۰۱۷	۰/۲۶
افسردگی	پیش آزمون- پس آزمون	۱۲۳۵/۴۷	۱	۱۲۳۵/۴۷	۲۵/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶

۰/۰۸	۰/۲۱	۱/۶۹	۴۴/۸۲	۱	۴۴/۸۲	پس آزمون- پیگیری
------	------	------	-------	---	-------	---------------------

به علاوه جهت بررسی و آزمون اثربخشی درمان مواجهه روایی بر مؤلفه‌های استرس پس از ضربه، بلافاصله پس از درمان و سه ماه پس از آن، از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. سه مؤلفه افکار ناخواسته، برانگیختگی و اجتناب بر اساس سه زیرمقیاس مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد (IES-R)، مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر، در گروه مداخله، نمرات پیش آزمون و پس آزمون و همچنین پس آزمون و پیگیری دو مؤلفه افکار ناخواسته و برانگیختگی تفاوت معنادار دارند. میانگین هر دو مؤلفه، در طول درمان سیر کاهشی خود را حفظ کرده است. به عبارت دیگر درمان مواجهه روایی توانسته است به طور موثر و معنادار افکار ناخواسته و برانگیختگی را کاهش دهد و این اثر تا سه ماه پس از درمان نیز تداوم داشته است. در رابطه با مؤلفه اجتناب، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر، تفاوت معناداری را میان پیش آزمون و پس آزمون و همچنین پس آزمون و پیگیری نشان نداد. با این وجود میانگین این مؤلفه سیر کاهشی خود (۱۵/۱۰، ۱۳/۸۰، ۱۰/۷۰) را در طول درمان و سه ماه پس از آن حفظ کرده است.

در ادامه به منظور بررسی دقیق تفاوت زوجی بین مراحل آزمون (پیش آزمون- پس آزمون و پس آزمون-پیگیری)، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد و تفاوت معناداری را میان مراحل آزمون به صورت دو به دو در مورد استرس پس از ضربه نشان داد. در رابطه با افسردگی نتایج نشان داد میان پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد اما پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری نداشتند.

جدول ۳. نتایج آزمون بونفرونی برای بررسی تفاوت زوجی بین مراحل آزمون در متغیر استرس پس از ضربه

متغیر	گروه i	گروه j	تفاوت میانگین دو گروه	خطای استاندارد	سطح معناداری
استرس پس از ضربه	پیش آزمون	پس آزمون	۱۱/۲۶	۱/۷۵	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱۶/۷۶	۲/۲۰	۰/۰۰۰۱
افسردگی	پس آزمون	پیگیری	۵/۵۰	۱/۹۱	۰/۰۲۸
	پیش آزمون	پیگیری	۵/۷۷	۱/۴۸	۰/۰۰۳
	پیش آزمون	پیگیری	-۶/۵۴	۱/۵۷	۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	۰/۷۶	۱/۱۰	۱	

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل آماری پژوهش، تأثیر درمان مبتنی بر مواجهه روایی را بر کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه تأیید می‌کند. به علاوه نتایج نشان می‌دهد که درمان به کار گرفته شده، توانسته به صورت معنادار اختلال افسردگی همراه را در افراد مبتلا بهبود ببخشد. این نتایج حاکی از آن است که این شیوه درمانی می‌تواند در حیطه مسائل اجتماعی و برای درمان اختلال استرس پس از ضربه ناشی از خیانت همسر نیز به صورت مؤثر به کار گرفته شود.

مروری جامع بر رویکردها و تکنیک‌های مرتبط با درمان اختلال استرس پس از ضربه که توسط روبجانت و فاضل (۲۰۱۰) انجام شد، درمان‌های موفق را در این حوزه مشخص می‌کند. ایشان در مقاله خود نمونه پژوهش‌هایی را آورده‌اند که برتری درمان مواجهه روایی را در درمان اختلال استرس پس از ضربه نشان می‌دهد. این پژوهش‌ها در موقعیت‌های مختلف صورت گرفته‌اند، در میان بزرگسالان، کودکان، افراد با درآمد بالا، متوسط و پایین، در میان پناهندگان و پناهجویان و در میان مهاجران؛ به عنوان مثال شال و همکاران (۲۰۰۹)، ژاکوب و همکاران (۲۰۱۰)، اونیوتو همکاران (۲۰۰۵)، بیچسک و همکاران (۲۰۰۷).

