

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy, Cognitive Hypnotherapy, and EMDR on Improving Anxiety and Autobiographical Memory in Women

Vahid Baharvand*
Fariborz Dortaj**
Sadegh Nasri***
Bitra Nasrollahi****

Introduction

Every year around the world, natural disasters lead to death, disability, and financial damage to many people and governments. So distant, the focus of health systems has been on reducing the physical consequences of disasters. However, these incidents are a source of great stress for the survivors of the accident and have serious and long-lasting psychological consequences. Experiencing such an event leads to a wide range of disorders including symptoms of anxiety, neuroticism, depression, and psychosomatic. The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, cognitive hypnotherapy, and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in reducing anxiety and autobiographical memory of flood-affected women in Poldokhtar.

Method

The research was applied and quasi-experimental with a four-group pretest-posttest design. The statistical population included all middle-aged women in the flooded city of Poldokhtar in Lorestan province who had been referred to health and psychological centers during the first two months of 2019. Among them, 60 people who had the highest rate of post-traumatic stress disorder

* PhD. Student of General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

** Professor, Department of Educational Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. *Corresponding Author:* dortaj@gmail.com

*** Associate Professor, Department of Educational Sciences, Shahid Rajaee Teacher Training University, Tehran, Iran.

**** Assistant Professor, Department of Psychology, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

were in three experimental groups (N = 45; Mage = 42.02, SD = 7.03) and one control group (N = 15; Mage = 41.50, SD = 7.91) were assigned by accident. The measurement tools included Williams and Broadbent's (1986) autobiographical memory test and Beck and Esther's (1990) anxiety scale. Statistical data were analyzed using multivariate analysis of covariance, Bonferroni post hoc test, and L-Matrix test.

Results

The results of the analysis of covariance showed that all three interventions of cognitive-behavioral therapy, cognitive hypnotherapy, and EMDR were effective in reducing anxiety and increasing autobiographical memory of positive words compared to the control group ($p < 0.01$). In addition, No interventions were performed on women's anxiety. The results also showed that patients were introduced to anxiety symptoms and the course of PTSD during cognitive-behavioral interventions and received training related to anxiety management, sedation, guided imagery, cognition of misconceptions, and cognitive distortions.

Discussion

Therefore, it can be concluded that cognitive-behavioral hypnotherapy followed by cognitive-behavioral therapy and EMDR have a favorable effect on reducing anxiety and increasing the autobiographical memory of positive words in flood-affected women. However, the results of the present study showed that cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy were more effective than EMDR interventions. Among the reasons for this finding is the problem of patients with post-traumatic stress disorder in avoiding unpleasant emotions, using ineffective problem-solving strategies, and interpersonal relationships.

Keywords: Cognitive-behavioral, cognitive hypnotherapy, desensitization and reprocessing, eye movement, anxiety, autobiographical memory.

Author Contributions: Vahid Baharvand, general framework planning, content editing and analyzing, submission and correction. Dr. Fariborz Dortaj & Dr. Sadegh Nasri, collaboration in general framework planning, selection of approaches; final review Dr. Bitā Nasrollahi, comparison of approaches, conclusions. All authors discussed the results, reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgments: The authors thank all dear colleagues and professors who have helped us in this research.

Conflicts of interest: The authors declare there is no conflict of interest in this article. This article extracted from the Ph.D. thesis, with the guidance of Dr. Fariborz Dortaj & Dr. Sadegh Nasri and with the consultation of Dr. Bitā Nasrollahi

Funding: This article did not receive financial support.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکت چشم بر بهبود اضطراب و حافظه سرگذشتی زنان

وحید بهاروند*

فریبرز درتاج**

صادق نصری***

بی‌تا نصرالهی****

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکت چشم بر کاهش اضطراب و حافظه سرگذشتی زنان سیل‌زده شهر پل‌دختر انجام شد. پژوهش از نوع کاربردی و به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون چهار گروهی انجام گرفت. جامعه آماری، شامل همه زنان میانسال سیل‌زده شهر پل‌دختر استان لرستان بود که طی دو ماهه نخست سال ۱۳۹۸ به مراکز سلامت و روان‌شناختی مراجعه کرده بودند. از بین آن‌ها ۶۰ نفر که دارای بیشترین میزان اختلال استرس پس از سانحه بودند، در سه گروه آزمایش (N = 45; Mage = 42.02, SD = 7.03) و یک گروه گواه (N = 15; Mage = 41.50, SD = 7.91) به تصادف گمارده شدند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش شامل آزمون حافظه سرگذشتی ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶) و مقیاس اضطراب بک و استر (۱۹۹۰) بود. داده‌های آماری به کمک تحلیل کوواریانس چندمتغیره، آزمون تعقیبی بن‌فرونی و آزمون L-Matrix مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

** استاد گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

dortaj@gmail.com

*** دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران.

**** استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد هر سه مداخله درمان شناختی رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و EMDR بر کاهش اضطراب و افزایش حافظه سرگذشتی واژه‌های مثبت نسبت به گروه گواه مؤثر بودند ($p < 0/01$). علاوه بر این، نتایج L-Matrix نیز نشان داد درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی تأثیر بیشتری نسبت به EMDR بر افزایش حافظه سرگذشتی در زنان سیل‌زده داشتند از این رو می‌توان نتیجه گرفت، هیپنوتراپی شناختی رفتاری و در پی آن درمان شناختی رفتاری و EMDR بر کاهش اضطراب و افزایش حافظه سرگذشتی واژه‌های مثبت زنان سیل‌زده از اثربخشی مطلوبی برخوردارند.

کلید واژگان: شناختی رفتاری، هیپنوتراپی شناختی، حساسیت‌زدایی و بازپردازش، حرکت چشم، اضطراب، حافظه سرگذشتی.

مقدمه

در سراسر جهان، هر ساله بلاای طبیعی به مرگ، معلولیت و آسیب‌های مالی انسان‌ها و دولت‌های بسیاری می‌انجامد. تاکنون توجه سامانه‌های بهداشتی تنها به کاهش پیامدهای جسمانی بلا یا متمرکز بوده است. حال آن‌که، این حوادث منبع استرس بزرگی برای بازماندگان سانحه به شمار می‌رود و پیامد روانی جدی و دیرپا به جای می‌گذارد (Reyes, Elhai & Ford, 2008). تجربه چنین واقعه‌ای، منجر به ایجاد طیف گسترده‌ای از اختلالات شامل علائم اضطرابی، روان‌نژندی، افسردگی، روان‌تنی و از این جمله می‌شود (Cusack et al., 2015). افشار ضعیفی چون کودکان، نوجوانان، مادران و سالمندان از این حوادث آسیب بیشتری می‌بینند (Randeniya, 2018). علاوه بر این جنسیت، به‌عنوان یکی از عوامل اثرگذار بر پیش‌بینی استرس مرتبط با حوادث آسیب‌زا است (Kangas et al., 2002). بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، نزدیک به ۱۰ تا ۱۲ درصد از زنان (Willis et al., 2015)، به‌ویژه در سنین میانسالی دچار اختلال استرس پس از سانحه (posttraumatic stress disorder) هستند (Ehlers et al., 2005). یکی از سازه‌های شناختی که تأثیر زیادی بر آسیب‌پذیری قربانیان حوادث دارد و در تداوم استرس پس از سانحه نقش دارد و توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده، حافظه سرگذشتی (autobiographical memory) می‌باشد (Hitchcock et al., 2016). آسیب، از طریق رمزگذاری خاطرات باقی می‌ماند و یادآوری هشیارانه گذشته را غیرممکن می‌سازد (Schauer et al., 2005). از این رو می‌توان گفت، حافظه سرگذشتی به یک پایگاه اطلاعاتی از دانش شخصی اشاره دارد که شامل هر دو خاطرات رویدادی خاص از

