

اثربخشی تکنیک (EMDR) Eye Movement Desensitization and Reprocessing بر

حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به میگرن

مجید نصیری^۱، الهام فروزنده^۲، امراله ابراهیمی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: استرس، می‌تواند باعث شروع و تکرار حملات میگرن گردد. حساسیت اضطرابی، به عنوان یک متغیر واسطه‌ای میان استرس و بیماری، یکی از عوامل مؤثر بر تشدید علائم بیماران مبتلا به میگرن می‌باشد. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش (Eye Movement Desensitization and Reprocessing یا EMDR) بر حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به میگرن بود.

روش‌ها: در این پژوهش نیمه تجربی، ۳۶ بیمار مبتلا به میگرن، به صورت تصادفی در دو گروه مورد و شاهد جایگزین شدند که پس از ریزش تا انتهای پژوهش، ۲۸ نفر در گروه‌ها باقی ماندند. اعضای گروه مورد به صورت فردی هر کدام طی سه هفته، ۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به فاصله‌ی هفت روز، درمان EMDR دریافت نمودند. در این فاصله، در گروه شاهد هیچ مداخله‌ی روان‌شناختی یا دارویی صورت نگرفت. شرکت کنندگان هر دو گروه، پرسش‌نامه‌ی تجدید نظر شده‌ی حساسیت اضطرابی (ASI-R یا Appearance schemas inventory-revised) را طی سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری یک ماهه تکمیل نمودند.

یافته‌ها: نتایج آزمون Repeated measures ANOVA نشان داد که EMDR، باعث کاهش حساسیت اضطرابی در بیماران گردید ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: روش EMDR، می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های مکمل سردردهای میگرنی به کار برده شود.

واژگان کلیدی: حساسیت‌زدایی، حرکات چشم، بازپردازش، میگرن، حساسیت اضطرابی

ارجاع: نصیری مجید، فروزنده الهام، ابراهیمی امراله. اثربخشی تکنیک (EMDR) Eye Movement Desensitization and Reprocessing بر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به میگرن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۵؛ ۳۴ (۳۷۷): ۳۲۱-۳۲۷

میگرن به شمار می‌آید و باعث شروع حملات می‌گردند. جدیدترین تحقیقات انجمن بین‌المللی سردرد مؤلفه‌ی روان‌شناختی «حساسیت اضطرابی» (Anxiety sensitivity) را از مؤثرترین مؤلفه‌های برانگیزنده میگرن برشمرده است (۶). همچنین، در یک مطالعه‌ی مروری بر روی تحقیقات پنجاه سال گذشته، مشخص شد استرس، می‌تواند باعث شروع و تکرار حملات سردرد گردد (۷). حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر واسطه‌ای میان استرس و بیماری هم، بر روی تشدید علائم بیماران مبتلا به میگرن مؤثر است (۸).

حساسیت اضطرابی، یک سازه‌ی تفاوت‌های فردی است که در آن، فرد از نشانه‌های بدنی که با انگیزندگی اضطرابی (مثل افزایش ضربان قلب، تنگی نفس و سرگیجه) مرتبط است، می‌ترسد و اعتقاد

مقدمه

حدود ۱۲ درصد جمعیت عمومی با بیماری میگرن درگیر هستند (۱). میگرن، یک اختلال سردرد عصبی-زیست‌شناختی بسیار شایع است که در اثر افزایش تحریک پذیری دستگاه عصبی مرکزی ایجاد می‌شود و در زمره‌ی ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌ها می‌باشد (۲). میگرن در زنان، شیوع و شدت بالاتری دارد (۳) و فعالیت‌های اجتماعی بیماران را بسیار محدود می‌کند (۴). این بیماری، هر سال هزینه‌ی سنگینی بر جوامع مختلف و زندگی اجتماعی فرد تحمیل می‌کند. افسردگی، خستگی مزمن، غیبت از کار، ناتوانی، مسایل خانوادگی و وابستگی دارویی، برخی از این مشکلات است (۵).