نتایج این پژوهش نیز همسو با پژوهش‌های پیشین، نشان می‌دهد که درمان مواجهه روایی می‌تواند به عنوان یک درمان مؤثر برای اختلال استرس پس از ضربه به کار گرفته شود. علاوه بر کاهش علائم اختلال، پایایی اثر درمان، نتیجه ارزشمندی است که در این پژوهش به آن دست یافتیم؛ اثر درمان، سه ماه پس از درمان هم چنان ادامه دارد و شاهد کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه در گروه مداخله هستیم. به طور معمول در اکثر درمان‌ها، کاهش نشانه‌ها در فاصله پیش از درمان و پس از آن اتفاق می‌افتد و در ادامه تنها انتظار ثبات نشانه‌ها را در فرد درمان شده داریم؛ اما در این پژوهش شاهد این هستیم که کاهش علائم، حتی در فاصله سه ماهه پس از درمان هم ادامه دارد.

در حقیقت ماهیت اختلال استرس پس از ضربه به گونه‌ای است که وجود برخی علائم، به گونه‌ای فرد و ذهن او را درگیر می‌کند که خود، علائم دیگر را تشدید می‌کند؛ درگیری دائمی با خاطرات آسیب، باعث آشفتگی و درگیری ذهنی می‌شود؛ این شرایط نیز موجب اختلال در خواب فرد می‌گردد. پیامد اختلال در خواب، مشکلاتی مانند تحریک‌پذیری بیشتر در طول روز، تمرکز ضعیف، کاهش توجه و کاهش کیفیت زندگی است. این فرآیند کارکردهای ذهنی و کارآمدی‌های روزمره فرد را مختل می‌کند (سید محمدی،

۱۳۹۴). به عبارتی غیر از رابطه خطی و مستقیم میان آسیب و اختلال، عوامل میانی و تشدیدکننده را باید در نظر داشت. روبین، برنشتن و بوهنی (۲۰۰۸) نیز باور دارند که خاطرات رنج‌آور ناخواسته، پاسخ مستقیمی به خود رویداد آسیب‌زانیست بلکه پاسخی به خاطره مربوط به آسیب است.

در طی درمان با شیوه منحصر به فرد مواجهه‌روایی، از طریق مواجهه و روایت، مستقیماً خاطرات آسیب‌زا هدف قرار می‌گیرند. در این درمان با زنده کردن خاطرات مربوط به آسیب و برقراری پیوند میان حافظه داغ و حافظه سرد اخباری، خوگیری رخ می‌دهد، نتیجه این است که افکار ناخواسته و خاطرات مربوط به آسیب کاهش می‌یابد و در پیامد آن برانگیختگی، گوش به زنگی و خشم نیز فروکش می‌کند. مجموع این عوامل سبب می‌شود که فرد در طول روز کمتر آشفته شود و خواب شبانه وی بهبود یابد؛ بدین ترتیب به تدریج چرخه معیوب تشدید نشانه‌ها شکسته می‌شود و نشانه‌های اختلال در طول زمان و به صورت تدریجی کاهش می‌یابد و این اثر، چنان‌که در پژوهش حاضر دیده می‌شود حتی تا سه ماه پس از درمان نیز ادامه می‌یابد.

دستورالعمل اصلی درمان نیز توصیه می‌کند بین جلسه یکی مانده به 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 چهار هفته 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 از دست ندادن نتایج گروه مداخله و هم‌چنین براساس شیوه معمول در پژوهش‌های مداخله‌ای، پس از آزمون یک هفته پس از پایان درمان انجام شد؛ که با این وجود نیز نتایج معنادار و تأثیر مثبت درمان قابل مشاهده بود. پیگیری سه‌ماهه نیز مطابق دستورالعمل انجام شد که نتایج مثبت آن ذکر شد.