وقایع گذشته و اطلاعات مفهومی و اطلاعات مربوط به خود است (Conway & Pleydell, 2000). حافظه سرگذشتی در واقع، بازنمایی شخصی یک فرد از گذشته خود می‌باشد (Semkovska et al., 2012) که به دو صورت اختصاصی (مرتبط با یک واقعه خاص در یک روز خاص) و بیش‌کلی‌گرا (مربوط به وقایع تکراری یا یک دوره طولانی) بازیابی می‌شود (Parker et al., 2017; Dalgleish & Werner-Seidler, 2014). شیوه بازیابی بیش‌کلی‌گرایی حافظه به‌عنوان یک راهبرد اجتناب شناختی (cognitive avoidance)، در پاسخ به خاطرات آزاردهنده و اغلب مزاحم تجربه ضربه، گسترش می‌یابد. به‌ویژه ممکن است بازماندگان آسیب، در تلاش برای اجتناب از بازیابی خاطرات اختصاصی که دردناک و تأثیرگذار هستند، چرا که خاطرات کلی نسبت به یادآوری خاطرات رویدادی اختصاصی احتمالاً تأثیر کمتری ایجاد می‌کند. در نهایت، تلاش برای کمینه کردن بازیابی خاطرات اختصاصی می‌تواند الگوی پاسخ عادی و غیرمنعطف و بنابراین شیوه عام‌تری از اجتناب را ایجاد کند (Williams, 2006). علاوه بر این، هیپنوتراپی شناختی به‌عنوان یکی از روش‌های مداخله‌ای کارا در زمینه کاهش اختلالات هیجانی، این گونه فرض می‌کند که علت بیشتر آشفتگی‌های روان‌شناختی اشکال منفی خودهیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی بی‌آنکه نقد شوند و حتی بدون آگاهی هشیار، پذیرفته می‌شوند. برای علاج این افکار نخست باید مراجع را از حضور و نفوذ آن‌ها آگاه کرد و بعد به آن‌ها آموزش داد تا به کمک بازسازی شناختی هیپنوتیزمی، خودگویی‌های مثبت‌تر و سازگارانه‌تری بسازند (Abrin et al., 2018). هیپنوتراپی شناختی برای اختلالات هیجانی، به دو بخش مجزا اما با هم‌پوشانی، تقسیم می‌شود. بخش اول بیشتر شامل هیپنوتراپی و CBT است که مدیریت نشانگان را هدف قرار می‌دهد. این بخش از هیپنوتراپی شامل تمرین تن‌آرامی، نشان دادن قدرت ذهن بر بدن، تقویت ایگو، گسترش آگاهی، تعدیل و تنظیم نشانگان، خودهیپنوتیزم، القاء خلق مثبت، تلقینات پس‌هیپنوتیزمی می‌شود. بخش دوم درمان متمرکز بر آشکار کردن و بهبود دلایل زیربنایی اختلال هیجانی است. این بخش از درمان که بیشتر حالت سایکودینامیک دارد، شامل تکنیک‌هایی است که از جمله آن‌ها می‌توان به القانات مستقیم، واپس‌روی سنی هیپنوتیزمی، پل عاطفه، کاوش هیپنوتیزمی، بازسازی شناختی در هیپنوتیزم، اصلاح و پاک کردن پرونده ناخودآگاه و تکنیک صدلی خالی اشاره کرد (Aladdin,

در نهایت، درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (Eye Movement Desensitization and Reprocess- EMDR) که در سال‌های اخیر به عنوان روشی سودمند برای درمان پیامدهای ناشی از خاطرات آسیب‌زا، اضطراب و استرس معرفی شده، با تسهیل دستیابی و پردازش خاطرات آسیب‌زا و پیوند آن به راه‌حلی سازگارانه که شامل حساسیت‌زدایی پریشان‌هیجانی، صورت‌بندی مجدد شناخت‌های مرتبط و تسکین برانگیختگی فیزیولوژیکی همراه آن‌ها است (Narimani et al., 2011)، و نوعی روان‌درمانی است (Khanjani et al., 2016)، بدون اتکا به گفتاردرمانی یا دارودرمانی و با استفاده از حرکات منظم، سریع و برنامه‌ریزی شده چشمان بیمار خاطرات دردناک را به خاطر آورد، سطح برانگیختگی خود را کاهش داده و افکار خود را سازمان‌دهی کند (Shapiro, 2018). فرآیند هشت مرحله‌ای و سه‌جانبه EMDR از سرگیری روند پردازش و ادغام اطلاعات روزمره را تسهیل می‌کند. این رویکرد درمانی که تجربه گذشته، محرک‌های فعلی و چالش‌های احتمالی آینده را هدف قرار می‌دهد، منجر به کاهش بروز علائم PTSD (Sprang, 2001; Rothbaum et al., 2005; Ehlers et al., 2005; Maredpour & Najafi, 2016)، کاهش پریشانی حافظه سرگذشتی، (Little et al., 2017; Emdria, 2018) و کمک به درمان اضطراب، وحشت و سایر مشکلات هیجانی ناشی از سوانح می‌شود (Abbasnezhad et al., 2007; Arnold & Ellison, 2004; Davidson & Parker, 2001). در طی EMDR، بیماران هنگام بازیابی خاطرات تروما، حرکات دو طرفه چشم را انجام می‌دهند. بر اساس این ایده که دو طرفه تحریک بسیار مهم است؛ در حالی که ماهیت آن (بینایی، شنوایی یا لمسی) بی‌ربط است (Van den Hout et al., 2012).

با توجه به این‌که هر دو روش EMDR و هیپنوتراپی شناختی در تلفیق با درمان شناختی رفتاری ایجاد و عمل می‌کنند؛ با این وجود، تفاوت‌هایی نیز بین سه روش مذکور وجود دارد. از جمله این‌که هیپنوتراپی شناختی با تلفیق مهارت‌های هیپنوتیک و فنون درمان شناختی رفتاری (Sadat Madani & Tavalaei Zavareh, 2018) و درمان EMDR به کمک حرکات چشم و فراخوانی خاطرات بدون درگیری با هیجان‌های منفی خود به مراجع آسیب‌دیده کمک می‌کند (Little et al., 2017). با توجه به مطالب یاد شده، در پژوهش حاضر، از میان روش‌های

