

SID



ابزارهای
پژوهش



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری
STES



فیلم های
آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



توسعه آموزش
آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقالات ISI

آموزش مهارت های کاربردی
در تدوین و چاپ مقالات ISI



توسعه آموزش
روش تحقیق کمی

روش تحقیق کمی



توسعه آموزش
آموزش نرم افزار Word برای پژوهشگران

آموزش نرم افزار Word
برای پژوهشگران

اثربخشی روش‌های درمان پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش علائم روان‌شناختی دانش آموزان مواجه شده با آسیب

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۲۱

محمد نریمانی*، سجاد بشرپور**، حسین قمری‌گیوی***، عباس ابوالقاسمی****

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش علائم روان‌شناختی دانش آموزان مواجه شده با آسیب انجام گرفت.

روش: طرح این مطالعه شبه آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش را دانش آموزان پسر مقاطع اول، دوم و سوم دبیرستان‌های شهر ارومیه در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ تشکیل دادند ($N=10286$). بعد از اجرای پرسشنامه سرند کردن حوادث آسیب‌زا و آزمون فهرست علائم ۹۰ سؤالی روی ۱۰۰۰ نفر، تعداد ۱۲۹ نفر دارای تجربه آسیب و نمره بالای ۹۰ در آزمون فهرست علائم ۹۰ سؤالی شناسایی شدند از بین آنها تعداد ۶۰ نفر به تصادف انتخاب و بعد از انجام مصاحبه بالینی در سه گروه درمان پردازش شناختی ($n=20$)، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک ($n=20$) و گروه پلاسیبو ($n=20$) به تصادف جایگزین شدند. هر سه گروه در مراحل پیش و پس آزمون به آزمون فهرست علائم ۹۰ سؤالی پاسخ داده و داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در خرده مقیاس‌های وسواس-اجبار، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانویید و روان‌پریشی بین سه گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت. در نمره کلی آزمون فهرست علائم ۹۰ سؤالی نیز هر دو گروه درمان، تفاوت معنی‌داری با گروه پلاسیبو داشتند ولی در این متغیر تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه درمانی یافت نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش آشکار کرد که روش‌های درمان پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش علائم آسیب شناختی دانش آموزان مواجه شده با آسیب به یک اندازه اثربخش هستند. ولی درمان پردازش شناختی بر افسردگی مرتبط با آسیب ولی پردازش مجدد هولوگرافیک بر ترس مرضی، وسواس-اجبار و روان‌پریشی مرتبط با آسیب اثربخش‌تری بیشتری دارند.

واژه‌های کلیدی: پردازش شناختی، پردازش مجدد هولوگرافیک، آسیب، دانش آموزان

narimani@uma.ac.ir

* استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

basharpoor_sajjad@yahoo.com

** نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

h_ghamarigivi@yahoo.com

*** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

abolghasemi1344@uma.ac.ir

**** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

از زمان شروع زندگی انسان، موقعیت‌هایی وجود داشته است که به طور بالقوه استعداد آسیب‌زایی^۱ داشته‌اند، ولی سندرم روان‌شناختی و رفتارهای ناپه‌نجان مرتبط با آسیب^۲ برای نخستین بار در سربازان جنگ جهانی دوم در رویارویی با وقایع فشار زای جنگ شاسایی شد [۱]. شناسایی عوارض مرتبط با آسیب در سربازان جنگ، اهمیت شناسایی اثرات سایر عوامل آسیب‌زا را بیش از پیش روشن ساخت. اگر چه ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به طور واضحی انواع عوامل آسیب‌زا را توصیف نکرد اما ویراست چهارم این راهنما دامنه رویدادهای آسیب‌زا را بسط داد و به دنبال آن اثرات عوامل آسیب‌زای مختلف مورد بررسی قرار گرفت [۲]. در مطالعات مختلف میزان شیوع طول عمر تخمینی حوادث آسیب‌زا از ۲۶ تا ۹۲/۲ درصد برای مردان و از ۱۷/۷ تا ۸۷/۱ درصد برای زنان گزارش شده است [۳، ۴، ۵، ۶]. در زمینه یابی همبودی ملی بیماری‌ها^۳، ۶۰/۷ درصد بزرگسالان آمریکایی تجربه حداقل یک رویداد آسیب‌زا را در طول زندگی خود گزارش کردند که از این تعداد ۸/۲ درصد مردان و ۲۰/۹ درصد زنان به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا بودند [۷]. در ایالات متحده آمریکا بیش از نیمی از کودکان و نوجوانان نیز حداقل یک حادثه آسیب‌زا نظیر سوء استفاده فیزیکی دوره کودکی، آزار و اذیت‌های جنسی، خشونت خانوادگی، ارعاب و وحشت^۴، سوانح جدی رانندگی، آتش سوزی، فجایع طبیعی، شرایط جدی پزشکی یا مرگ آسیب‌زای یک دوست صمیمی را تجربه کرده‌اند، تقریباً یک چهارم آنها نیز علائم روان‌پزشکی قابل ملاحظه‌ای به ویژه اختلال استرس پس از سانحه را نشان می‌دهند [۸]. در سال ۲۰۰۱ در ایالات متحده آمریکا بیش از ۳ میلیون کودک به دلیل آزار به آژانس‌های حمایت ارجاع داده شده بودند که بیش از نیمی از آنها از غفلت (۵۳۴ هزار مورد، ۵۹/۲ درصد)، ۱۷۰ هزار مورد از آزار جسمی (۱۹ درصد)، ۹۰ هزار مورد از آزار جنسی (۱۰ درصد)، ۶۰ هزار مورد از آزار عاطفی (۷ درصد) رنج می‌بردند. از کل این افراد تعداد ۴۷/۷ درصد در دامنه