از جمله موفقیت‌های درمان مواجهه‌روایی، درمان اختلال‌های همراه از جمله اختلال افسردگی همراه با اختلال استرس پس از ضربه می‌باشد (البرت و همکاران، ۲۰۱۱؛ روبجانت

و فاضل، ۲۰۱۰؛ شاور، نیونر و البرت، ۲۰۰۵)، که در این پژوهش به آن دست یافتیم و شاهد کاهش نشانه‌ها و بهبود افسردگی بودیم.

این پژوهش بر اختلال استرس پس از ضربه ناشی از خیانت همسر، تمرکز داشت. در رابطه با بحث خیانت همسر در فرهنگ ایرانی و در تطبیق با اصول دینی، سردرگمی‌هایی وجود دارد، آنچه که در این پژوهش علاوه بر تعریف تخصصی خیانت در حوزه روانشناسی مد نظر قرار گرفت، ذهنیت شرکت‌کننده بود که رفتار همسر خود (روابط خارج از رابطه زناشویی) را خیانت بنامد یا نه. به هر صورت یکی از نتایج جانبی این پژوهش این است که تأیید می‌کند که خیانت همسر موجب بروز اختلال استرس پس از ضربه و هم‌چنین افسردگی در فرد قربانی می‌گردد.

موضوع خیانت همسر علاوه بر سردرگمی‌هایی که ذکر آن رفت، شاید به دلیل تابو بودن و در نتیجه کاهش همکاری مخاطبان (همان‌طور که در این پژوهش هم اتفاق افتاد)، پیشینه پژوهشی پررنگی در ایران ندارد. به هر صورت سودانی، کریمی، مهربانی‌زاده و نیسی (۱۳۹۱) و فرح‌بخش و قنبری هاشم‌آبادی (۱۳۸۵) نیز در تحقیقات خود دریافته‌اند که خیانت همسر باعث بروز اختلال استرس پس از ضربه و اختلال روانشناختی در فرد قربانی می‌شود. هم‌چنین مالک، دانش‌زاده، پورافکاری و صفیایان (۱۳۹۱) در پژوهش خود در رابطه با رتبه‌بندی عوامل استرس‌زا، خیانت همسر را پس از مرگ همسر، در رتبه دوم قرار دادند. همه این تحقیقات در رابطه با خیانت شوهران انجام شده است.

مشاهدات بالینی و هم‌چنین پژوهش‌های عینی تأیید می‌کنند که کشف و افشای یک خیانت، نتایج تخریب‌گری دارد و کارکرد رفتاری و هیجانی هر دو زوج را مختل می‌کند (بیکوم، اشنايدر و گوردون، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش‌های راجمن^۱ (۲۰۱۰)؛ استفانو (۲۰۰۸)؛ گلکس و رایت (۲۰۰۷)؛ فربرادر و همکاران (۲۰۰۵)؛ براون (۲۰۰۱) و بسیاری پژوهش‌های دیگر در رابطه با خیانت زناشویی، تأیید می‌کنند که این رویداد موجب بروز وسواس اجبار، افسردگی و هم‌چنین نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه می‌شود. نتایج این پژوهش نیز با پیشینه پژوهشی هم‌راستا بود.

درمان مواجهه‌روایی، باور دارد هسته آسیب روان‌شناختی، بی‌زاری یک روح زخم‌خورده از زندگی است. شالوده انسان در لحظه‌ها و کنش‌های بافت اجتماعی ریشه دارد:

1. Rachman, S.

ارتباط، گفتار، یادآوری شرح حال شخصی، بزرگی و جاه، صلح و آزادی؛ آسیب همه را ویران می‌کند. آسیب، قربانی را به سمت تنهایی می‌برد، زندگی را بیگانه می‌کند و روانی جریان شرح حال فرد را به انجماد می‌کشانند. آسیب، از طریق رمزگذاری نابهنجار خاطرات باقی می‌ماند و قربانی را دچار ناگویی می‌کند. ناگویی ناشی از تقابل ترس و اشتیاق برای فاش ساختن رویدادها، منطق محوری آسیب روان‌شناختی را شکل می‌دهد. به بیان دیگر یک تعارض طبیعی میان تمایل برای انکار رویدادهای ناراحت‌کننده و احساس اجبار برای بیان ناگهانی آن وجود دارد (شاور، نیونر و البرت، ۲۰۰۵).