مؤلفه‌های فراوانی شناسایی شده‌اند که به نوعی برانگیزنده‌ی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

ابتدایی سال ۱۳۹۴، که با نظر روان‌پزشک، برای آن‌ها تشخیص سردرد میگرنی داده شده بود، انجام گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت از تشخیص ابتلا به سردرد میگرن توسط روان‌پزشک بر اساس معیارهای جامعه‌ی بین‌المللی سردرد (دومین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد)، بازه‌ی سنی ۴۵-۲۰ سال، حداقل تحصیلات مقطع راهنمایی، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی، عدم ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی، اختلالات عصب‌شناختی وخیم یا وجود نشانه‌های روان‌گسستگی، عدم سابقه‌ی مصرف طولانی مدت داروهای ضد افسردگی و عدم وجود سابقه‌ی سوء مصرف یا وابستگی به مواد بودند.

معیارهای خروج و یا عدم حضور در پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه‌ی درمان و غیبت بیش از یک جلسه، بروز افکار جدی خودکشی و احتمال خطر خودکشی بودند.

در این پژوهش، نمونه‌گیری به شیوه‌ی در دسترس انجام شد. نمونه‌ی ۳۶ نفری به صورت تصادفی به دو گروه مورد (۱۸ نفر) و شاهد (۱۸ نفر) تقسیم شدند. ۴ نفر در حین اجرای برگزاری جلسات به دلیل غیبت بیش از یک جلسه از سیر درمان خارج شدند و ۴ نفر نیز از گروه شاهد به علت شرکت نکردن در پس آزمون از گروه شاهد حذف شدند.

شرکت کنندگان جهت حضور در جلسه‌ی توجیهی دعوت شدند. در جلسه‌ی توجیهی، توضیحات کلی در مورد روند اجرای پژوهش و جلسات درمانی به بیماران ارائه شد. سپس، افراد به صورت تصادفی در دو گروه مورد و شاهد جایگزین شدند. شرکت کنندگان گروه مورد، به صورت فردی درمان EMDR را طی سه جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای با استفاده از شیوه‌نامه‌ی درمانی Shapiro به فاصله‌ی یک هفته دریافت کردند. در هر جلسه‌ی درمان، ۸ مرحله‌ی درمان تکرار می‌شد؛ خلاصه‌ی جلسات در جدول ۱ آمده است.

دارد که این نشانه‌ها، به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی و بدنی منجر می‌شود (۹). روش‌های مختلفی مانند دارودرمانی و انواع درمان‌های مکمل برای کاهش سردرد به کار گرفته شده است. همه‌ی داروها علاوه بر میزان نه چندان بالای اثربخشی، دارای عوارض جانبی گوناگون در مصرف طولانی مدت می‌باشند (۱۰). امروزه تمایل به استفاده از روش‌های غیر دارویی جهت تسکین درد افزایش یافته است (۱۱). حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپزدایش (EMDR یا Eye Movement Desensitization and Reprocessing) یکی از این درمان‌های کوتاه مدت و ارزان قیمت است؛ با وجود این که تکنیک EMDR ابتدا برای درمان اختلال استرس پس از سانحه (Posttraumatic stress disorder یا PTSD) به کار می‌رفت، اما اکنون تمایل به استفاده از آن برای سایر اختلالات از جمله اختلالات اضطرابی و دردهای مزمن رو به افزایش است. EMDR، نه فقط خاطرات دور، بلکه جدیدترین حوادث و شرایطی را که مراجع تصور می‌کند در آینده با آن‌ها درگیر می‌شود، نیز پردازش می‌کند (۱۲).

تا کنون اثربخشی درمان EMDR، روی مؤلفه‌ی حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به میگرن، مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به اثربخشی این درمان بر انواع اختلالات اضطرابی، این پژوهش به بررسی درمان EMDR بر متغیر مهم و جدید «حساسیت اضطرابی» پرداخته است.