سنی ۸ تا ۱۷ سال بودند [۹]. نتایج یک مطالعه روی ۲۰۴۱ دانش آموز نشان داد که از ۱۸ مدرسه، ۸۰ درصد حداقل یک رویداد آسیب‌زا را در طول زندگی خود به عنوان قربانی یا شاهد تجربه کرده بودند [۱۰]. در یک مطالعه از کودکان آفریقایی نیز ۶۷ درصد افراد قربانی یا شاهد حداقل یک رویداد تروماتیک شده بودند و ۸ درصد آنها نیز واجد معیارهای تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه بودند [۱۱]. در ایران نیز مطالعه جابر قادری و همکاران [۱۲] نشان داد که ۵۷/۵ درصد کودکان (۳۳ درصد دختران و ۲۳/۷ درصد پسران) حداقل یک رویداد آسیب‌زا را در طول زندگی‌شان تجربه کرده بودند که تنبیه جسمانی و بستری شدن افراد خانواده شایع‌ترین رویدادها بودند و ربوده شدن و سوء رفتار جنسی حداقل شیوع را داشتند [۱۲]. افراد مواجه شده با آسیب در معرض خطر بالای ابتلا به سایر شرایط پزشکی و روان‌پزشکی هم در دوره کودکی و هم بزرگسالی قرار دارند. کودکان آسیب دیده در دوره بزرگسالی در خطر بالای ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه و سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی از جمله افسردگی، اختلالات تجزیه‌ای، اختلالات سایکوتیک، شخصیت و اعتیاد [۱۳] و خطر مواجه شدن مجدد با عوامل آسیب‌زا [۱۴] قرار می‌گیرند. اگرچه مواجهه با برخی حوادث آسیب‌زا در کودکان و نوجوانان امری اجتناب ناپذیر است، ولی با شناسایی، تشخیص و ارائه درمان‌های مؤثر و زود هنگام می‌توان از عوارض بعدی آنها جلوگیری کرد. در زمینه درمان علائم پس آسیبی^۵ مطالعات اخیر اثربخشی و اطمینان دارو درمانی در درمان این گروه از افراد را با توجه به قرار داشتن آنها در مرحله رشدی مورد تردید قرار داده‌اند. از بین شیوه‌های روان‌درمانی نیز تا چند سال قبل رویکرد شناختی- رفتاری رویکرد غالب بوده است. کاربرد این روش در درمان کودکان و نوجوانان دارای سابقه سوء استفاده فیزیکی و جنسی شواهد نسبتاً محکمی در تأیید اثربخشی این شیوه درمانی در کاهش علائم روان‌پزشکی این افراد به دست داده است [۱۵] ولی کاربرد این روش در درمان علائم روان‌شناختی مرتبط با سایر اشکال آسیب به اندازه اثربخشی، دست یافته است که این امر نشان‌دهنده

نظریه خود شناختی- تجربی اپستین^۷ درباره شخصیت می‌باشد. طبق این نظریه ما دو سیستم مجزای عقلانی^۸ و تجربی^۹ برای پردازش اطلاعات داریم. سیستم عقلانی اطلاعات را به صورت منطقی و خطی و سیستم تجربی اطلاعات را به صورت هیجانی و توسط تداعی‌ها پردازش می‌کند. درمان پردازش شناختی از اصول این نظریه برای دسترسی به اطلاعاتی درباره تمایلات شناختی- رفتاری که منجر به تکرار موقعیت‌هایی می‌گردند که جنبه‌هایی خاصی از آسیب را نمایان می‌سازند و همچنین برای تعدیل این الگوها استفاده می‌کند. در این روش الگوی بازآفرینی تجارب با استفاده از هولوگرام به عنوان یک مدل توصیف می‌شود. هولوگرام یک تصویر سه بعدی است که معلق در هوا به نظر می‌رسد. جنبه جالب هولوگرام آن است که تصویر روی یک فیلم هولوگرافیک خاصی ایجاد می‌شود که در آن کل تصویر خارج از آن فیلم قرار داده می‌شود. این امر پدیده‌ای را خلق می‌کند که در آن کل مشتمل بر اجزایی است. به وسیله تبیین یک الگوی تکراری تجارب خاص، هر چرخه بازآفرینی تجربه محتوی اطلاعاتی است که با کل الگوی تجارب فرد هماهنگ می‌باشد. اگرچه آن تجارب لزوماً واقعی هستند ولی آنها همچنین به عنوان یک پشت صحنه^{۱۰} برای حادثه آسیب‌زای درمانجویان عمل می‌کند تا به این طریق آنها باورهایشان در مورد خود، دیگران و دنیا را برون ریزی کنند. زمانی که درمانجو به خلق این باورها مبادرت می‌ورزد به نظر می‌رسد که آنها دقیقاً شبیه یک هولوگرام به وسیله این تجارب حمایت می‌شوند. به عبارت دیگر تجربه، پدیده‌ای هولوگرافیک است و به این دلیل است که در این روش درمان از اصطلاح هولوگرام تجربی بحث می‌شود. پردازش مجدد هولوگرافیک یک رویکرد التقاطی به روان درمانی است که روش‌های شناختی، مواجهه درمانی و روان‌پوشی و درمان تجربی را با هم تلفیق می‌کند [۲۳]. کاتز^{۱۱} و همکاران [۲۴] با بررسی اثربخشی پردازش مجدد هولوگرافیک نتایج موفقیت آمیزی از کاربرد این روش در تغییر شناخت‌های

آسیبی بوده و پژوهشگران را بر آن داشته است که جهت درمان افراد آسیب دیده به دنبال روان درمانی‌های متمرکز بر آسیب^۱ باشند [۱۵]. درمان پردازش شناختی^۲ و پردازش مجدد هولوگرافیک^۳ دو مورد از این روش‌ها می‌باشند که تاکنون اثربخشی هر یک در افراد آسیب دیده ثابت شده است. درمان پردازش شناختی یک برنامه درمانی است که توسط رسیک^۴ و همکاران [۱۶] بر پایه یک نظریه پردازش اطلاعات درباره اختلال استرس پس از سانحه به وجود آمد. این نظریه فرض می‌کند که اطلاعات مربوط به حادثه آسیب‌زا در مغز در قالب شبکه‌های ترس ذخیره می‌شوند. فرض زیر بنایی این روش درمانی این است که علت اصلی اختلال استرس پس از سانحه، تعارض بین طرحواره‌های قبلی و اطلاعات جدیدی است که به وسیله یک حادثه آسیب‌زا فعال می‌شوند. به این دلیل تمرکز اصلی این شیوه درمان، شناسایی و اصلاح این تعارضات است، تعارضاتی که نکات پیوسته شده^۵ نامیده می‌شوند. درمان پردازش شناختی ترکیبی است از ۳ مؤلفه ۱- آموزش درباره اختلال استرس پس از سانحه و نظریه پردازش شناختی ۲- مواجهه درمانی و ۳- درمان شناختی و آموزش مهارت‌ها [۱۶]. این روش برای اولین بار در درمان اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با تجاوز جنسی در زنان آزمون شد [۱۶، ۱۷]. از آن تاریخ محققان مختلف اثربخشی این روش را در جمعیت‌های مواجه شده با آسیب‌های مختلفی چون سربازان جنگ [۱۸]، پناهندگان سیاسی [۱۹]، نوجوانان زندانی شده [۲۰] و قربانیان تصادفات رانندگی [۲۱] نشان داده‌اند. آلوارز^۶ و همکاران [۲۲] نیز با مقایسه درمان پردازش شناختی گروهی با یک درمان گروهی متمرکز بر تروما به این نتیجه رسیدند که شرکت کنندگان درمان پردازش شناختی بهبودی‌های بیشتری نسبت به گروه دیگر در چک لیست علائم اختلال استرس پس از سانحه نشان دادند. روش درمان پردازش مجدد هولوگرافیک نیز یک شیوه روان درمانی شناختی- تجربی است که مبتنی بر