قربانی خیانت، از یک سو تمایل دارد تا درد و رنجی را که متحمل می‌شود، روایت کند، دیگران را در آن سهیم کند و شاید همدردی آن‌ها را دریافت نماید، از سوی دیگر با این ترس مواجه است که بیان خاطراتش، مشکلات مضاعفی را برای او رقم بزند. به علاوه قربانی ممکن است احساس خاموش‌شدگی کند، چراکه احتمالاً بیان کردن مسأله‌اش، تلویحات اجتماعی گسترده‌ای در بر دارد. البرت و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند مانع بزرگ دیگر برای برخی قربانیان، عدم درک شدن احساس است. آن‌ها باور دارند که دیگران هرگز قادر نیستند تجربه‌های ایشان را درک کنند. در طی این پژوهش بارها با بیاناتی مواجه شدیم که ترس قربانیان را از بیان مسأله نشان می‌داد:

ترس از عدم درک شدن و متهم شدن: "مجبور شدم که خانواده خودم و همسر را در جریان بگذارم؛ برادرم که در حقیقت کاری نکرد؛ ... خانواده همسر هم که به هر صورت طرف او را گرفتند، تا وقتی نگفته بودم باز آرام تر بودم." "آخر هم پدرم مرا مقصر دانست که حتما سکس خوبی نداره؛ من هم که نمی‌تونم براش توضیح بدم ..."

ترس از افت جایگاه اجتماعی و آبرو: "... آخر خانواده و اقوام همسرم فهمیدند، بعد از آن اصلاً دلم نمی‌خواست در هیچ مهمانی شرکت کنم؛ می‌گفتند که چقدر بدبخت است که باز هم برگشته؛ نمی‌دانم واقعا چه فکر می‌کردند، اما احساس خیلی بدی داشتم." "به برادرم که گفتم قسمش دادم که به خانمش نگوید، آخر آبرویم می‌رفت"

ترس از ناراحتی و فشارهای خانواده: "تا مدت‌ها که کسی نمی‌دانست، الان هم فقط مادرم می‌داند، برادرهایم بفهمند هم مانع طلاقم می‌شوند، هم اینکه دیگر نمی‌توانم از خانه تکان بخورم." "دلم نمی‌خواست خانواده‌ام بفهمند در چه شرایطی هستم، تحمل ناراحتی مادر پدرم برایم سخت تر بود."

ترس از آینده فرزندان: "به هر حال آدمای جامعه ما درک نمی کنند، خیلی بده که پدر
 به دختر چنین کاری کرده باشه، می دونین ازدواج بچه هام برام مهمه، تحمل می کنم تا ازدواج
 کنند."، "مجبورم حرفی نزنم، پسرم کنکور داره و می خواد درس بخونه..."

اگر هسته پویایی "عدم درک شدن احساس در خصوص ناگفتنی بودن حرف" فهمیده
 نشود، درمان بیهوده است. با به کلام در آوردن آسیب، قربانقدرت پیدا می کند بر احساس
 ناگویی و نداشتن خاطره روشن، غلبه کند (شاور، نیونر و البرت، ۲۰۰۵). زمانی که فرد با مسأله
 بی وفایی همسر مواجه می شود، بسیار تحت فشار است و به واسطه رمزگذاری مبهم حافظه -
 اش، از این که خاطراتش را با دیگران سهیم بشود، ناتوان است. در هر حال این مسأله برای
 همیشه پوشیده نمی ماند و در نهایت قربانی مجبور به صحبت کردن می شود.

ممکن است از دیدگاه بیرونی به نظر برسد که "روایت" و "آسیب" اساساً متضاد و مانعه
 الجمع هستند؛ اما این دو مفهوم عمیقاً با یکدیگر مرتبط هستند و همین دوگانگی است که
 پایگاه درمان مواجهه روایی را می سازد (شاور، نیونر و البرت، ۲۰۰۵).