روش‌ها

این پژوهش، از نوع نیمه تجربی بود که به صورت دو گروهی (گروه مورد و شاهد) در سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری انجام شد. پژوهش بر روی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک اصفهان (۲۹ نفر) و یک مطب خصوصی اعصاب و روان در شهر اصفهان (۷ نفر)، در ۲ ماه پایانی سال ۱۳۹۳ و ۲ ماه

جدول ۱. خلاصه‌ی عملیات هر جلسه‌ی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپزدایش (۱۲)

مراحل	توضیحات
مرحله اول	کسب اطلاعات لازم و طرح درمان (History and treatment planning): بررسی توانایی مراجع برای کنار آمدن با میزان آزرده‌گی احتمالی که ممکن است در جریان پردازش اطلاعات ناکارآمد ایجاد شود.
مرحله دوم	آماده‌سازی (Preparation): ایجاد یک اتحاد درمانی، توضیح فرایند و آثار آن، توضیح و تشریح انتظارات درمانی و آماده‌سازی مراجع
مرحله سوم	ارزیابی (Assessment): شناسایی هدف شامل خاطره‌ها، تصویرها و نمادهای آن‌ها. پرسیدن باور مراجع از حادثه و احساس جسمی مربوط به این باور، جایگزینی یک باور مثبت به جای این باور با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای، قرار دادن تصویر حادثه و باور منفی در کنار هم و درجه‌بندی سطح آشننگی مراجع به کمک مقیاس مربوط
مرحله چهارم	حساسیت‌زدایی (Desensitization): تمرکز روی باور منفی درمانجو و حرکت دادن سریع و هم‌زمان انگشتان درمانگر مقابل چشم وی، درخواست از مراجع برای تعقیب حرکت انگشتان، تکرار این کار تا این که سطح برآشننگی ذهنی مراجع به یک یا صفر کاهش پیدا کند.
مرحله پنجم	کارگذاری (Installation): بازسازی شناختی، قوت بخشیدن به باور مثبت مراجع جهت جایگزینی به جای باور منفی با کمک مقیاس اعتبار شناختواره
مرحله ششم	وارسی بدنی یا پوشش جسمانی (Body scan): بررسی تنش عضلانی
مرحله هفتم	اتمام یا بستن (Closure): مرحله‌ای است که شامل گزارش مقابل است و اغلب برای حفظ تعادل درمانجو در بین جلسات طراحی شده است
مرحله هشتم	ارزیابی مجدد (Reevaluation): ارزیابی هدف‌های پردازش شده

جدول ۲. شیوه‌نامه‌ی درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش جهت هدف‌گذاری برای سردرد (۱۳)

الویت	رخداد هدف
۱	رخداد‌های تروماتیک که با میگرن ارتباط دارند، به خصوص با اولین حمله یا اولین حمله‌ای که در خاطر مانده است.
۲	رخداد‌های تروماتیک که در حدود زمانی اولین حمله‌ی میگرن رخ داده‌اند.
۳	حمله‌های میگرن وحشتناک (اولین، بدترین و آخرین حمله)
۴	محرک‌هایی (Triggers) که باعث ادامه پیدا کردن یا بدتر شدن سردرد می‌شوند.
۵	الگوهای (Templates) که با محرک‌های سردرد ارتباط دارند.
۶	سایر آسیب‌های تروماتیک که ارتباطی با سردرد ندارند.

مشابه با ضرایب به دست آمده در پژوهش Cox و Taylor (۱۴) است. نتایج بازآزمایی شاخص تجدید نظر شده‌ی حساسیت اضطرابی نیز بسیار مطلوب بوده است.

داده‌های حاصل، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از روش تحلیل Repeated measures ANOVA استفاده گردید.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در پژوهش ۲۰ نفر زن و ۸ نفر مرد بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۳ سال بود. ۵۰ درصد شرکت کنندگان مدرک تحصیلی دانشگاهی، ۴۳ درصد دیپلم و ۷ درصد مدرک زیر دیپلم داشتند. ۱۵ درصد از افراد وضعیت اقتصادی خوب، ۵۸ درصد وضعیت اقتصادی متوسط و ۲۷ درصد وضعیت اقتصادی پایین داشتند.