گزارشی^۱: این پرسشنامه ۲۴ آیتمی توسط فورد و همکاران همکاران [۲۶] با هدف بررسی سابقه حوادث آسیب‌زا و تمایز آنها از تجربیات منفی زندگی در افراد دامنه سنی ۱۸-۶ ساله ساخته شده است. این پرسشنامه تجربه تعدادی از حوادث از جمله آسیب‌های بدنی قبلی و فعلی، بستری شدن‌ها، خشونت خانوادگی، خشونت در جامعه، فجایع طبیعی، تصادفات رانندگی، سوء استفاده فیزیکی و جنسی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (معیار الف ۱ اختلال استرس پس از سانحه)، همچنین اینکه آیا واکنش‌های فرد به رویداد آسیب‌زا شامل ترس شدید، درماندگی یا وحشت بوده است یا نه در این پرسشنامه ارزیابی می‌گردد (معیار الف ۲). لازم به ذکر است که در این پژوهش سؤال‌های مربوط به سوء استفاده جنسی با اظهار نظر اداره حراست آموزش و پرورش از پرسشنامه حذف شد. در مورد هر حادثه، تجربه حادثه توسط فرد معیار الف ۱ اختلال استرس پس از سانحه را کامل می‌کند و با پاسخ‌های بعدی حوادث آسیب‌زا از تجربیات استرس‌زا متمایز می‌گردند یعنی اگر واکنش فرد شامل ترس شدید، درماندگی و وحشت باشد آن رویداد، آسیب‌زا و در غیر این صورت، استرس‌زا در نظر گرفته می‌شود. این پرسشنامه با پرسشنامه‌های دیگر ارزیابی حوادث آسیب‌زا نظیر پرسشنامه حوادث آسیب‌زای زندگی همبستگی خوبی نشان داده است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون نیز ۰/۸۹ گزارش شده است [۲۶]. این ضریب روی نمونه اولیه این پژوهش ۰/۷۶ به دست آمد.

۲- مصاحبه بالینی ساختار یافته: مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات روانی، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که برای اختلالات محور اول نسخه چهارم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی تهیه شده است. از این مصاحبه برای تشخیص اختلالات مرتبط با آسیب (اضطرابی، خلقی، تجزیه‌ای و سایر اختلالات در صورت مشاهده علائم) و تأیید تشخیص آزمون تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سؤالی استفاده شد [۲۷].

۳- آزمون تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سؤالی: این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزیابی علائم روانی است

مرتبط با آسیب در گروهی از زنان دارای سابقه سوء استفاده جنسی به دست آوردند. بشرپور و همکاران [۲۵] نیز با مقایسه اثربخشی روش‌های پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش شناخت‌های پس آسیبی گروهی از دانش آموزان آسیب دیده شهر ارومیه به این نتیجه رسیدند که این دو روش به یک اندازه بر کاهش شناخت‌های منفی درباره خود اثربخش بوده‌اند ولی در کاهش خود سرزنشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک اثربخشی بیشتری داشت. در نمره کلی آزمون نیز بین دو گروه درمان تفاوت معنی‌داری یافت نشد. این دو روش درمانی از جمله روش‌های درمان متمرکز بر آسیب بوده و پروتکل‌های آنها شامل بخش‌های مهمی برای ارتقاء سلامت روان و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مناسب با رویدادهای آسیب‌زای مختلف می‌باشد. با توجه به بروز بالای حوادث آسیب‌زا و آسیب‌پذیری کودکان و نوجوانان در برابر آن معرفی روش‌های درمان مؤثر بر علائم پس آسیبی ضروری است، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان تأثیر این دو روش در کاهش علائم روان‌شناختی و مقایسه آنها با هم و با یک گروه کنترل پلاسیبو انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های شبه آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون چند گروهی می‌باشد.

آزمودنیها: کلیه دانش آموزان پسر مقاطع اول، دوم و سوم دبیرستان‌های دولتی شهر ارومیه در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ جامعه آماری این پژوهش بودند ($N=10286$). تعداد ۱۰۰۰ نفر (تقریباً یک دهم جامعه) به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای برای سرند کردن حوادث آسیب‌زا و علائم روان‌شناختی انتخاب شدند. تعداد ۵۴ نفر از پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها خوداری کرده و از ۹۴۶ پاسخ دهنده، ۱۲۹ نفر (۱۳/۶۳ درصد) به عنوان افراد دارای تجربه حداقل یک رویداد آسیب‌زا و نمره بالاتر از ۹۰ در آزمون فهرست علائم ۹۰ سؤالی شناسایی شدند. در نهایت تعداد ۶۰ نفر از بین آنها به تصادف انتخاب و در پژوهش شرکت کردند.

ابزار:

۱- پرسشنامه سبندک در: حوادث آسیب‌زا- فرم خود

دوی گروه‌ها نیز از آزمون بونفرونی استفاده شد. لازم به ذکر است که گزارش تجربه حداقل یک حادثه آسیب‌زا، نمره بالاتر از ۹۰ در آزمون تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سؤالی داشتن معیارهای تشخیصی یکی از اختلالات محور ۱ بر اساس مصاحبه بالینی معیارهای ورود نمونه بودند و غیبت بیش از یک سوم جلسات درمان، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف خانگی معیارهای خروج در نظر گرفته شده بودند. برای رعایت اخلاق پژوهشی از ابتدای پژوهش دانش آموزان از اختیار لازم جهت همکاری برخوردار بوده و کاملاً داوطلبانه و بعد از دادن رضایت کتبی خود و والدین در پژوهش شرکت داشتند، جهت جلوگیری از تداخل جلسات درمانی با اوقات آموزشی سعی می‌شد در وقت آزاد آنها یا موقع کلاس‌های ورزش، یا سایر درس‌های ساده جلسات درمانی برگزار شود و وقت جلسه بعدی نیز با هماهنگی آنها تعیین می‌شد، اطلاعات مربوط به آزمودنیها کاملاً محفوظ نگاه داشته شد و بعد از اتمام تحقیق برای کمک به گروه گواه و افرادی که پاسخدهی ضعیفی به درمان گروهی داشتند، آدرس مرکز مشاوره خصوصی پژوهشگر دوم در اختیار همه آنها قرار داده شد تا در صورت تمایل از امکانات رایگان مرکز استفاده کنند. محتوای هر یک از مداخلات نیز به شرح زیر بود:

درمان پردازش شناختی: راهنمای درمان پردازش شناختی متشکل از ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای است که مطابق راهنمای فراهم شده توسط رسیک و همکاران [۲۴] به شرح زیر ارائه گردید:

جلسات اول و دوم) در این دو جلسه پس از ایجاد تفاهم درمان بخش، درباره مشکلات فعلی آزمودنیها آگاهی لازم داده شد و مشکلات آنها ارزیابی و ساختار جلسات درمانی مشخص شد، اختلالات موجود آنها تبیین شناختی شده و منطق درمان ارائه گردید. در آخر جلسه دوم نیز از آنها درخواست شد تا به عنوان یک تکلیف عملی یک توصیف حادثه^۱ بنویسند.