آنچه که در این پژوهش اتفاق می افتاد این بود که شرکت کننده در جلسات درمانی،
 هنگام روایت خاطرات آسیب، تنش را تجربه می کرد و با تجربه هیجان های زنده شده
 رویدادها، مثل اضطراب، تپش قلب، گریه و غیره، خاطرات را بیان می کرد. گاهی هم
 خاطره ای تکه تکه و شاید بیش از حد خلاصه شده بیان می کرد. بعضی اوقات هم ممکن بود
 به خاطر فرار از بیان خاطره به سوال در مورد شرایط فعلی زندگی اش یا چیزی مثل آن
 پردازد. اینها همهنشان دهنده این بود که روایت آسیب برایش مشکل است. با هدایت و
 کمک درمانگر، شرکت کننده هر واکنش های رفتاری، شناختی، فیزیولوژیکی و هیجانی
 مربوط به خاطره تمرکز می کرد و در نهایت خاطره ای یکپارچه شکل می گرفت و در جلسات
 مختلف، چندباره توسط درمانگر خوانده می شد. جالب این است که شرکت کننده ای که در
 طول درمان به شکل های مختلف از روایت خاطرات آسیب زا اجتناب می کرد، در پایان
 جلسات، ابراز می کرد که "از اینکه بالاخره یک بار این خاطرات را برای کسی تعریف کردم،
 احساس راحتی می کنم، احساس می کنم سبک شده ام."، "وقتی شما خاطره ام را می خواندید
 تازه می فهمیدم که چه اتفاقی افتاده است." اکثر شرکت کننده ها اشتیاق نشان می دادند که
 روایت مکتوب شده را داشته باشند تا یک بار دیگر آن را بخوانند و برخی نیز مشتاق می شدند

تا داستان زندگی‌شان را به نحوی منتشر کنند تا دیگران از آن استفاده کنند و تجربه کسب کنند.

بدین شکلاست که درمان مواجهه روایی تلاش می‌کند از طریق تشویق به بیان داستان آسیب و زنده کردن صحنه‌های آسیب گذشته، یک مواجهه تخیلی را طراحی کند (نگاه کنید به فوآ، ۱۹۹۸). هدف این است که اجازه داده شود تا شبکه ترس ساخته شده توسط رویداد آسیب‌زا اصلاح گردد (لنگ، ۱۹۸۴؛ ۱۹۹۳). بنابراین درمان مواجهه روایی "خاطرات داغ ضمنی" را به داستان آشکار شده توسط "خاطرات سرد اخباری" می‌بافد (متکالف^۴، ۱۹۹۹). به این شیوه، بخش‌ها و یادآوری‌های مزاحم در بافت اصلی خودشان، یکپارچه می‌شوند و یک روایت شرح حال پایدار ایجاد می‌شود. بخشی از فرآیند، شبیه ارائه یک شهادت قانونی است. منطق این بخش، از فرایند شهادت درمانی پیروی می‌کند، همان درمانی که توسط لیرا و وینستن^۵ در شیلی، تحت حکومت پینوشه گسترش یافت (ساین فوگوس و مونلی^۶، ۱۹۸۳، به نقل از شاور، نیونر و البرت، ۲۰۰۵).

طبق دستورالعمل‌درمان مواجهه روایی، در جلسه دوم و همه جلسات بعد از آن، روایت نوشته شده از جلسات پیشین، دوباره برای بیمار خوانده می‌شود. در این زمان، از بیمار خواسته می‌شود که دوباره حوادث را به طور کامل، با هدف تصحیح و جزئی‌تر کردن گزارش، تجسم و بازسازی کند. هدف از انجام این کار این است که شهادت‌نامه و فرایند خوگیری کامل و کامل‌تر شود. خواندن آهسته مستند، دقیقاً از ابتدای آن، یکبار دیگر پردازش هیجانی و مواجهه را تسهیل می‌کند تا برانگیختگی کاهش یابد (نیونر، شاور و کلاشیک، ۲۰۰۴). خوگیری، کاهش نشانه‌هایی است که پس از مواجهه با محرک تنش‌زا برای یک دوره زمانی معنادار رخ می‌دهد و فرایند مداوم فعال‌سازی و روایت کردن خاطره داغ می‌تواند به خوگیری بیانجامد، به این معنا که فشار هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیکی در طول زمان کاهش یابد. پس از رخ دادن خوگیری، حافظه داغ به حافظه سرد تبدیل می‌شود، اگرچه، نمی‌توان پس از تنها یک جلسه واحد انتظار داشت که خوگیری کامل اتفاق بیفتد.