جدول ۳، شاخص‌های آماری نمره‌های حساسیت اضطرابی و خرده مقیاس‌های آن را در گروه‌های مورد و شاهد، به تفکیک در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری نشان می‌دهد. شکل ۱، روند تغییرات میانگین را طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در مورد متغیر حساسیت اضطرابی نشان می‌دهد.

در این پژوهش، قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس متغیرها، از آزمون Levene (Levene's test of equality variances) استفاده شد. نتایج نشان داد که آزمون Levene در متغیر حساسیت اضطرابی در مرحله‌ی پس‌آزمون $F(1,26) = 0.93, P = 0.340$ و پی‌گیری $F(1,26) = 0.99, P = 0.001$ معنی‌دار نمی‌باشد. بنا بر این، واریانس دو گروه مورد و شاهد در متغیر حساسیت اضطرابی در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری، به طور معنی‌داری متفاوت نبود و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد.

موادی که طی مرحله‌ی سوم درمان، مورد پردازش قرار می‌گرفت، در جدول ۲ به ترتیب اولویت مشخص شده‌اند. هیچ‌گونه مداخله‌ای طی این مدت در گروه شاهد صورت نگرفت. هر دو گروه، قبل و بعد از اجرای جلسات درمان گروه مورد، مقیاس تجدید نظر شده‌ی حساسیت اضطرابی را تکمیل نمودند و یک ماه پس از اتمام جلسات درمان گروه مورد، در مرحله‌ی پی‌گیری، این پرسش‌نامه را تکمیل نمودند.

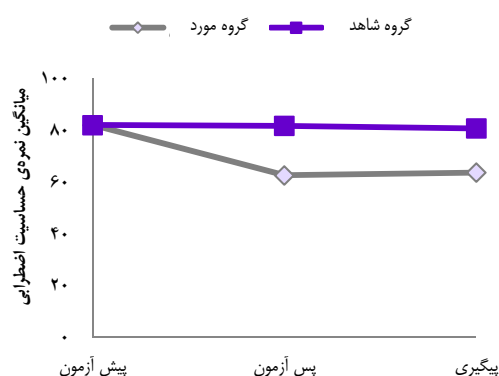
همچنین، به افراد حاضر در گروه شاهد خاطر نشان گردید که پس از اتمام مداخلات گروه مورد، در صورت تمایل می‌توانند در جلسات درمانی مشابه شرکت نمایند که برای تعدادی از علاقمندان گروه شاهد، پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ی پی‌گیری، یک جلسه‌ی آشنایی با محرک‌های میگرن و آموزش تن‌آرامی برگزار گردید. از تمام افراد جهت شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه دریافت شد.

مقیاس تجدید نظر شده‌ی حساسیت اضطرابی ASI-R: پرسش‌نامه‌ی اولیه‌ی مقیاس تجدید نظر شده‌ی حساسیت اضطرابی (Anxiety sensitivity index-revised یا ASI-R) در سال ۱۹۸۵ توسط Peterson و Reiss ساخته شد که دارای ۱۶ ماده و ۳ خرده مقیاس بود. این پرسش‌نامه، دارای تعداد به نسبت کمی از ماده‌ها می‌باشد و بیشتر عامل ترس از علائم جسمانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. Cox و Taylor، فرم تجدید نظر شده‌ی شاخص حساسیت اضطرابی را تهیه و بسیاری از سؤالات نامربوط، مبهم و غیر قابل فهم را با سؤالات مناسب‌تری جایگزین کردند و ابعاد پرسش‌نامه را از ۳ به ۴ بعد و تعداد ماده‌های پرسش‌نامه را از ۱۶ به ۳۶ افزایش دادند (۱۴). ابعاد این پرسش‌نامه شامل «ترس از نشانه‌های تنفسی»، «ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع»، «ترس از نشانه‌های قلبی-عروقی» و «ترس از عدم مهارت شناختی» است. ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه را بر اساس Cronbach's alpha برای عوامل ۱ تا ۴ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۹۴ گزارش کردند. Deacon و همکاران ضریب همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۵ گزارش کردند (۹). در ایران، این پرسش‌نامه توسط مرادی‌منش و همکاران هنجاریابی شده است (۱۵). ضرایب همسانی درونی به دست آمده