جلسات سوم و چهارم) در این جلسات معنای رویداد آسیب‌زای آزمودنیها شناسایی و مواجهه سازی نوشتاری بر اساس توصیف حادثه^۱، آزمودنیها به کار گرفته شده و از

این آزمون دارای ۹ بعد و ۳ شاخص است. ابعاد ۹ گانه این آزمون عبارت‌اند از: ۱) شکایت‌های جسمانی، ۲) وسواس-اجبار، ۳) حساسیت در روابط متقابل، ۴) افسردگی، ۵) اضطراب، ۶) پرخاشگری، ۷) ترس مرضی، ۸) افکار پارانوئیدی، ۹) روان‌پریشی. اعتبار این آزمون به روش بازآزمایی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. روایی آزمون نیز با انجام بررسی‌هایی که روی گروه‌های بیماران روانی، بیماران جسمی و افرادی که تحت شرایط پر فشار روانی بوده‌اند انجام شده رضایت بخش گزارش شده است [۲۸]. اعتبار و روایی این آزمون در ایران قابل قبول بوده است به طوری که ثبات درونی آن از ۰/۷۷ برای بعد روان‌پریشی تا ۰/۹۰ برای بعد افسردگی گزارش شده است. اعتبار این آزمون به کمک بازآزمایی نیز از ۰/۸۰ برای بعد شکایت‌های جسمانی تا ۰/۹۰ برای افکار پارانوئیدی گزارش شده است [۲۹]. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در پژوهش حاضر نیز در دامنه‌ای از ۰/۶۹ برای ترس مرضی تا ۰/۸۶ برای افسردگی به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: روش اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از انتخاب اعضای نمونه ۶۰ نفری جهت تأیید علائم آنها، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات اضطرابی، خلقی، تجزیه‌ای و همچنین سایر اختلالات در صورت مشاهده علائم روی آنها اجرا شد. در مرحله بعد آنها در سه گروه پردازش شناختی ($n=20$)، پردازش مجدد هولوگرافیک ($n=20$) و کنترل پلاسیبو ($n=20$) به تصادف جایگزین شدند. در این مرحله دوباره فهرست علائم روانی به عنوان پیش آزمون اجرا شد، و درمان‌های پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک روی گروه‌های آزمایشی اجرا گردید و به تعداد ۶ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای نیز جلسات محاوره گروهی درباره ۶ موضوع دوره نوجوانی، رشته‌های تحصیلی، ارتباط با کارکنان مدرسه، هسته مشاوره مدرسه، روش‌های مطالعه و یادگیری و روابط دختر و پسر) یک موضوع برای هر جلسه) با گروه پلاسیبو برگزار گردید. تمام این مداخلات توسط پژوهشگر دوم این پژوهش انجام گرفت. در مرحله پایانی نیز همه آزمودنیها به آزمون تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سؤال به عنوان

مقابله با علائم انحصاری آسیب، ۶ خلق طرح جدیدی برای احساسات.

مرحله دوم: اکتشاف

گام ۳: پرداختن به اکتشاف تجربی: در این مرحله با استفاده از تکنیک‌هایی ارتباط برقرار کردن با تجربه، شناسایی احساسات و تداعی آزاد با تصاویر، خاطرات و احساسات دیگر به آزمودنیها کمک شد تا به اکتشاف تجربی بپردازند.

گام ۴: کشیدن هولوگرام تجربی: در این قسمت از تصویر ساده کتری روی بخاری^۴ برای سازماندهی و تبیین مؤلفه‌های هولوگرام تجربی استفاده شد.

مرحله سوم: پردازش مجدد

گام ۵: پردازش مجدد هولوگرام تجربی: برای پردازش مجدد هولوگرام تجربی تکنیک‌های زیر به کار رفت: الف.

گام‌های نه گانه پردازش مجدد (۱- اجازه خواستن^۵، ۲- زمینه سازی صحنه^۶، ۳- آرامش آموزی، ۴- روی آوردن به صحنه^۷، ۵- قرار دادن مرحله^۸، ۶- دستیابی به سطح ناراحتی آزمودنی، ۷- سناریو سازی مجدد صحنه، ۸- کامل کردن صحنه و اتمام تمرین، ۹- بحث کردن با مراجع)، ب. تکنیک‌های ایجاد فاصله هیجانی، ج. اتمام پردازش مجدد.

گام ۶: برقراری الگوهای جدید: در این گام درباره تأثیر پردازش مجدد و کاربردهای آن در آینده به آزمودنیها توضیح داده شد و درباره چگونگی ایجاد اهداف جدید برای زندگی و همچنین رشد یک خودانگاره مثبت راهنمایی‌های لازم ارائه شد [۲۳].

یافته‌ها

تعداد ۶۰ نفر از افراد دارای تجربه حداقل یک رویداد آسیب‌زا و نمره بالاتر از ۹۰ در آزمون تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سؤالی در سه گروه ۲۰ نفری مورد مطالعه قرار گرفتند که در نهایت ۴ نفر از گروه درمان پردازش شناختی و تعداد ۲ نفر از گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و تعداد ۵ نفر از گروه پلاسیبو دوره‌های درمانی را کامل نکرده و از پژوهش کنار گذاشته شدند.

روش ABC در شناسایی ارتباط بین افکار و احساسات آزمودنیها استفاده گردید.

جلسات پنجم و ششم) در این دو جلسه به آزمودنیها کمک شد تا باورهای خود درباره رویداد آسیب‌زا را ارزیابی مجدد بکنند و بازسازی شناختی به آنها معرفی گردید و باورهای آنها با استفاده از فهرستی از سؤالات چالش برانگیز به چالش کشیده شد و از آنها خواسته شد به وسیله خود بازبینی^۱ به طور منظم افکار خود را شناسایی کرده و آنها را به چالش بکشند.

جلسات هفتم تا دوازدهم) در این جلسات به آزمودنیها کمک شد تا باورهای مربوط به حوزه‌های امنیت، اعتماد، کنترل، عزت نفس و صمیمیت و همچنین باورهای بیش از حد تعمیم داده شده^۲ و افراطی در مورد خود^۳ را شناخته، ارزیابی کرده و تجدید نظر نمایند. در آخر جلسه دوازدهم نیز معنای رویداد آسیب‌زا با آزمودنیها مرور شد و از آنها درخواست گردید تا گزارشی دوباره درباره آن رویداد نوشته و گزارش قبلی خود را اصلاح نماید. در نهایت درمان با یادآوری مفاهیم و مهارت‌های معرفی شده در طول دوره به پایان رسید [۳۰].