مداخله‌ای سودمند موجود، سه روش مداخله‌ای شامل درمان شناختی رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد انتخاب شدند و کارایی آن‌ها را که در گذشته به تفکیک در درمان استرس پس از سانحه، اضطراب و حافظه سرگذشتی مورد بررسی قرار گرفته بودند، انتخاب و میزان اثربخشی آن‌ها در پژوهش حاضر مورد مقایسه قرار داده شد. به دلیل کم بودن پژوهش درباره مقایسه تأثیر روش‌های مذکور در کشور و عدم پرداختن به زنان سیل‌زده استان لرستان در سال ۱۳۹۸، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این پرسش مهم است که: آیا بین میزان اثربخشی هریک از روش‌های درمان شناختی رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر استرس پس از سانحه، اضطراب و حافظه سرگذشتی زنان سیل‌زده، تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان میان‌سال (۴۲ تا ۵۹ ساله) بود که در شهر پل‌دختر در فروردین ۱۳۹۸ درگیر سیل شده بودند و طی دو ماهه نخست سال به مراکز سلامت و روان‌شناختی (شبکه بهداشت و درمان، مرکز آموزشی درمانی شهدای عشایر و بیمارستان امام خمینی) مراجعه کرده بودند. هریک از زنان قبل از شروع درمان، پرسشنامه‌های اضطراب و حافظه سرگذشتی را در پیش‌جلسه (جلسه غربال‌گری) تکمیل کردند. پس از آن، از بین زنانی که بیشترین میزان اضطراب را داشتند و با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش که شامل: زنان سیل‌زده ساکن در شهر پل‌دختر، عدم ابتلا به اختلالات شناختی و روانی شدید (به کمک مصاحبه بالینی و فرم خوداظهاری)، عدم شرکت همزمان در مداخلات روان‌شناختی دیگر، دارا بودن حداقل ۴۲ تا ۵۹ سال، داشتن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم، و رضایت آگاهانه به شرکت در جلسه‌های درمان بود. عدم رضایت به ادامه شرکت در جلسات، وقوع حوادث پیش‌بینی‌نشده (بستری، مرگ و ...)، و غیبت در جلسات درمان بیش از دو جلسه به عنوان ملاک‌های خروج بود. ۶۰ نفر به صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی (تعداد نمونه=۴۵ نفر، میانگین سن=۴۲/۰۲ و انحراف معیار=۷/۰۲) و یک گروه گواه (تعداد نمونه=۱۵ نفر، میانگین سن=۴۱/۵۰ و انحراف معیار=۷/۹۱) گمارده شدند. سه گروه آزمایشی، مداخله‌های درمانی

مربوط به خود را دریافت کردند. پس از اتمام مداخله‌های مذکور، ابزارهای پژوهش دوباره توسط شرکت‌کنندگان هر چهار گروه تکمیل شدند. همچنین، رضایت آگاهانه به شرکت در جلسه‌های درمان طبق فرم مصوب کمیته اخلاق صورت پذیرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات

آزمون حافظه سرگذشتی (AMT- Autobiographical Memory Test): این آزمون توسط Williams and Broadbent (1986) به منظور بررسی حافظه سرگذشتی رویدادی تدوین شد. در این آزمون از آزمودنی خواسته می‌شود که با هر لغت، رویدادی را که توسط آن لغت یادآوری می‌شود، بنویسد. هر لغت روی یک کارت ۲۰ در ۱۵ نوشته شده و به آزمودنی نشان داده و توضیحاتی ارائه می‌شود از این قرار که، این که رویداد یادآوری شده، می‌تواند مهم یا کم اهمیت، مربوط به دوران گذشته یا اخیر باشد، اما باید یک رویداد اختصاصی باشد؛ چیزی که در یک زمان و مکان خاص رخ داده و دارای یک مدت زمان محدود (یک روز یا کمتر) است. در این تکلیف، پنج لغت دارای بار هیجانی مثبت شامل خوشحالی، موفقیت، آرامش، امنیت و پذیرش؛ و پنج لغت دارای بار هیجانی منفی، تأسف، طرد، درد و رنج، قربانی و ناامیدی بود. برای بازیابی هر خاطره ۳۰ ثانیه زمان در نظر گرفته می‌شود. همزمان مصاحبه حافظه سرگذشتی نیز اجرا می‌شود. این مصاحبه شامل دو بخش است؛ بخش اول مربوط به حافظه سرگذشتی معنایی است و به ارزیابی یادآوری گذشته و حقایق زندگی گذشته مربوط به دوران کودکی، ابتدای بزرگسالی و وقایع دوران اخیر افراد می‌پردازد (مثل محل سکونت در یک دوره خاص). بخش دوم مربوط به حافظه سرگذشتی رویدادی همان سه دوره زمانی است. پاسخ‌ها براساس میزان جزئیات دقیق نمره داده می‌شوند؛ به عنوان مثال نام و نام خانوادگی کامل نمره ۱ و نام تنها نمره ۰/۵ می‌گیرد. مجموع نمره‌های هر سه بخش، نمره کل آزمون را شکل می‌دهند. این آزمون ساده است و قابلیت اجرای نسبتاً سریع دارد. استفاده همزمان از آزمون حافظه سرگذشتی و مصاحبه حافظه سرگذشتی، امکان مقایسه میان حافظه سرگذشتی معنایی و رویدادی را فراهم می‌آورد و می‌توان با اطمینان بیشتری نتایج حاصل از این دو آزمون را که هرکدام به ارزیابی جنبه متفاوتی از حافظه سرگذشتی می‌پردازند، در ارتباط با نشانه‌های خاص استرس پس از ضربه مورد بررسی قرار داد (Shivarani et al., 2017). (Omidi et al. (2008).

نیز پایایی این ابزار برای حافظه مقوله‌ای را به روش بازآزمایی در دامنه‌ای بین ۰/۷۳-۰/۷۸ و برای حافظه بیش تعمیم‌گرا بین ۰/۷۵-۰/۸۰ به دست آورد. (Kaviani et al. (1999) ثبات درونی این مقیاس را با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند. در پژوهشی که توسط Sharifi et al. (2015) صورت گرفت، برای جلوگیری از سوگیری ارزیاب، پاسخ‌های شفاهی آزمودنی‌ها توسط ارزیاب دوم به طور جداگانه نمره‌گذاری شد که همبستگی بین دو ارزیاب ۰/۷۶ تا ۰/۹۵ متغیر بود.

مقیاس اضطراب بک (Beck Anxiety Inventor- BAI): این سنجه ۲۱ عبارتی اضطراب بک یا BAI یک ابزار خودسنجی است که توسط Beck and Steer (1990) و به منظور اندازه‌گیری شدت علائم اضطراب نوجوانان و بزرگسالان طراحی شد. این ابزار توسط Kaviani and Mousavi (2008) به فارسی ترجمه شده است. مقیاس مورد نظر در طیف لیکرت پاسخ‌دهی می‌شود و هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند (Beck & Steer, 1990). دامنه نمره‌های اضطراب ۰ تا ۶۳ خواهد بود و در صورتی که نمره به دست آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد، فرد مورد بررسی هیچ اضطرابی ندارد؛ اگر بین ۸-۱۵ باشد، اضطراب خفیف؛ اگر بین ۱۶-۲۵ باشد متوسط و اگر بین ۲۶-۶۳ باشد، نشان‌دهنده اضطراب شدید است. همچنین، Loebach and Gatz (2005) در پژوهش خود ضریب همسانی درونی این ابزار را ۰/۹۲، پایایی آن را به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سؤالات را از ۰/۳ تا ۰/۷۶ به صورت متغیر گزارش دادند. در گزارش Rafiei and Seifi (2013) نیز پایایی سنجه ۰/۹۲ محاسبه شد.