جدول ۳. شاخص‌های آماری حساسیت اضطرابی و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های مورد و شاهد در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری

متغیرها	شاخص‌های آماری			گروه مورد			گروه شاهد		
	پیش آزمون	پس آزمون	پی‌گیری	پیش آزمون	پس آزمون	پی‌گیری	پیش آزمون	پس آزمون	پی‌گیری
ترس از نشانه‌های قلبی-عروقی و معده‌ای-روده‌ای	۲۶/۲۹ ± ۲/۵۲	۱۸/۹۳ ± ۱/۹۸	۱۹/۲۱ ± ۱/۱۸	۲۶/۸۶ ± ۲/۲۴	۲۷/۰۰ ± ۲/۰۷	۲۶/۹۳ ± ۱/۹۴	۱۹/۰۰ ± ۲/۰۷	۱۹/۳۶ ± ۲/۳۴	۱۹/۲۱ ± ۲/۱۹
ترس از نشانه‌های تنفسی	۱۹/۶۴ ± ۲/۰۲	۱۵/۸۶ ± ۱/۹۱	۱۶/۲۹ ± ۱/۹۴	۲۰/۶۴ ± ۲/۱۷	۲۰/۰۷ ± ۲/۴۶	۱۹/۷۱ ± ۲/۳۳	۲۰/۰۷ ± ۲/۴۶	۲۰/۶۴ ± ۲/۱۷	۱۷/۰۷ ± ۱/۲۰
ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده	۲۱/۰۰ ± ۲/۶۰	۱۶/۹۳ ± ۱/۶۸	۱۷/۰۷ ± ۱/۲۰	۱۱/۰۰ ± ۱/۷۱	۱۵/۱۴ ± ۱/۵۱	۱۴/۹۳ ± ۱/۱۴	۱۵/۱۴ ± ۱/۵۱	۱۵/۱۴ ± ۱/۴۶	۱۱/۰۰ ± ۱/۷۱
ترس از عدم مهار شناختی	۱۴/۹۳ ± ۱/۴۴	۱۰/۷۹ ± ۱/۷۲	۱۱/۰۰ ± ۱/۷۱	۶۳/۵۷ ± ۲/۷۹	۸۱/۵۷ ± ۳/۹۹	۸۰/۵۷ ± ۳/۸۹	۸۱/۵۷ ± ۳/۹۹	۸۱/۸۶ ± ۳/۳۹	۶۳/۵۷ ± ۲/۷۹
نمره کل	۸۱/۸۶ ± ۴/۲۵	۶۲/۵۰ ± ۳/۳۲	۶۳/۵۷ ± ۲/۷۹	۸۱/۸۶ ± ۳/۳۹	۸۱/۵۷ ± ۳/۹۹	۸۰/۵۷ ± ۳/۸۹	۸۱/۵۷ ± ۳/۹۹	۸۱/۸۶ ± ۳/۳۹	۶۳/۵۷ ± ۲/۷۹

نتایج این جداول، وجود تفاوت معنی‌دار آماری بین ۳ بار اندازه‌گیری را تأیید می‌کند ($P < ۰/۰۵۰$). جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمره‌های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری) در حساسیت اضطرابی تفاوت معنی‌داری به دست آمد ($P < ۰/۰۵۰$). همچنین، بین نمره‌های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها در حساسیت اضطرابی تعامل معنی‌داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۵$). این نتایج، بیانگر اثربخشی متغیر مستقل پژوهش بر حساسیت اضطرابی است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش درمانی، زمان پس آزمون تا پی‌گیری اثر نداشته است. بنا بر این، آزمون چند مقایسه‌ای نشان داد که در پس آزمون و پی‌گیری، در مقایسه با پیش آزمون، حساسیت اضطرابی در گروه مورد به طور معنی‌داری کاهش یافت. توان آماری ۱ نیز حاکی از دقت معنی‌داری در این روابط علی است.