درمان پردازش مجدد هولوگرافیک: این روش طبق راهنمای ارائه شده توسط کاتز [۲۴] در ۳ مرحله (۲ گام در هر مرحله) و در مجموع ۶ گام پیاپی انجام می‌گیرد. چون مجموع جلسات درمانی ۹ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای می‌باشد، به هر مرحله درمان سه جلسه اختصاص داده شد.

۱. مرحله اول: ایمنی

گام ۱: برقراری اتحاد درمان بخش: مطابق راهنمای درمان برای برقراری اتحاد درمان بخش از روش‌های ۱. ایجاد احساسات مثبت در درمانجو ۲. آموزش، هنجار سازی علائم، ساختن تصویری واقعی از خود در آزمودنیها و ۳. بررسی مقاومت، انتقال و انتقال متقابل استفاده شد.

گام ۲: تأمین یک چهارچوب مهارت‌های مقابله‌ای: در این قسمت مهارت‌های مقابله‌ای زیر به آزمودنیها آموزش داده شد: ۱. تکنیک‌های آرامش آموزی، ۲. اکتشاف احساسات، ۳. تحمل عاطفه، ۴. تغییر دادن احساسات، ۵. ایجاد تاب

آوری، ۶. انعطاف‌پذیری، هنجار، ۵. آموزش مهارت‌ها،

جدول ۱) نتایج مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنیها به تفکیک گروه بندی

سن	پایه تحصیلی			رشته تحصیلی			حجم نمونه	گروه‌ها	
	میانگین	انحراف معیار	درصد	فراوانی	رشته تحصیلی	درصد			فراوانی
۳/۳۱	۱۵/۵۶	۵۶/۲۵	۹	اول	۵۶/۲۵	۹	سال اول	۱۶	درمان پردازش شناختی
		۲۵	۴	دوم	۱۸/۷۵	۳	انسانی		
		۱۸/۷۵	۳	سوم	۱۸/۷۵	۳	تجربی		
		-	-	-	۶/۲۵	۱	ریاضی		
۱/۱۴	۱۵/۳۸	۵۵/۵۵	۱۰	اول	۵۵/۵۵	۱۰	سال اول	۱۸	درمان پردازش مجدد هولوگرافیک
		۲۲/۲۲	۴	دوم	۱۱/۱۱	۲	انسانی		
		۲۲/۲۲	۴	سوم	۲۲/۲۲	۴	تجربی		
		-	-	-	۱۱/۱۱	۲	ریاضی		
۰/۹۱	۱۵/۴۰	۵۳/۳۳	۸	اول	۵۳/۳۳	۸	سال اول	۱۵	پلاسیبو
		۱۳/۳۳	۲	دوم	۱۳/۳۳	۲	انسانی		
		۳۳/۳۳	۵	سوم	۱۳/۳۳	۲	تجربی		
		-	-	-	۶/۶۶	۱	ریاضی		

جدول ۱ توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی رشته و مقطع تحصیلی و میانگین و انحراف معیار سن آنها را به تفکیک گروه بندی نشان می‌دهد.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون سه گروه آزمودنی در خرده مقیاس‌های فهرست علائم ۹۰ سؤالی

پلاسیبو		پردازش مجدد هولوگرافیک		پردازش شناختی		عضویت گروهی	نوع آزمون
SD	M	SD	M	SD	M		
۸/۸۴	۲۱/۰۰	۱۵/۷۹	۲۰/۳۳	۸/۰۵	۱۴/۳۱	شکایات جسمانی	پیش آزمون
۴/۸۳	۲۲/۵۳	۷/۲۲	۲۳/۰۰	۳/۹۹	۲۲/۷۵	وسواس - اجبار	
۹/۶۶	۲۴/۰۶	۱۱/۱۴	۲۵/۵۵	۴/۱۵	۴۰/۲۵	افسردگی	
۶/۲۹	۱۶/۶۶	۵/۳۲	۱۹/۳۸	۳/۹۹	۱۶/۶۸	حساسیت در روابط بین فردی	
۵/۴۴	۱۶/۱۳	۹/۴۸	۲۸/۹۴	۵/۰۴	۲۱/۵۶	اضطراب	
۶/۱۸	۱۳/۲۶	۴/۸۵	۱۳/۸۳	۴/۲۳	۱۴/۷۵	پرخاشگری	
۵/۷۰	۵/۳۳	۳/۳۳	۷/۰۵	۳/۲۱	۶/۷۵	ترس مرضی	
۵/۳۷	۱۳/۸۰	۳/۴۶	۱۳/۳۸	۳/۵۲	۱۱/۵۶	افکار پارانوییدی	
۶/۴۵	۱۸/۶۰	۶/۸۹	۲۰/۱۱	۵/۱۳	۱۶/۱۲	روان پریشی	
۳۶/۳۶	۱۶۳/۲۰	۴۷/۹۱	۱۸۵/۷۷	۲۰/۵۱	۱۷۸/۴۳	نمره کلی	
۱۵/۶۵	۲۱/۴۰	۹/۴۳	۱۲/۸۸	۵/۸۹	۱۴/۸۱	شکایات جسمانی	پس آزمون
۹/۴۵	۲۲/۴۶	۹/۴۵	۱۳/۴۴	۴/۲۱	۱۷/۷۵	وسواس - اجبار	
۱۲/۸۱	۲۳/۴۶	۱۰/۷۴	۱۴/۶۱	۴/۲۸	۱۵/۶۲	افسردگی	
۹/۹۰	۱۶/۳۳	۷/۷۷	۱۱/۸۳	۳/۶۱	۱۲/۵۰	حساسیت در روابط بین فردی	
۹/۲۷	۱۷/۵۳	۷/۷۵	۱۰/۵۵	۳/۷۵	۱۲/۰۶	اضطراب	
۶/۴۵	۱۳/۰۰	۷/۵۰	۹/۴۴	۷/۲۱	۱۰/۰۶	پرخاشگری	
۸/۰۷	۸/۱۳	۲/۹۷	۳/۰۰	۲/۶۷	۶/۰۶	ترس مرضی	

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات هر یک از خرده مقیاس‌های آزمون فهرست علائم ۹۰ سؤالی و نمره کلی آن در سه گروه آزمودنی را نشان می‌دهد. همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در پس آزمون گروه پلاسیبو با میانگین ۲۱/۴ در شکایت جسمانی بیشترین نمره، گروه پردازش شناختی با میانگین ۱۴/۸۱ رتبه دوم و گروه پردازش مجدد هولوگرافیک با میانگین ۱۲/۸۸ در رتبه دوم قرار داشت. در وسواس اجبار نیز گروه پلاسیبو با میانگین ۲۲/۴۶ بالاترین نمره، گروه پردازش شناختی با میانگین ۱۷/۷۵ و نهایتاً گروه پردازش مجدد هولوگرافیک با

میانگین ۱۳/۴۴ در مرتبه‌های دوم و سوم قرار داشتند. در افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، روان‌پریشی، و نمره کلی نیز به ترتیب گروه پلاسیبو، پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک دارای بیشترین نمره بودند. تنها در زیر مقیاس افکار پارانوئیدی گروه پلاسیبو با میانگین ۱۳/۶۶ رتبه اول و گروه پردازش مجدد هولوگرافیک با میانگین ۹/۵۵ رتبه دوم و گروه پردازش شناختی با میانگین ۸/۸۷ رتبه سوم داشتند.