نحوه اجرای پژوهش

در این پژوهش سه روش درمان شناختی-رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) اجرا و میزان اثربخشی آن‌ها مورد مقایسه قرار گرفت. بخش نخست اطلاعات پژوهش (مبانی نظری و پیشینه پژوهشی در خصوص متغیرهای پژوهش)، با رجوع به نشریات و منابع علمی معتبر و مراجعه به کتابخانه و مراکز اطلاع‌رسانی در دسترس قرار گرفتند. سپس طرح جلسات مداخله‌ای، با بهره‌گیری از منابع

تخصصی مربوط، تهیه و تدوین شد. بخش دوم اطلاعات نیز با مراجعه مستقیم به آزمودنی‌ها و از طریق ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش و تجزیه و تحلیل نتایج آن‌ها به دست آمد. به این منظور، پس از اخذ مجوزهای لازم برای اجرای پژوهش، انتخاب حجم نمونه و گمارش تصادفی آن‌ها در چهار گروه ۱۵ نفری که شامل سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه صورت گرفت. گروه‌های آزمایش به تفکیک، در ۸ جلسه هفتگی مداخله‌ای به مدت ۹۰ دقیقه و به شرح جداول ۱، ۲ و ۳ شرکت کردند و پس از پایان ۸ جلسه، به وسیله مقیاس‌های اندازه‌گیری پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. در انتها نتایج مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

شرح جلسات مداخله‌ای سه گروه آزمایش

طرح جلسات درمان شناختی-رفتاری: طرح درمان شناختی-رفتاری بر اساس دو منبع Ehlers et al. (2005) به شرح زیر اجرا شد.

Table 1.
Summary of cognitive-behavioral therapy sessions

meetings	Target
First Session	Establish initial communication and acquaintance, describe group rules, determine treatment expectations and goals (based on traumatic memories, evaluate and maintain behavior)
second session	Contract therapy, constitution setting, goal setting, empathy, normalization of reactions, cognitive-behavioral therapy logic training, ABC training, homework emphasis, mood measurement training, identification of negative emotions and thoughts
third session	Training on the course and nature of PTSD, identifying cognitive errors, stopping thinking, and practicing problem-solving skills
fourth Session	Writing a description of the incident (imaginary / the same reality), using the technique of visual confrontation and visual exposure, empathy, continuing the level of anxiety and emotional conflict of clients and benefiting from empathy, relaxation training, progressive muscle relaxation
fifth meeting	Achieving problematic personal meanings and abandoning strategies that reduce their response (cognitive avoidance, numbness, avoidance of important moments)
Sixth Session	Updating traumatic memory (changing personal meanings in memory), cognitive reconstruction, drawing patients' attention to underlying beliefs and assumptions in order to change and correct their thoughts
Seventh session	Teaching stimulus discrimination techniques (current situation with accident time) to cut between stimuli and traumatic memory, preparing a list of enjoyable activities, retraining conscious breathing
Eighth Session	Using summaries and summaries of past sessions, book introduction, closing sessions and post-test

طرح جلسات هیپنوتراپی شناختی: برای گروه دوم آزمایشی، جلسات مداخله‌ای هیپنوتراپی شناختی بر اساس پکیج (2013) Wilhelm, Phillips and Steketee و Alladin and Alibhai (2007) طراحی شد و به شرح زیر اجرا شد.

Table 2.
Summary of Cognitive Hypnotherapy Sessions

meetings	Target
First session	Establish initial communication, describe group rules, articulate the goals of the cognitive hypnotherapy group and the tasks of the members, correct some misconceptions about hypnosis and teach people about hypnosis and show the power of the mind over the body.
second session	Expressing group rules, teaching the causes and treatment of the disorder, determining the degree of hypnosis susceptibility, types of cognitive errors, identifying common cognitive errors, evaluating automatic negative thoughts, responding to negative thoughts using rational answers, paying attention to the cause of these beliefs Practice relaxation through guided mental imagery and post-hypnotic instincts.
third session	Training to reduce pain and regulate emotions, including reducing severe arousal, restlessness and disturbed emotions from the accident, training to relax with the help of hypnotic instincts, coping with annoying behaviors and emotions, and negative self-hypnosis.
fourth Session	Implementation of cognitive interventions including cognitive reconstruction training (ABCDE) to investigate the effect of irrational thinking on emotional disturbance and stress management
fifth meeting	Relationship between thoughts, beliefs and behaviors and behavioral consequences of beliefs using relevant instincts in hypnotic trance, emotional processing of mental imagery and traumatic memories processing, imaginative immersion, induction of self-hypnosis, self-relaxation and self-cultivation, evidence and meaning of thoughts Spontaneous by group members and efficient analysis. In this session, the following hypnosis techniques were used: 1. Demonstrating the power of the mind 2. Strengthening the ego 3. Cognitive hypnosis practice 4. Post-hypnosis inductions 5. Self-hypnosis training
Sixth Session	Expressing the characteristics of alternative belief, creating alternative belief with necessary indoctrination in hypnotic trance mode, perceptual change with related indoctrination indulgence. Hypnotherapy: 1. Cognitive reconstruction of hypnosis 2. Cognitive practice in hypnosis 3. Return to age 4. Return to age to the initial traumatic event 5. Dual consciousness
Seventh session	Increase relationship identity and function, create security, protect one's credibility, challenge the patient's perceptions and beliefs, encourage self-examination. Planning for the future, preparing the patient to cope with stressors - helping the patient plan what to do with extra time, planning self-medication sessions
Session 8	Strengthen positive thoughts in a trance state, hypnotherapy about future trigger situations and preparing for them through time-progress techniques and practicing cognitive skills in hypnosis, congratulations on completing the healing process, and post-testing.

طرح جلسات حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکت چشم (EMDR): برای گروه سوم آزمایشی، طرح جلسات مداخله‌ای EMDR نیز بر اساس پروتکل درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (Shapiro, 2018) در ۸ مرحله و طی هشت جلسه به این شرح اجرا شد.

Table 3.

Summary of eye movement desensitization and reprocessing sessions (EMDR)

level	Technique
Step One: History	Obtaining the necessary information from the therapist and planning for the treatment process. Therapists who have low resilience to severe discomfort and those who do not have sufficient social support are not suitable people for this type of treatment.
Step Two: Prepare	Necessary training on the method of treatment and relaxation is given to the clients and the necessary metaphors are given to the client, for example, visualizing the traumatic scenes by watching TV or watching the traumatic scenes from the train window in While the client is sitting on the train and watching the scenes outside the train.
Step Three: Evaluate	The painful memory that the client tends to change is selected. A negative cognition of traumatic memory is then selected. This cognition is unhealthy and relates to traumatic experience. For example, I am lonely or I am a sinner. The client is then asked to name the positive and adaptive cognition associated with the injury. This cognition will replace unhealthy cognition in later stages. Positive cognition is a 7-point scale in which the number 1 means completely wrong and the number 7 is completely correct. This is the Cognitive Validity Scale (VOC). When the client has negative memory and cognition in mind, it is necessary to mark another scale called the Mental Disorder Scale (SUD), which is classified from 0 to 10, with 0 signs of no anxiety and 10 signs of the highest amount of anxiety.
Step 4: Desensitization	The desensitization phase, which is the most difficult and longest phase, during which references to the visual image of painful scenes, negative beliefs, and emotions and bodily sensations are concentrated, and at the same time, mutual stimulation of the brain by the therapist's eye movements follows the therapist's movement. Give. The therapist usually holds two fingers up and the palm of the hand is towards the client and is about 30 to 40 cm away from the client. Usually 15 to 30 bilateral movements are performed. The therapist then takes a deep breath while closing his eyes. In this situation, ask the therapist questions such as emotion, what is his experience? And ... is raised. The responses identify emotional and physical feelings, and then the client is asked to expose the painful memory to a new set. Here eye movements are the only means to activate the information processing system. Gentle hand beats and repetitive auditory cues are other widely used stimuli (Shapiro, 1997).
Step 5: Install	It is called coding therapy and its purpose is to establish and increase the strength of positive cognition. Once the SUD is evaluated and reaches 1 or 2, the client has found acceptable relief, and when the VOC reaches 6 or 7, the treatment is almost complete.
Step 6: Scan the body	It is a physical examination in which the therapist explores all the organs of the body from head to toe, identifies physical tensions and discomforts, and helps position new tissues in the tissue.
Step 7: Close	Terminate or close. At this stage, the client is returned to a state of relaxation, and at this stage, thoughts, emotions, and physical characteristics are examined simultaneously.
Step 7: Close	It is the re-evaluation stage. Check whether the purpose of the treatment has been met or not, and plan for the next sessions based on that.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌های به‌دست آمده از اجرای پژوهش، با استفاده از نرم-افزار SPSS-22 و آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بن فرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. پیش از بررسی تحلیل نتایج در رابطه با اثربخشی روش‌های درمانی بر هر کدام از متغیرها، از همگنی شیب‌های رگرسیون، آزمون باکس و آزمون لوین به عنوان پیش فرض‌های لازم برای استفاده از تحلیل کواریانس، اطمینان حاصل شد. عدم معنی‌داری آزمون فرض همگنی شیب‌ها در متغیر اضطراب (۰/۱۰) و حافظه سرگذشتی (۰/۴۶) بیانگر اینست که مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون محقق شده است. هم‌چنین موازی بودن تقریبی شیب‌های رگرسیون نیز بیانگر تأیید مفروضه همگنی رگرسیون‌ها و وجود رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) می‌باشد. با توجه به عدم معنی‌داری آزمون لوین برای متغیر اضطراب (۱/۴) و حافظه سرگذشتی (۰/۲۲) شرط برابری واریانس‌ها رعایت شده است. هم‌چنین با توجه به عدم معنی‌داری آزمون باکس برای متغیر اضطراب (۱/۵۰) و حافظه سرگذشتی (۰/۹۰) شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس به درستی رعایت شده است. هم‌چنین همبستگی بین متغیرهای وابسته نشان داد که بین متغیرهای وابسته همبستگی منفی و معنی‌دار در حد مورد قبول وجود دارد ($r = -0.74$). بنابراین اجرای MANCOVA امکان‌پذیر است.