شکل ۱. روند تغییرات میانگین متغیر حساسیت اضطرابی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری

بحث

به دنبال اجرای تکنیک EMDR میزان حساسیت اضطرابی گروه مورد به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرد. این در حالی است که تغییر معنی‌داری در میزان حساسیت اضطرابی بیماران گروه شاهد دیده نشد. بیماران دو گروه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک اختلاف معنی‌داری نداشتند و اثر مخدوش‌کننده‌ای از عوامل پیش‌گفته در مطالعه مشاهده نشد.

نتایج آزمون کرویت Mauchly در سطح $۰/۰۵۰$ معنی‌دار نبود؛ در نتیجه، از فرض یکسان بودن واریانس و به گونه‌ای دقیق‌تر، شرط همگن بودن ماتریکس کواریانس اطمینان حاصل شد و از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جداول ۴ و ۵ نتایج آزمون Repeated measures ANOVA را بر روی میانگین نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری متغیر حساسیت اضطرابی در دو گروه مورد و شاهد نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون Repeated measures ANOVA برای بررسی اثرات بین گروهی و تعامل متغیر حساسیت اضطرابی

تأثیر بین گروهی مداخله	ارزش F	درجه‌ی آزادی فرض شده	درجه‌ی آزادی خطا	مقدار P	مجدور تا	توان آماری
عامل (حساسیت اضطرابی)	۱/۲۱۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱
تعامل گروه و حساسیت اضطرابی	۱/۰۰۷	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱

جدول ۵. نتایج آزمون Repeated measures ANOVA بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها بر سه بار اندازه‌گیری نمره‌ی حساسیت اضطرابی در گروه‌های مورد و شاهد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	مجذورات	توان آماری
بین آزمودنی‌ها							
گروه	۳۰۳۶/۰۱	۱	۳۰۳۶/۰۱	۱۰۵/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱
خطا	۷۴۸/۳۱	۲۶	۲۸/۷۸				
درون آزمودنی‌ها							
عامل	۱۷۹۴/۰۷	۲	۸۹۷/۰۳	۱۶۲/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
عامل و گروه	۱۵۳۳/۰۲	۲	۷۶۶/۵۱	۱۳۸/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
خطا (عامل)	۲۸۶/۹۰	۵۲	۵/۵۱				

می‌افتد، اثری فراگیر در تسهیل پردازش اطلاعات از خاطره‌های آزار دهنده (که شاید منشأ حساسیت اضطرابی است) دارد (۲۰).

در این تکنیک، بیماران تصاویر آسیب‌زا را به طور مکرر در ذهن خود می‌آفرینند و با آن روبه‌رو می‌شوند تا در نهایت از آشفتگی ناشی از آن خلاص شوند. رویارویی برای بیمار، یک احساس تسلط به ارمغان می‌آورد که بدین وسیله، فرد می‌تواند در جهت تغییر افکار آسیب‌زا بکوشد.

نتیجه‌گیری نهایی این که با توجه به تأثیر EMDR بر کاهش حساسیت اضطرابی به عنوان یکی از مؤثرترین برانگیزاننده‌های حملات در بیماران مبتلا به میگرن، می‌توان از این درمان در کنار سایر درمان‌های موجود برای میگرن استفاده نمود.