-
1. Foa, E.
 2. Hot Implicit Memories
 3. Cool Declarative Memories
 4. Metcalfe
 5. Lira; Weinstein
 6. Cienfuegos; Monelli

شاهد مثال رخداد خوگیری در جلسات درمانی، کاهش هیجانات شرکت کننده در طی جلسات بود؛ خصوصاً هنگامی که روایت مکتوب شده، در جلسه بعد توسط درمانگر خوانده می‌شد، شرکت کننده‌ها ابراز می‌کردند که دیگر مثل جلسه گذشته آن هیجانات را تجربه نمی‌کنند و شدت آن‌ها بسیار کمتر شده است. بسیاری از آن‌ها فاصله بیشتری را با خاطرات خود احساس می‌کردند و می‌توانستند از دید سوم شخص یا دید فراتر به خاطره خود بنگرند؛ "الان بیشتر احساس می‌کردم که دارید به داستان می‌خوانید، شنیدنش برام جالب بود"، "تا به حال به این اتفاق از این دید نگاه نکرده بودم، الان برداشت جدیدی ازش دارم". نکته مهم دیگر اینکه موفقیت این درمان در بستر فرهنگ ایرانی رami توان مدیون جنبه روایتی آن تلقی کرد؛ شاور، نیونر و البرت (۲۰۰۵) نیز باور دارند که چون داستان‌گویی، سنت شفاهی و ابراز کلامی، مفاهیم مشترک بین نوع بشر می‌باشند و روایت‌ها بخش یکپارچه‌ساز هر فرهنگی هستند، درمان مواجهه روایی می‌تواند مناسب هر فرهنگی باشد.

در انتها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در رابطه با موضوع خیانت، مردان را نیز مورد توجه قرار دهند تا نتایج به دست آمده در این حوزه دچار سوگیری نشود. علاوه بر این متاسفانه خیانت از جانب زنان نیز در جامعه در حال افزایش است و پژوهش‌هایی را می‌طلبد که ابعاد روان‌شناختی این مسأله را مورد بررسی قرار دهند. در عین حال انجام پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود. حجم نمونه بالا در پژوهش‌های آینده می‌تواند احتمال خطاهای آماری را کاهش دهد و با اطمینان بیشتری نتایج را تأیید کند. به علاوه به کارگیری درمان در حوزه‌های دیگر با مخاطبان متفاوت می‌تواند حمایت گسترده‌تری را برای درمان رقم بزند.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition, DSM 5TM)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Baucom, D.H., Snyder, D.K. & Gordon, K.C. (2009). *Helping Couples Get Past the Affair: A clinician's Guide*. The Guilford Press.
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2212-2220.
- Brown EM. (2001). *Patterns of infidelity and their treatment*. New York, NY: Psychology Press.
- Cappas, N.M.; Andres-Hyman, R.; Davidson, L. (2005). What psychotherapists can begin to learn from neuroscience: seven principles