جدول ۳) نتایج آزمون کواریانس برای مقایسه تأثیر روش‌های درمان پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک بر ابعاد علائم روان‌شناختی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	شکایات جسمانی	۱۳۵۲/۴۲	۱	۱۳۵۲/۴۲	۱۴/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۶
	وسواس- اجبار	۳۶۳/۵۸	۱	۳۶۳/۵۸	۶/۱۱	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۶۷
	افسردگی	۴۶۷/۹۰	۱	۴۶۷/۹۰	۵/۱۷	۰/۰۲	۰/۱۰	۰/۶۰
	حساسیت بین فردی	۲۲۹/۴۶	۱	۲۲۹/۴۶	۴/۳۶	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۵۳
	اضطراب	۲۸/۳۷	۱	۲۸/۳۷	۰/۵۳	۰/۴۷	۰/۰۱	۰/۱۱
	پرخاشگری	۳۲۵/۹۶	۱	۳۲۵/۹۶	۱/۶۶	۰/۰۰۹	۰/۱۴	۰/۷۵
	ترس مرضی	۵۵۵/۹۱	۱	۵۵۵/۹۱	۴۰/۶۹	۱/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
	افکار پارانوئید	۷۵/۰۶	۱	۷۵/۰۶	۳/۵۸	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۴۶
	روان‌پریشی	۵۹۸/۲۰	۱	۵۹۸/۲۰	۹/۳۰	۰/۰۰۴	۰/۱۷	۰/۸۴
	نمره کلی	۲۰۳۲۳/۳۰	۱	۳/۲۰۳۲/۳۰	۶/۲۰	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۶۸
عضویت گروهی	شکایات جسمانی	۵۶۰/۸۰	۲	۲۸۰/۴۰	۳/۰۶	۰/۰۶	۰/۱۲	۰/۵۶
	وسواس- اجبار	۷۰۰/۵۶	۲	۳۵۰/۲۸	۵/۸۹	۰/۰۰۵	۰/۲۱	۰/۸۵
	افسردگی	۱۱۲۷/۵۶	۲	۵۶۳/۷۸	۶/۲۳	۰/۰۰۴	۰/۲۱	۰/۸۷
	حساسیت بین فردی	۲۵۸/۱۹	۲	۱۲۹/۰۹	۲/۴۵	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۴۶
	اضطراب	۴۰۲/۶۵	۲	۲۰۱/۳۲	۳/۷۶	۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۶۵
	پرخاشگری	۱۴۷/۹۹	۲	۷۳/۹۹	۱/۶۶	۰/۲۰	۰/۰۶	۰/۳۳
	ترس مرضی	۳۴۴/۳۱	۲	۱۷۲/۱۵	۱۲/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹
	افکار پارانوئید	۱۶۶/۴۲	۲	۸۳/۲۱	۳/۹۷	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۶۸
	روان‌پریشی	۶۱۵/۸۷	۲	۳۰۷/۹۳	۴/۷۹	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۷۷
	نمره کلی	۴۶۱۱۶/۰۲	۲	۲۳۰۵۸/۰۱	۷/۰۳	۰/۰۰۲	۰/۲۳	۰/۹۱

جدول ۴) نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دوی گروه‌ها بر اساس شاخص‌های F و سطح معنی‌داری

متغیرها	گروه‌ها	پردازش مجدد هولوگرافیک	پلاسیبو
وسواس - اجبار	پردازش شناختی	۴/۴۳ (P=۰/۳۰)	-۴/۸۲ (P=۰/۲۶)
	پردازش مجدد هولوگرافیک	-	-۹/۲۲ (P<۰/۰۰۴) *
	پلاسیبو	-	-
افسردگی	پردازش شناختی	-۸/۲۲ (P<۰/۰۵) *	-۱۳/۶۱ (P<۰/۰۰۸) *
	پردازش مجدد هولوگرافیک	-	-۹/۳۸ (P<۰/۰۲) *
	پلاسیبو	-	-
اضطراب	پردازش شناختی	۲/۳۲ (P<۱/۰۰)	-۶/۰۷ (P<۰/۰۹) *
	پردازش مجدد هولوگرافیک	-	-۸/۳۹ (P<۰/۰۳) *
	پلاسیبو	-	-
ترس مرضی	پردازش شناختی	۳/۳۱ (P<۰/۰۳) *	-۳/۲۵ (P<۰/۰۵) *
	پردازش مجدد هولوگرافیک	-	۶/۵۷ (P<۰/۰۰۱) *
	پلاسیبو	-	-
افکار پارانوئید	پردازش شناختی	-/۱۱ (P<۱/۰۰)	-۴/۱۰ (P<۰/۰۵) *
	پردازش مجدد هولوگرافیک	-	-۳/۹۸ (P<۰/۰۵) *
	پلاسیبو	-	-
روان‌پریشی	پردازش شناختی	۴/۷۳ (P=۰/۳۱)	-۳/۹۶ (P=۰/۵۴)
	پردازش مجدد هولوگرافیک	-	-۸/۶۹ (P<۰/۰۱) *
	پلاسیبو	-	-
نمره کل	پردازش شناختی	۲۳/۱۵ (P=۰/۶۹)	-۵۲/۵۸ (P<۰/۰۴) *
	پردازش مجدد هولوگرافیک	-	-۷۶/۵۳ (P<۰/۰۰۲) *
	پلاسیبو	-	-

هولوگرافیک اثربخشی بیشتری نسبت به درمان پردازش شناختی دارد.