این پژوهش فقط بر روی بیمارانی انجام شد که از لحاظ شدت بیماری در حد پایین و متوسط قرار داشتند، بنا بر این در تعمیم نتایج به بیمارانی که شدت بیماری بالاتری دارند، باید جانب احتیاط رعایت گردد. با توجه به مؤثر بودن تکنیک EMDR در کاهش حملات میگرن، پیشنهاد می‌گردد این درمان برای سرردهای تنشی به عنوان رایج‌ترین نوع سردرد در پژوهش‌های آتی به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مجید نصیری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به شماره‌ی ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۳۱۰۱۶ می‌باشد. از مسئولین محترم پژوهشکده و درمانگاه سایکوسوماتیک علوم پزشکی اصفهان و تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه که در انجام این تحقیق کمک و یاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

حساسیت اضطرابی، باعث می‌شود فرد از فعالیت‌هایی که تصور می‌کند نشانه‌های بیماری را گسترش می‌دهند، اجتناب کند. به باور روان‌شناسان، اجتناب تجربی، عامل مهمی در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی و به دنبال آن دردهای روان‌زاد است (۱۶). جهت درمان اضطراب و متغیرهای مرتبط، درمان Cognitive behavioural therapy (CBT) و به خصوص تکنیک رفتاری «مواجهه»، از مؤثرترین گزینه‌های درمانی است. در روش EMDR نیز، مواجهه با شدیدترین صحنه‌های اضطراب‌زا، رخ می‌دهد. در EMDR پس از ایجاد فضای عاطفی امن درمانی و با به کارگیری ابعاد شناختی، شناختی-تصویری و هیجانی، در وهله‌های کوتاه (به تعداد حرکات اغلب بیست‌گانه‌ی چشم) رویارویی با شدیدترین محتوا صورت می‌گیرد (۱۷).

Tutarel-Kislak تأثیر درمان EMDR را در کاهش حساسیت اضطرابی با تکنیک آرام سازی عضلانی مورد مقایسه قرار داد. وی در این تحقیق، متوجه شد که EMDR نسبت به روش دیگر در کاهش حساسیت اضطرابی مؤثرتر عمل می‌کند (۱۸).

Mazzola و همکاران، تکنیک EMDR را بر روی بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌بردند، به کار گرفتند. آن‌ها در این طرح پژوهشی، به این نتیجه رسیدند که EMDR می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی مؤثر بر درد مزمن به کار گرفته شود. شدت درد شرکت کنندگان، کاهش معنی‌داری در مقیاس دیداری درد نشان داد (۱۹).

Shapiro معتقد است در مورد اختلالاتی که نیاز به خاطره‌ی آزار دهنده ندارند و فرد قرار است در آینده با آن‌ها روبه‌رو شود (مانند سرردهای شدید احتمالی) نیز این درمان مؤثر می‌باشد (۱۲). این تأثیر از طریق فعال شدن سیستم عصبی و شبکه‌های حافظه‌ای و هیجانی که از طریق تحریکات چشم در چارچوب یک فرایند دقیق و منظم اتفاق