Table 4.

Information about the mean and standard deviation of the attention variable in IVA test, Connors teacher and Connors parent in pre-test and post-test in control and experimental groups

Groups	Variable	pre-exam		Post-test		Modified post-test	
		Average	Standard deviation	Average	Standard deviation	Average	Standard deviation
cognitive behavioral therapy	Anxiety	45.66	6.42	23.93	5.25	23.268	1.028
	Biographical memory	16.53	3.16	35.00	5.27	34.800	0.775
Cognitive hypnotherapy	Anxiety	44.66	6.24	24.80	3.98	24.558	1.023
	Biographical memory	16.13	4.18	36.46	3.15	36.629	0.770
EMDR	Anxiety	40.66	6.78	22.00	3.16	23.805	1.072
	Biographical memory	17.73	7.80	29.33	5.58	28.852	0.807
control group	Anxiety	46.00	7.53	45.33	6.93	44.436	1.031
	Biographical memory	15.66	4.86	15.93	4.13	16.452	0.776

همان‌گونه که جدول ۴ نشان می‌دهد، یافته‌های توصیفی بیانگر تغییرات نمره‌های گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون است. در این جدول میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون تعدیل‌شده نیز گزارش شده است که اثر متغیرهای تصادفی کمکی به‌صورت آماری حذف شده است. این میانگین‌ها به ما می‌گویند که میانگین گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در سطح بهتری قرار دارند. در ادامه مقایسه میانگین پس‌آزمون تعدیل‌شده در چهار گروه بر اساس تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) نمایش داده شده است.

Table 5.

Multivariate analysis of covariance F ratio for the size of the combined variable

Source	Value	F(9.124.271)	Significance level	Eta
Combined variable (group)	0.03	45.53	0.000	0.69

توجه: نسبت F چند متغیری از تقریب ویلکز لامبدای به دست آمده است.

بر اساس مقادیر مجذوراتی Eta که در نتایج جدول ۵ دیده می‌شود سهمی از واریانس است که مربوط به متغیر ترکیبی جدید می‌شود. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار بزرگتر از ۰/۱۴ باشد میزان اثر زیاد است در جدول فوق این مقدار برای متغیر ترکیبی جدید به نام گروه ۰/۶۹ است. این نشان دهنده اثر زیاد است. هم‌چنین نتایج آزمون ویلکز لامبدای در مورد متغیر ترکیبی معنی‌دار است و معنی‌داری در متغیر ترکیبی جدید نشان دهنده این است که شرکت کنندگان در چهار گروه با هم متفاوت هستند و میانگین‌های گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنی‌دار است لذا به بررسی محل تفاوت‌ها پرداخته می‌شود.

Table 6.

Results of analysis of covariance of dependent variables

Variable	F(3.53)	p	ETA
Post-test anxiety	99.23	0.000	0.85
Positive memory of positive words	140.07	0.000	0.89

در جدول ۶ تحلیل کواریانس تک متغیری ANCOVA نشان داده شده است با توجه به اینکه دو متغیر وابسته دارد، با تقسیم ۰/۰۵ بر ۲ تصحیح بونفرنی اجرا شده است، پس حد معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۲۵ است، این امر در مورد هر دو متغیر صادق است. مقدار Eta

نشان می‌دهد که تقریباً ۸۵ درصد از واریانس متغیر اضطراب و حدود ۸۹ درصد از واریانس متغیر حافظه سرگذشتی برای متغیر گروه به حساب آمده است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که هر سه روش درمان شناختی-رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و EMDR در کاهش اضطراب زنان سیل‌زده بطور معناداری اثربخش بودند ($P < 0/01$). اما بین این سه روش درمانی تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکت چشم بر کاهش اضطراب و حافظه سرگذشتی زنان سیل‌زده شهر پل‌دختر انجام شد. یافته اول این تحقیق نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب زنان سیل‌زده اثر معنی‌دار دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های Pour Ashaery et al. (2019)، Hamidi et al. (2019)، Moghtader, Hasanzade, and Mirzaeian (2016) و Ashaery et al. (2009) همخوان و همسو بود. در تبیین یافته به دست آمده و همسو با نتایج مطالعات قبلی می‌توان گفت، بحث‌های منظم، تکالیف رفتاری سازمان‌یافته، راهبردهای مؤثر و به چالش کشیدن افکار منفی و برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف درمانی از میزان اضطراب می‌کاهد (Javid Namin & Ghamari, 2019). بیماران در طول مداخلات شناختی-رفتاری با نشانه‌های اضطرابی و سیر PTSD آشنا شدند و آموزش‌های مرتبط با مدیریت اضطراب، آرام‌سازی، تصویرسازی هدایت‌شده، شناخت باورهای غلط و تحریف‌های شناختی را دریافت کردند. همچنین به بازخوانی خاطرات ناگوار مربوط به سیل همراه با تکنیک‌های آرام‌سازی و بازسازی شناختی پرداختند. در صورتی که سطح اضطراب آن‌ها افزایش می‌یافت به کمک حساسیت-زدایی تدریجی سلسله‌مراتبی از خاطرات و رویدادهای اضطراب‌آور گفته می‌شد و در نتیجه اضطراب آن‌ها کاهش می‌یافت. درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند تا افکار منفی مانند مقصر دانستن خود و سرزنش خود را در خلال سیل و یا رخداد‌های پیش از وقوع سیل و همزمان با آن را مورد چالش قرار دهند و افکار منطقی از جمله ارزیابی مثبت را جایگزین کنند (Izadifard & Sepasi Ashtiani, 2010). درمان شناختی-رفتاری در بزرگسالان مؤثرتر از

کودکان است (Ghazaey et al., 2012)، علاوه بر این، افکار ناکارآمد و بعضاً مزاحمی را که سبب افزایش اضطراب و کاهش اعتماد به نفس آن‌ها شده بود تغییر داده و از بحث‌های منظم و تکالیف سازمان‌یافته در جهت افزایش خودکارآمدی استفاده شد (Beck, 2005).