بحث

تجربه رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی و نوجوانی بر کارکردهای روانی - اجتماعی تأثیر منفی گذاشته و باعث ایجاد مشکلات رفتاری در دوره‌های مختلف زندگی فرد می‌گردد. در این پژوهش در حوزه درمان علائم مرتبط با رویدادهای آسیب‌زای اثربخشی روش‌های درمان پردازش

مطابق جدول ۴، نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دوی میانگین گروه‌ها نشان می‌دهد که در ابعاد وسواس - اجبار و روان‌پریشی فقط درمان پردازش مجدد هولوگرافیک اثربخش بود. در بعد افسردگی هر دو شیوه درمانی نسبت به گروه پلاسیبو اثربخش بوده و همچنین درمان پردازش شناختی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان پردازش مجدد هولوگرافیک دارد. در ابعاد اضطراب، افکار پارانوئید و همچنین نمره کل آزمون دو گروه درمان به یک اندازه

همسو با یافته‌های پژوهش‌های قبلی فنون شناختی به میزان بیشتری بر کاهش افسردگی تأثیر می‌گذارند. برعکس در بعد ترس مرضی، درمان پردازش مجدد هولوگرافیک اثربخش‌تر از درمان پردازش شناختی بود. این نتیجه با نتایج تحقیقات انجام شده همخوان می‌باشد. [۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳] اثربخشی بیشتر درمان پردازش مجدد هولوگرافیک نیز می‌تواند به تعدد فنون مواجهه سازی و آرامش آموزی در این شیوه درمان مربوط باشد. همچنین می‌توان گفت که روش‌های مواجهه سازی هولوگرافیک به کار رفته در درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بیشتر از روش مواجهه سازی نوشتاری درمان پردازش شناختی در کاهش ترس مرضی مؤثر می‌باشند. نتیجه آزمون کواریانس نشان داد که هر دو روش درمانی به یک اندازه در کاهش اضطراب و افکار پارانوئید اثربخش بوده‌اند. این نتیجه با پژوهش‌های قبلی [۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳] در مورد اثربخشی روش‌های درمان پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در افراد دارای تجربه رویداد آسیب‌زا همخوان می‌باشد. از آنجا که مواجهه سازی به عنوان یکی از تکنیک‌های خط اول درمان اضطراب به حساب می‌آید لذا اثربخشی این شیوه‌های درمان بر کاهش اضطراب می‌تواند بیشتر به واسطه وجود عناصر مواجهه سازی نوشتاری در پردازش شناختی و مواجهه سازی تجربی هولوگرافیک در پردازش مجدد باشد. علت اثربخشی این روش‌ها بر افکار پارانوئید هم می‌تواند به وجود مؤلفه‌های بازسازی شناختی افکار مختل و آموزش مهارت‌های اجتماعی و اعتماد کردن به دیگران ارتباط داشته باشد. در ابعاد وسواس-اجبار و روان‌پریشی تنها تفاوت معنی‌دار بین گروه درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و گروه پلاسیبو بود و درمان پردازش شناختی بر این ابعاد تأثیر معنی‌داری نگذاشته بود. این نتایج با یافته‌های پژوهشگرانی که از اثربخشی درمان پردازش شناختی در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات همبود با آن حمایت می‌کنند [۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲] ناهمخوان بوده ولی با ابن عقاید کاتر

تعدیل نمرات پیش آزمون در نمره کلی آزمون تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سؤالی بین گروه‌های درمان پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، ولی دو گروه درمان با گروه پلاسیبو تفاوت آماری معنی‌داری داشتند. به این معنی که این دو شیوه درمان به یک اندازه در کاهش علائم کلی روان‌شناختی اثربخش بوده‌اند. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های [۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲] مبنی بر اثربخشی روش‌های درمان پردازش شناختی و همچنین نتایج کاتر و همکاران [۲۴] مبنی بر اثربخشی روش پردازش مجدد هولوگرافیک بر کاهش علائم پس آسیبی و نتایج بشرپور و همکاران [۲۵] مبنی بر اثربخشی هر دو شیوه درمانی بر کاهش شناخت‌های پس آسیبی می‌باشند. علت اثربخشی این شیوه‌های درمانی در کاهش تعداد زیادی از علائم روان‌شناختی را می‌توان به مطابقت منطق این شیوه‌های درمانی با ویژگی‌های دوره نوجوانی دانست. هر دوی این شیوه‌های درمان از جمله درمان‌های التقاطی به حساب آمده و دارای عناصر قوی مواجهه درمانی، روش‌های شناختی مقابله با افکار مختل و در نهایت آموزش روانی اجتماعی می‌باشند. با توجه به تأثیر رویدادهای آسیب‌زا در ایجاد تعداد زیادی از علائم و اختلال در فرایند رشد کلی نوجوان قابل انتظار بود که کاربرد مدل‌های التقاطی درمان در بهبود علائم آنها سودمند باشد. اما در ارتباط با ابعاد آزمون تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سؤالی یافته‌های به دست آمده نشان داد که در بعد افسردگی علاوه بر اینکه بین دو گروه درمانی و گروه پلاسیبو تفاوت معنی‌داری وجود دارد، گروه پردازش شناختی نیز تفاوت معناداری با گروه پردازش مجدد هولوگرافیک داشت. به این صورت که درمان پردازش شناختی بر کاهش علائم افسردگی اثربخش‌تر از درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بود. این یافته نیز با نتایج سیک و همکاران [۱۷] مبنی بر این امر همخوان می‌باشد که روش درمان پردازش شناختی نسبت به شیوه‌های رفتاری و شناختی در کاهش احساس گناه مرتبط با رویداد آسیب‌زا مؤثرتر می‌باشد. در کنار کاربرد مواجهه سازی

افسردگی ناشی از آسیب، درمان پردازش شناختی و در ابعاد ترس مرضی، وسواس- اجبار و روان‌پریشی ناشی از آسیب درمان پردازش مجدد هولوگرافیک اثربخش‌تری بیشتری داشتند. این پژوهش چند محدودیت نیز داشت: اولاً چون دو ماه بعد از اجرای روش‌های درمانی با زمان امتحانات و بعداً تعطیلی مدارس مصادف بود، امکان ارزیابی پیگیری فراهم نشد. دوماً هر سه شیوه مداخله توسط یک نفر انجام گرفت. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده برای بررسی پایداری درمان مطالعات پیگیری انجام گیرد و برای افزایش اعتبار درمان شیوه‌های مداخله توسط متخصصین متفاوتی اعمال گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت محترم آموزش و پرورش نواحی یک و دو شهرستان ارومیه و همچنین تمامی مدیران، معاونین، مشاوران و دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر ارومیه که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Beals J, Manson SM, Shore JH. The prevalence of posttraumatic stress disorder among American Indian veterans: disparities and context. *J trauma stress*. 2002; (15): 89-97.
- 2- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., revised). Arlington, VA; 2000.
- 3- Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*. 1992; (60): 409-441.
- 4- Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*. 1993; (61): 984-991.
- 5- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychi*. 1995; (52): 1048-1060.
- 6- Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *Psycholo Med*. 2001; (31): 1237-1247.
- 7- Kessler TC, Berlund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters E. Lifetime prevalence