References

- Lucas C. Migraine and patent foramen ovale. *Rev Neurol (Paris)* 2013; 169(5): 390-6. [In French].
- Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch MA, Goadsby PJ, Ramadan NM. *The headaches*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
- Harno H, Hirvonen T, Kaunisto MA, Aalto H, Levo H, Isotalo E, et al. Subclinical vestibulocerebellar dysfunction in migraine with and without aura. *Neurology* 2003; 61(12): 1748-52.
- Silberstein SD, Lipton RB, Dodick DW. *Wolff's headache and other head pain*. 8th ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2007.
- Blumenfeld A. Clinical approaches to migraine prophylaxis. *Am J Manag Care* 2005; 11(2 Suppl): S55-S61.
- Smitherman TA, Davis RE, Walters AB, Young J, Houle TT. Anxiety sensitivity and headache: diagnostic differences, impact, and relations with perceived headache triggers. *Cephalalgia* 2015; 35(8): 710-21.
- Huber D, Henrich G. Personality traits and stress sensitivity in migraine patients. *Behav Med* 2003; 29(1): 4-13.
- Cox BJ, Enns MW, Freeman P, Walker JR. Anxiety sensitivity and major depression: examination of affective state dependence. *Behav Res Ther* 2001; 39(11): 1349-56.
- Deacon BJ, Abramowitz JS, Woods CM, Tolin DF. The Anxiety Sensitivity Index-Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behav Res Ther* 2003; 41(12): 1427-49.
- Lipton RB, Bigal ME, Rush SR, Yenkosky JP, Liberman JN, Bartleson JD, et al. Migraine practice patterns among neurologists. *Neurology* 2004; 62(11): 1926-31.
- Rigi F, Feizi A, Naseri M, Salehi Ardabili Sh, Bazdar P. The effect of foot reflexology on anxiety in patients with coronary artery bypass surgery referred to Seyed-Al-Shohada teaching hospital, Urmia, 2012. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2013; 11(8): 578-83. [In Persian].
- Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2001.
- Konuk E, Epozdemir H, Hacıomeroglu Atceken S, Aydin YE, Yurtsever A. EMDR treatment of migraine. *Journal of EMDR Practice and Research* 2011; 5 (4): 166-76.
- Taylor S, Cox BJ. An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *J Anxiety Disord* 1998; 12(5): 463-83.
- Moradimanesh F, Mirjafari SA, Goodarzi MA, Mohammadi N. Evaluate the psychometric properties of the revised Anxiety Sensitivity Index (ASIR). *Journal of Psychology* 2008; 11(4): 426-46. [In Persian].
- Hale LR, Goldstein DS, Abramowitz CS, Calamari JE, Kosson DS. Psychopathy is related to negative affectivity but not to anxiety sensitivity. *Behav Res Ther* 2004; 42(6): 697-710.
- Narimani M, Rajabi S. Comparison of efficacy of eye movement, desensitization and reprocessing and cognitive behavioral therapy methods in the Treatment of stress disorder. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch* 2009; 19(4): 236-45. [In Persian].
- Tutarel-Kislak S. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) approach in the treatment of anxiety Sensitivity. *Turkish Journal of Psychology* 2004; 19(53): 49-67. [In Turkish].
- Mazzola A, Calcagno ML, Goicochea MT, Pueyrredon H, Leston J, Salvat F. EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of EMDR Practice and Research* 2009; 3(2): 66-79.
- Shapiro F, Laliotis D. EMDR therapy for trauma-related disorders. In: Cloitre M, Schnyder U, editors. *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders. A practical guide for clinicians*. New York, NY: Springer; 2015. p. 205-28.

Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on Anxiety Sensitivity in Patients with Migraine

Majid Nasiri¹, Elham Forouzandeh², Amrollah Ebrahimi³

Original Article

Abstract

Background: Stress is a migraine trigger. Anxiety sensitivity as a mediator between stress and disease is one of the factors affecting the symptoms of migraine. Purpose of the present study was to assess the effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on anxiety sensitivity in patients with migraine.

Methods: In this semi experimental study, 36 patients with migraine were randomly divided into two groups: experimental and control. Patients of experimental group received EMDR therapy, 3 sessions of 90 minutes within three weeks. Control group did not receive any medical or psychological intervention. Participants in both groups were evaluated with Anxiety Sensitivity Inventory-Revised (ASI-R) during pre-test, post-test and one-month follow-up.

Findings: The analysis of variance with repeated measures showed that eye movement desensitization and reprocessing reduces anxiety sensitivity ($P < 0.05$) in patients.

Conclusion: The results suggest that EMDR can be considered as one of the therapies for migraine headaches.

Keywords: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Migraine, Anxiety sensitivity

Citation: Nasiri M, Forouzandeh E, Ebrahimi A. **Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on Anxiety Sensitivity in Patients with Migraine.** J Isfahan Med Sch 2016; 34(377): 321-7

1- MSc Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Psychosomatic Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Majid Nasiri, Email: majidnasiri@khuif.ac.ir