- of a brain-based psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 374-383.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of memory and language*, 53, 594-628.
- Elbert, Th.; Shauer, M.; Ruf, M; Weirestall, R.; Neuner, F.; Rockstroh, B.; Junghofer, M. (2011). The Tortured Brain Imaging Neural Representations of Traumatic Stress Experiences Using RSVP With Affective Pictorial Stimuli. *Journal of Psychology*. 219(3):167° 174.
- Fairbrother, N., Newth, S., & Rachman, S. (2005). Mental pollution: feelings of dirtiness without physical contact. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 121° 130.
- Farahbakhsh, K.; Ghanbari Hashem Abadi, B. (2007). Evaluation of the effectiveness of couple therapy Counseling on Intimacy post-traumatic stress reduction and increased perception of infidelity. *Studies of Education and Psychology*, Vol. 7, No. 9. (in Persian)
- 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. p. 471-507.
- Gordon, K.C. (2004). An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal of Marital Family Therapy*, 30: 213-231.
- Jacob, N., Neuner, F., Schaal, S., Maedi, A., & Elbert, T. (2010). Dissemination of psychotherapy for trauma-spectrum disorders in resource-poor post-conflict societies: A randomised controlled trial in Rwanda. PhD Thesis.
- Malek A.; Dadashzadeh, H.; Pour Afkari N., Safaiean A. (2012) Ranking of stressful life events in the general population Tabriz. *Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, Vol.30, NO.4, 73-80. (in Persian)
- Mared Pour, A; Najafi, M. (2016). The effectiveness of treatment through eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in women with post-traumatic stress disorder caused by the events of civilians. *Journal of Clinical Psychology*, 6, 23: 41-60. (in Persian).
- Moradi, A. R., Herlihey, J., Yasseri, G., Sahraray, M., Turner, S., Dalgleish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspect of autobiographical memory in relation to symptoms of post traumatic stress disorder (PTSD). *Acta psychological*, 127, 645-653.
- Moradi, A. R.; Abdi, a.; Fathi-Ashtiani, A.; Dalgleish, T.; Jobson, L. (2012). Overgeneral autobiographical memory recollection in Iranian combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 435-441.
- Naderi, N.; Moradi, A.; Ramazan Zadeh, F.; Vaghefi Nejad, M. (2016). Emotional Schemas (ESs), Depression and Anxiety in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Patient: As a Risk Factor in PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 6, 22: page 1-22. (in Persian).

- Neuner, F.; Catani, C.; Ruf, M.; Schauer, M.; Elbert, Th. (2008). Narrative Exposure Therapy for the Treatment of Traumatized Children and Adolescents (KidNET): From Neurocognitive Theory to Field Intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 461-664.
- Neuner, F.; Shauer, M.; Klaschik, CH.; Karunakara, U.; Elbert, TH. (2004). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 4, 579-587.
- Olf, M., Laneland, W., Gersons, B. P., (2005). The psychology of PTSD: Coping with trauma. *psychoneuroendocrinology*, 30, 974- 982.
- Onyut, L.P.; Neuner, F.; Schauer, E.; Ertl, V.; Odenwald, M.; Schauer, M.; Elbert, Th. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5:7.
- Panaghi, L.; Hakim shooshtari, M.; Atari Mogadam, J. (2006). Persian version validation in impact of event Scale-Revised, *Tehran University Medical Journal*; Vol. 64, No. 3, 52-60. (in Persian)
- Peluso, P.R. (2007). *Infidelity: A Practitioner's Guide to Working with Couples in Crisis*. Routledge publisher.
- Rachman, S. 2010. Betrayal: A psychological analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 48: 304-311.
- Raes, F., Williams, G. M., Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of Memory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 40, 24-38.
- Robjant, K.; Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 30:1030-1039.
- Rubin, D. C., Bernstein, D., & Bohni, M. K. (2008). A memory- based model of post traumatic stress disorder: evaluating basic assumption underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115, 985-1011.
- Schaal, S.; Elbert, Th.; Neuner, F. (2009). Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal Psychotherapy. *Psychother Psychosom*, 78:298° 306.
- Schauer, M.; Neuner, F.; Elbert, Th. (2005). Narrative exposure therapy. Hogrefe & Huber Publishers.
- Schauer, M; Elbert, Th. (2010). Dissociation Following Traumatic Stress, Etiology and Treatment. *Journal of Psychology*, Vol. 218(2):109° 127
- Soudani, M.; Karimi, J.; Mehrabizadeh, M.; Neisi, A. (2012). Effectiveness of emotion oriented couple therapy on reducing the damage caused by marital infidelity. *Researches of behavioral science*, Vol 10, NO 4, 258-268. (in pesian).
- Steel, J.L.; Dunlavy, A. C.; Stillman, J.; Pape, H. Ch. (2011). Measuring depression and PTSD after truma: Common scaled and checklists. *Injury*, 42(3), 288-300.

Stefano JD, Oala M. (2008). Extramarital affairs: Basic considerations and essential tasks in clinical work. *Journal of Counseling and Therapy for Couples and Families*; 16(1): 13-19.