روان‌پویشی، شناختی و رفتاری و همچنین درمان تجربی به صورت تلفیقی استفاده می‌کند، می‌تواند در کاهش تمامی علائم وابسته به رویداد آسیب‌زا اثربخش‌تر از شیوه‌های دیگر درمان باشد. اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر کاهش وسواس- اجبار را می‌توان به تعدد فنون شناختی مقابله با افکار مزاحم در این شیوه درمان نسبت داد و در ارتباط با روان‌پریشی نیز این طور نظر می‌رسد که وقتی شخص در محیط امن درمان با کمک کشیدن هولوگرام تجربی از رویداد آسیب‌زای خود با آن رویداد مواجه شده و به کمک درمانگر حالات هیجانی باقیمانده خود را بیرون ریخته و احساسات متداعی با آن صحنه را نشان می‌دهد بهتر می‌تواند با پردازش تجربی و عاطفی آن رویداد در ذهن خود مقابله نموده و واقعیت آزمایی منطقی از آن رویداد داشته باشد که در نتیجه چنین فرایندی فرد آسیب دیده به میزان کمتری علائم آشفتگی روانی نشان می‌دهد. نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که در ابعاد مشکلات جسمانی و پرخاشگری تفاوت معنی‌داری بین سه گروه وجود نداشت. به این معنی که شیوه‌های درمان بر این شاخص‌ها اثربخش نبوده‌اند. این نتایج با یافته‌های سایر پژوهش‌ها [۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴] ناهمخوان می‌باشند. علت اثربخش نبودن این شیوه‌های درمان بر مشکلات جسمانی را می‌توان به این صورت توجیه کرد که چون آزمودنی‌های این پژوهش نوجوان بودند، بنابراین درد و سایر مشکلات بدنی آنها می‌توانست با جهش رشدی آنها ارتباط داشته باشد نه علائم مرتبط با آسیب که نقطه آماج درمان‌های ارائه شده بود، علاوه بر این از آنجا که یکی دیگر از ویژگی‌های دوره نوجوانی ایستادگی در برابر منابع قدرت و خصومت نسبت به بی عدالتی‌های موجود در جهان اطراف است، همخوان با نتایج بشرپور و همکاران [۲۵] علت اثربخش نبودن این روش‌های درمان بر کاهش خشم و خصومت نوجوان می‌تواند به اثربخش نبودن این شیوه‌های درمان بر شناخت‌های منفی فرد درباه جهان ارتباط داشته باشد. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش‌های درمان پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک در

Male Veterans Treated in a VHA Posttraumatic Stress Disorder Residential Rehabilitation Program. *J Consul Clin Psychol*. 2011; 79(5): 590-599.

23- Katz LS. Holographic reprocessing: A cognitive-experiential psycho-therapy for treatment of trauma. Taylor & francis group, new york; 2005.

24- Katz LS, Snetter MR, Robinson AH, Hewitt P, Cojucar G. Holographic reprocessing: emprical evidence to reduce posttraumatic cognitions in women weterand with PTSD from sexual trauma and abuse. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*. 2008; (45): 2, 186-198.

25- Basharpoor S, Narimani M, Gamari-givi H, Abolgasemi A, Molavi P. Effect of Cognitive Processing Therapy and Holographic Reprocessing on Reduction of Posttraumatic Cognitions in Students Exposed to Trauma. *Iran J Psychi*. 2011; 6(4): 107-114.

26- Ford I, Racusin JD, Acker R, Bosquet R, Ellis C, Schiffman R. Traumatic Events Screening Inventory (TESI-PRR/TESI-SRR). Retrieved from. www.fordham.edu/childrenfirst; 2002.

۲۷- فرست مایکل، اسپیتزر رابرت، گیبون میریام، ویلیامز جنت. مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور یک در DSM-IV. ونداد شریفی و همکاران، مترجمان. چاپ اول، تهران: انتشارات مهر کاویان؛ ۱۳۸۴.

28- Deragotis KR, Lipman RS, Covi L. SCL-90-AR outpatients psychiatric rating scale preliminary report. *Psycho pharmacol Bull*. 1973; (9): 13-27.

۲۹- میرزایی رقیه، ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. تهران: انستیتوی روان‌پزشکی تهران؛ ۱۳۵۹: ۵۳-۵۱.

30- Resick PA, Monson CM, Chard KM. Cognitive processing therapy: Veteran/Military version Washington, DC: Department of Veterans, Affairs; 2007.

8- Copeland WE, Keler G, Anglod A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychi*. 2007; (64): 577-584.

9- Child trends. Child abuse and neglect. Media hand book, 2004. www.childtrends.com.

10- Seedat S, Nyamai F, Njenga B, Vythilingum B, Stein DJ. Trauma exposure and post-traumatic stress symptoms in urban African schools. *British J Psychi*. 2004; (184): 169-175.

11- Peltzer K. Posttraumatic stress symptoms in a population of rural children in South Africa. *Psychol Rep*. 1999; (85): 646-650.

۱۲- جابرقادری نسرین، بابایی اکرم، نوری کبری، زادمیر نندا، نوری رویا، کاظمی محمود، حسینی لیلا، شریفی ویکتوریا، مرادی مسعود. فراوانی حوادث آسیب‌زای زندگی و اثرات روان‌شناختی آن در کودکان مدرسه رو ۵-۱۷ ساله شهر کرمانشاه. بهیود. ۱۳۸۷: ۱۲(۱): ۲۰۰-۱۹۰.

13- Johnson J, Cohen P, Brown J, Smailes E, Bernstein D. Childhood maltreatment in-creases risk for personality disorders in early adulthood. *Arch Gen Psychi*. 1999; (56): 600-606.

14- Whitfield CL, Anda R, Dube S, Felitti V. Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults. *J Interp Viole*. 2003; (18): 166-185.

15- Pine DS, Cohen JA, Trauma in Children and Adolescents: Risk and Treatment of Psychiatric Sequelae. *Soci Bio Psychi*. 2002; (51): 519-531.

16- Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*. 1992; (60): 748-756.

17- Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consul Clin Psychol*. 2002; (70): 867-879.

18- Monson CM, Schnurr PP, Resick PA, Friedman MJ, Young-Xu Y, Stevens SP. Cognitive Processing Therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *J Consul Clin Psychol*. 2006; (74): 898-907.

19- Schulz PM, Resick PA, Huber LC, Griffin MG. The effectiveness of Cognitive Processing Therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cogn and Behav Pract*. 2006; (13): 322-331.

20- Ahrens J, Rexford L. Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *J Aggress, Maltreat & Trauma*. 2002; (6): 201-216.

21- Galovski TE, Louis S, Resick PA. Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Secondary to a Motor Vehicle Accident: A Single-Subject Report. *Cogn and Behav Pract*.

SID



ابزارهای
پژوهش



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری
STES



فیلم های
آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



تازه های آموزش
آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقالات ISI

آموزش مهارت های کاربردی
در تدوین و چاپ مقالات ISI



تازه های آموزش
روش تحقیق کمی

روش تحقیق کمی



تازه های آموزش
آموزش نرم افزار Word برای پژوهشگران

آموزش نرم افزار Word
برای پژوهشگران