یافته دوم نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر حافظه سرگذشتی زنان سیل‌زده تأثیر معنی‌دار دارد که با نتایج پژوهش‌های (Samimi et al. (2016 همخوان و همسو بود. در تبیین این یافته باید گفت بازیابی بیش‌کلی‌گرا بر خلاف سوگیری‌های شناختی با اختلالات هیجانی مقاوم به تغییر مواجه می‌شود. الگوهای بازیابی بیش‌کلی‌گرا در خلال دریافت مداخلات دارویی و روان‌شناختی به ویژه درمان شناختی- رفتاری که بنیادی قوی و قابل دفاع دارد، تغییر می‌کند. اما دارودرمانی به تنهایی نمی‌تواند چنین تغییری را ایجاد کند، چرا که مداخلات شناختی موجب کاهش در نسبت خاطرات بیش‌کلی‌گرا و افزایش اختصاصی بودن حافظه می‌شوند، همچنین نتایج نشان داد با استفاده از ۱۰ هفته مداخلات درمان شناختی- رفتاری به بازیابی حافظه بیش‌کلی‌گرا در بیماران مبتلا به سوگ دست یافتند. البته می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری بیشتر روی افزایش خاطرات اختصاصی مؤثر است (Maccallum & Bryant, 2008).

یافته سوم نشان داد که هیپنوتراپی شناختی بر کاهش اضطراب زنان سیل‌زده تأثیر معنی‌داری داشت که با نتایج پژوهش‌های (Brooker (2018، (Aladdin (2015، (Untas et al. (2016)، (Movahedzadeh and Haghghi (2018)، (Sadat Pour hamidi et al. (2019)، (Madani and Tavallaii Zavareh (2019)، (Lotfifar et al. و (Moghtader et al. (2016) همخوان و همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت هیپنوتراپی شناختی رفتاری فرض می‌کند که علت بسیاری از اختلالات هیجانی و روان‌شناختی اشکال منفی خود هیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی، بدون نقد و بررسی شدن و حتی بدون آگاهی پذیرفته می‌شوند و درمانگر با استفاده از تکنیک‌های هیپنوتیک توأم با تکنیک‌های شناختی رفتاری، اصلاح، تغییر و تصویرسازی سازنده و از همه مهم‌تر تعلیق تفکر نقاد در جهت کاهش اضطراب گام برمی‌دارد. تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزمی، بیمار را تلقین‌پذیرتر می‌کند تا بتواند گفتگوهای متقاعدکننده درمان شناختی رفتاری را بپذیرد (Helmi, 2012). استفاده از

تفکرات کارآمد، مثبت و تقویت آن‌ها در فضایی همدلانه، غبار را از دیدگان مراجعان مضطرب زدوده و موانعی را که منجر به افزایش اضطراب و سردرگمی در شرایط آسیب‌زایی مانند سیل می‌شود کنار می‌زند.

یافته چهارم نشان داد که هیپنوتراپی شناختی بر حافظه سرگذشتی زنان سیل‌زده مؤثر است که با نتایج پژوهش‌های (Hajmohammadi and Neshat Doost, 2018) همخوان و همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از مشکلاتی که اکثر افراد دارای استرس، اضطراب و به ویژه افسرده با آن مواجه هستند، اجتناب از خاطرات مرتبط با حوادث خاص است. این فرآیند اجتنابی کارکردی در طول بازیابی اطلاعات منجر به پرداختن به تداعی‌های معنایی به خاطرات شده و آن‌ها را به خاطرات خاص منتقل می‌کنند. این راهبرد توسط فرد آموخته می‌شود؛ زیرا دور کردن هیجان ناخوشایند، برای فرد اثر تقویت‌کنندگی دارد. در مقایسه نحوه پردازش شناختی افراد دچار آسیب‌های روانی با افراد بهنجار، می‌توان گفت در برخی از آسیب‌های روانی، مؤلفه‌هایی از پردازش شناختی دچار نقص شده و به دنبال آن توانایی بیمار برای انجام عملکردهای سازگارانه مختل می‌شود (Hajmohammadi & Neshat Doost, 2018).

یافته پنجم نشان داد حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر اضطراب زنان سیل‌زده مؤثر بود که با نتایج پژوهش‌های (Arnold & Ellison, 2004) و (Ashaiery et al., 2009) و (Abbasnezhad et al., 2006) همخوان و همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که EMDR از طریق بازپردازش با حرکات چشم موجب کاهش حساسیت‌ها نسبت به محرک‌های اضطراب‌آور و نیز از بین رفتن پاسخ‌های دلسردکننده و نشانه‌های اضطراب در آزمودنی‌ها شده و اطلاعاتی را که به خوبی پردازش نشده‌اند را به یک سطح انطباقی می‌رساند. از آن‌جا که حادثه برای شرکت‌کنندگان به عنوان یک هدف پردازش نشده باقی مانده است، تحریک لمسی یا صوتی با حرکات دو سویه چپ و راست در چشم، با به کار انداختن و افزایش فعالیت قشر پیش‌پیشانی چپ به نظر فیزیولوژیک خاطرات، حس‌های بدنی و احساسات همراه با آن را مورد پردازش مجدد قرار می‌دهد. بنابراین قدرت آشفته‌سازی و ناراحت‌کننده بودن حوادث از بین رفت.

یافته ششم نشان داد حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر حافظه

سرگذشتی زنان سیل‌زده تأثیر معنی‌داری دارد که با نتایج پژوهش‌های (Parker et al. (2017)، (El Haj et al. (2017)، (Leer et al. (2014) و (Khosropour et al. (2012) همخوان و همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، شرکت‌کنندگان در این پژوهش برخلاف افراد سالم در بازیابی خاطرات مشکل دارند و آن‌ها را به وضوح به خاطر نمی‌آورند. یعنی از در هنگام جستجوی خاطره از سلسله مراتب حافظه از سطوح کلی‌تر به اختصاصی‌تر با مشکل مواجه شده و در سطوح میانی گیر می‌کنند (بیش‌کلی‌گرایی). از آن‌جا که بیش‌کلی‌گرایی به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای سازگارانه اجتناب از خلق منفی، می‌تواند با یادآوری از حافظه شخصی و ناکارآمدی در حل مشکلات همراه باشد، فرد را به سمت تصمیم‌گیری‌های ناکارآمدی چون خودکشی و خودآسیب‌رسانی سوق می‌دهد. از این‌رو، درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) می‌تواند به دلیل تمرکز روی تغییرات در حیطه حافظه و تمرکز (Sadeghi et al., 2015) به تغییر نشانه‌های شناختی و ایجاد توانبخشی سیستم عصبی ادراکی بپردازد. چرا که در EMDR از حرکات دوطرفه چشم و تحریک و یکپارچگی مغز استفاده می‌شود و همین امر منجر به تبدیل خاطرات آسیب‌زا به فایل‌های کلامی از طریق تحریک نیمکره چپ و استفاده از حافظه کلامی و بازیابی اطلاعات، حرکات و همدلی می‌گردد (Shapiro, 2012). با توجه به طرح درمان و با کمک گرفتن از ارگان‌های مغزی به پردازش خاطره آسیب‌زا پرداخته شد. همچنین استفاده از حساسیت‌زدایی همدلانه منجر به کاهش اضطراب، استرس و بی‌اعتبار کردن خاطره آسیب‌زا در یک شرایط بی‌خطر شد.

افته هفتم نشان داد بین میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر اضطراب زنان سیل‌زده تفاوت وجود ندارد و بین میزان اثربخشی سه مداخله اجرا شده بر اضطراب تفاوتی وجود نداشت. نتیجه به‌دست آمده با نتایج پژوهش‌های (Brooker (2018)، (Namazi et al. (2013)، (Moghtader et al. (2016) و (Ashaiery et al. (2009) همسو بود، اما با نتایج پژوهش (Pour Hamidi et al. (2019) که هیپنوتراپی شناختی را از روش شناختی رفتاری مؤثرتر یافته بودند، ناهمخوان بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت، درمان شناختی- رفتاری با تمرکز بر شناسایی، ارزشیابی و اصلاح درجات مختلف افکار و باورهای آسیب‌دیده فرد که با رفتار و

هیجان‌های وی مرتبط است، و با اتخاذ رویکردی مسأله‌مدار، متکی بر فرایند سؤال، کشف راهبردی و معطوف به مشکلات جاری به مراجعین کمک می‌کند تا به کمک پردازش، سازماندهی و تفسیر تجارب و رویدادهای مبهمی که به‌عنوان وقایع تهدیدکننده درک شده‌اند، رابطه بین افکار، احساسات و رفتارهای خود را دریابند، و به کمک یادگیری الگوهای فکری شامل تشخیص و شناسایی افکار در موقعیت‌های مختلف، تحریف‌های شناختی (مانند اغراق-نمایی و پیشگویی منفی) و مهارت‌های شناختی جدید در زمینه مدیریت هیجانی، در زمینه خودگویی مثبت، حل مسأله، شناخت اضطراب و رفتارهای اضطرابی، آشنایی با شرایط اضطراب‌آور آشنا شوند.

از جمله محدودیت‌هایی که در راستای انجام پژوهش وجود داشته، می‌توان به عدم رعایت سنجش دوسویه کور اشاره کرد که توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده در تمامی مراحل از ارزیاب‌های مستقل استفاده شود. همچنین هر سه روش مداخله این پژوهش توسط یک درمانگر انجام شده است. لیکن با توجه به اثر روش مداخله و سوگیری و دل‌بستگی محقق نسبت به یک روش خاص و مبنای نظری گسترده هر دو روش مداخلاتی، مستلزم حضور سه درمانگر جهت اجرای مداخلات درمانی بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود از درمانگر مستقل جهت اجرای هر یک از سه مداخله اجرا شده استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال‌های روانی به دلیل مواجهه با حوادث ناگوار و چه بسا از دست دادن اموال و به خصوص عزیزان، توصیه می‌گردد نسبت به گسترش فعالیت‌های مراکز مشاوره و ارائه خدمات به موقع روان‌شناختی، توسعه خدمات تخصصی و ... اقدام مقتضی صورت گیرد. همچنین، کاربرد مداخله‌های این پژوهش به‌عنوان روش‌های مؤثر در زمینه مقابله با بحران ناشی از حوادث غیرمترقبه با در نظر گرفتن سایر متغیرهای روان‌شناختی، خرده فرهنگ‌های هریک از جوامع و گروه‌های سنی، و در نهایت پیشنهاد می‌شود جهت جلب مشارکت سازمان-ها و یا نهادهای اجرایی جهت تخصیص بودجه، نیروی انسانی و ... در جهت اجرای هرچه بهتر مداخلات درمانی همراه با نمونه بزرگ‌تر که نماینده واقعی آن جامعه (زنان میانسال) مربوط بوده تا نتایج قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشند.

سهم مشارکت نویسندگان: وحید بهاروند، طراحی چارچوب کلی، تدوین محتوا و تحلیل مطالب، ارسال و اصلاحات مقاله؛ دکتر فریبرز درتاج و دکتر صادق نصری، همکاری در طراحی چارچوب کلی، انتخاب رویکردها و بررسی نهایی؛ دکتر بیتا نصرالهی، مقایسه رویکردها و نتیجه‌گیری؛ همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتر، با راهنمایی دکتر فریبرز درتاج و دکتر صادق نصری و مشاوره دکتر بیتا نصرالهی است.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مراتب تشکر خود را از همه کسانی که با نقد و مشورت در تکمیل این پژوهش مؤثر بوده‌اند اعلام می‌دارند.

References

- Abbarin, M., Zemestani, M., Rabiei, M., Bagheri A. (2018). Efficacy of cognitive-behavioral hypnotherapy on body dysmorphic disorder: Case study. *IJPCP*, 23(4), 394-407. [Persian]
- Abbasnezhad, M., & Nemat Elah Zadeh Mahani, K., & Zamyad, A. (2007). Efficacy of "eye movement desensitization and reprocessing" in reducing anxiety and unpleasant feelings due to earthquake experience. *Psychological Research*, 9(3-4), 104-117. [Persian]
- Aladdin, A. (2015). Cognitive hypnotherapy: A complete approach to treating emotional disorders. Translated by Mohammad Arghbaei, Farzaneh Mehdianfar et al., Mashhad: Faraangizesh.
- Alladin, A., Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 147-166.
- Arnold, A., & Ellison, S. (2004). Eye-movement desensitization and reprocessing and specific state anxiety in female gymnasts. Union Institute and University, Cincinnati, OH. AAT 3122853.
- Ashaiery, H., Hooman, H., Jamali, M., & Vatankhah, H. (2009). The compares effects of eye movement desensitization and reprocessing, medical, cognitive therapies approaches on decreasing the state anxiety. *Journla of Psychological Researches*, 1(3), 51-63. [Persian]
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). The Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Aech Gen Psychiatry*, 62(9), 953-9.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatment for chronic posttraumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Brooker, E. (2018). Transforming performance anxiety treatment using cognitive hypnotherapy and EMDR. London: Routledge.

- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288.
- Dalgleish, T., & Werner-Seidler, A. (2014). Disruptions in autobiographical memory processing in depression and the emergence of memory therapeutics. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(11), 596-604.
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for PTSD: Development and evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 43, 413-431.
- El Haj, M., Nandrino, J.L., Antoine, P., Boucart, M., & Lenoble, Q. (2017). Eye movement during retrieval of emotional autobiographical memories. *Acta Psychologica*, 174, 54-58.
- Emdria, E. (2018). Definition of EMDR. emdria: EMDR International Association. https://c.ymcdn.com/sites/emdria.siteym.com/resource/resmgr/2018_CFP/PDF/02_EMDRIA_Definition_of_EMDR.pdf
- Ghazaey, M., Hamid, N., & Mehrabizadeh Honarmand, M. (2012). The effect of cognitive-behavioral therapy on attention deficit / hyperactivity disorder and its symptoms in students. *Journal of Psychological Achievements*, 19(2), 63-80. [Persian]
- Hajmohammadi, F., & Neshat Doost, H. (2018). Comparison the autobiographical memory specificity and over generality in women with depression, anxiety and healthy. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 4(4), 44-56. [Persian]
- Helmi, K. (2012). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with single-processing cognitive-behavioral hypnotherapy on children's anxiety. Master Thesis in Psychology, Payame Noor University of Tehran.
- Hitchcock, C., Mueller, V., Hammond, E., Rees, C., Werner-Seidler, A., & Dalgleish, T. (2016). The effects of autobiographical memory flexibility (MemFlex) training: An uncontrolled trial in individuals in remission from depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 92-98.
- Izadifard, R., & Sepasi Ashtiani, M. (2010). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms. *International Journal of Behavioral Sciences*, 4(1), 23-27. [Persian]
- Javid Namin, H., & Ghamari, M. (2019). The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on reduction of anxiety of disabled veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Nurse and Physician within War*, 7(23), 26-32. [Persian]

- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499-524.
- Kaviani, H., Rahimi P., & Naghavi H. (1999). Investigate deficiencies in "personal memory retrieval" in suicide attempters. *Advances in Cognitive Sciences*, 1(2-3), 16-23. [Persian]
- Kaviani, H., & Mousavi, A. (2008). Psychometric properties of the Persian version of beck anxiety inventory (bai). *Tehran University Medical Journal*, 66(2), 136-140. [Persian]
- Khanjani, Z., Hashemi, T., & Watani, F. (2016). The effectiveness of desensitization through eye movements and reprocessing of symptoms of a specific phobic disorder. *Journal of Psychological Achievements*, 23(2), 1-20. [Persian]
- Khosropour, F., Ebrahiminejad, G., Salehi, M., & Farzad, V. (2012). Comparing the effectiveness of psychological debriefing, eye movement desensitization reprocessing, and imaginal exposure on treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 19(2), 149-159. [Persian]
- Leer, A., Engelhard, I. M., & van den Hout, M. A. (2014). How eye movements in EMDR work: Changes in memory vividness and emotionality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 396-401.
- Little, M., Kenemans, J. L., Baas, J. M. P., et al. (2017). The effects of β -adrenergic blockade on the degrading effects of eye movements on negative autobiographical memories. *Biol Psychiatry*, 82(8), 587-593.
- Loebach, W. J., & Gatz, M. (2005). The Beck anxiety inventory in older adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 17-24.
- Lotfifar, B., Karami, A., Sharifi Daramadi, P., & Fathi, M. (2013). Effectiveness of hypnotherapy on anxiety level. *Research in Medicine*, 37(3), 164-170. [Persian]
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2008). Autobiographical memory following cognitive behaviour therapy for complicated grief. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 26-31.
- Marepour, A., & Najafi, M. (2016). The effectiveness of therapeutic method eye movement desensitization and reprocessing in women suffering from posttraumatic stress disorder arising from non-military events. *Clinical Psychology Studies*, 6(23), 41-60. [Persian]
- Moghtader, L., Hasanzade, R., Mirzaeian, B., & Dusti, Y. (2016). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy and group cognitive hypnotism on anxiety and depression in women with premenstrual syndrome. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 25(81), 96-105. [Persian]
- Moradi, A. R., Abdi, A., Fathi-Ashtiani, A., Dalglish, T., & Jobson, L. (2012). Overgeneral autobiographical memory recollection in Iranian

- combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 435-441. [Persian]
- Movahedzadeh, B., & Haghghi, S. (2018). The effectiveness of group cognitive hypnotherapy on psychological well-being in people referring to residential and semi-detached accommodation of addiction centers. *Armaghan Danesh*, 32(127), 225-235. [Persian]
- Narimani, M., Rajabi, S. (2009). Comparison of efficacy of eye movement, desensitization and reprocessing and cognitive behavioral therapy methods in the Treatment of stress disorder. *Medical Sciences*, 19(4), 236-245. [Persian]
- Narimani, M., Bashar-Pour, S., Ghamari_Givi, H., & Aboul-Ghasemi, A. (2011). Effectiveness of cognitive processing therapy and holographic reprocessing on the reduction of psychological symptoms in students exposed to trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 3(3), 41-52. [Persian]
- Omidi, A., Mohammad Khani, P., Poorshahbaz, P., Dolatshahi, A. (2008). Efficacy of combined cognitive behavior therapy and mindfulness based cognitive therapy in patients with major depressive disorder. *Feyz*, 12(2), 9-14. [Persian]
- Parker, A., Parkin, A., & Dagnall, N. (2017). Effects of handedness & saccadic bilateral eye movements on the specificity of past autobiographical memory & episodic future thinking. *Brain and Cognition*, 114, 40-51.
- Pour Hamidi, M., Sarvghad, S., & Rezaei, A. (2019). The comparison of the efficacy of cognitive behavioral therapy and cognitive behavioral hypnotherapy on reducing anxiety signs and improving quality of life in first high school students' test anxiety of CHenarshahijan city a part of Iran in academic year of 2016-17. *Psychological Methods and Models*, 10(35), 17-39. [Persian]
- Rafiei, M., & Seifi, A. (2013). An investigation into the reliability and validity of Beck Anxiety Inventory among the university students. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 7(27), 37-46.
- Reyes, G., Elhai, G. D., & Ford, D. (2008). The encyclopedia of psychological trauma. U.S.A: John Wiley & sons, Inc.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) For PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.
- Sadat Madani, S. A., & Tavallaii Zavareh, A. (2019). The effectiveness of cognitive behavioral hypnotherapy in reducing symptoms and treatment of anxiety. *HRJBAQ*, 4(1), 16-22. [Persian]
- Sadeghi, Kh., Arjmandnia, A. A., & Namjoo, S. (2015). The effect of eye movement desensitization and reprocessing on negative emotional representations of patients with post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(3), 29-40. [Persian]
- Samimi, Z., & Hasani, J., & Moradi, A. (2016). The effectiveness of emotional working memory training on affective control ability in

- adolescents with post-traumatic stress disorder. *Developmental Psychology*, 12(47), 307-320. [Persian]
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, Th. (2005). Narrative exposure therapy. Hogrefe & Huber Publishers.
- Semkovska, M., Noone, M., Carton, M., & McLaughlin, D. M. (2012). Measuring consistency of autobiographical memory recall in depression. *Psychiatry Research*, 197(1), 41-48.
- Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 241-251.
- Shapiro, F. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures. Guilford Press.
- Sharifi, M., & Neshat Doost, H., & Tavakoli, M., & Shaygannejad, V. (2015). Investigation of autobiographical memory performance in depressed and non-depressed patients with multiple sclerosis versus healthy controls. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 12(4), 0-0. [Persian]
- Shivarani, M., Azadfalsh, P., Moradi, A., & Eskandari, H. (2017). The effectiveness of narrative exposure therapy in posttraumatic stress disorder and autobiographical memory. *Journal of Clinical Psychology*, 9(34), 1-13. [Persian]
- Sprang, G. (2001). The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes. *Research on Social Work Practice*, 11, 300-320.
- Untas, A., Chauveau, P., Dupré-Goudable, C., Kolko, A., Lakdja, F., & Cazenave, N. (2013). The effects of hypnosis on anxiety, depression, fatigue, and sleepiness in people undergoing hemodialysis: A clinical report. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 61, 475-483.
- Van den Hout, M. A., Rijkeboer, M. M., Engelhard, I. M., Klugkist, I., Hornsveld, H., Toffolo, M. J. B., & Cath, D. C. (2012). Tones inferior to eye movements in the EMDR treatment of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 275-279.
- Wilhelm, S., Phillips K. A., & Steketee, G. (2013). Cognitive-behavioral treatment manual for Body Dysmorphic Disorder. New York: Guilfor.
- Williams, J. M. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie over general memory. *Cognition and Emotion*, 20(3-4), 548-68.
- Willis, S., Chou, S., & Hunt, N.C. (2015). A systematic review on the effect of political imprisonment on mental health. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 173-183.

