

مقایسه اثربخشی الگوهای درمان "شناختی- رفتاری" و "حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد" بر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ

محمدجواد احمدی‌زاده* *PhD*، حسین اسکندری^۱ *PhD*، محمدرضا فلسفی‌نژاد^۲ *PhD*، احمد برجلی^۱ *PhD*

*گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۱گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۲گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

اهداف: اختلال استرس پس از ضربه، نوعی اختلال اضطرابی است که در افرادی که در معرض وقایع آسیب‌رسان روانی قرار گرفته‌اند بروز می‌کند. روش درمان شناختی- رفتاری یکی از متداول‌ترین روش‌های درمان روان‌شناختی است. روش درمانی حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد نیز به‌عنوان یکی از درمان‌های نسبتاً جدید و سریع روان‌شناختی اختلال استرس پس از ضربه شناخته می‌شود. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی دو روش درمان شناختی- رفتاری و حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم اختصاصی و بهبودی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع مطالعات آزمایشی است که در سال ۱۳۷۷ انجام شد. در این مطالعه با استفاده از طرح شبه‌آزمایشی، تعداد ۴۵ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ، با انتخاب و جایگزینی تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی به ۳ گروه ۱۵ نفره درمان شناختی- رفتاری، حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد و کنترل تقسیم شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فهرست اختلال استرس پس از ضربه ویرایش نظامی PCL-M و چک لیست اختلالات روانی SCL-90-R بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری به‌وسیله نرم‌افزار SPSS 16 با آزمون‌های آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نمرات هر دو گروه درمان شناختی- رفتاری و حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد نسبت به پس‌آزمون گروه شاهد تفاوت معنادار داشت.

نتیجه‌گیری: هر دو روش درمانی بر کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه موثر است.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از ضربه، درمان شناختی- رفتاری، حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد

Comparison the effectiveness of "cognitive-behavioral" and "eye movement desensitization reprocessing" treatment models on patients with war post-traumatic stress disorder

Ahmadizadeh M. J.* *PhD*, Eskandari H.¹ *PhD*, Falsafinejad M. R.² *PhD*, Borjali A.¹ *PhD*

*Department of Clinical & General Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabaiee University, Tehran, Iran

¹Department of Clinical & General Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabaiee University, Tehran, Iran

²Department of Assessment & Measuring, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabaiee University, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is an anxiety disorder which can develop after exposure to any event which results in psychological trauma. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is the most commonly used treatment for the disease and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is a more rapid, relatively recent method. This study was designed with the aim of comparing the efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Eye Movement Desensitization and Reprocessing method on reduction of specific symptoms and recovery in patients suffering from PTSD due to war.

Methods: This experimental study was performed in year 2008. 45 veterans suffering from PTSD were divided randomly into three CBT, EMDR and control groups. Each of the mentioned groups contained 15 members. Two questionnaires including PTSD checklist-military version and symptom checklist 90 revised were applied in order to collect data. Data was analyzed using inferential statistical tests by SPSS 16.

Results: Scores of CBT group and EMDR group had a significant difference from control group scores.

Conclusion: Both models are effective on reduction of symptoms in PTSD.

Keywords: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

مقدمه

با گذشت دو دهه از پایان جنگ تحمیلی، هنوز تعداد زیادی از جانبازان اعصاب و روان با مراجعات مکرر خود به مراکز درمانی به دنبال بازایی سلامت از دست رفته خود هستند. گذشت زمان، افزایش سن بیماران و فقدان درمان جامع موجب تشدید علایم و مشکلات آنها شده است. مطالعات انجام شده برای بررسی اثرات درازمدت جنگ بر وضعیت روانی - اجتماعی جانبازان اعصاب و روان، حاکی از آن است که گذشت زمان، به نفع بهبودی بیمار نیست، زیرا نه تنها موجب کاهش حمایت‌های اجتماعی می‌شود، بلکه با افزایش سن، علایم بیماری به خصوص علایمی از قبیل واکنش‌های ناگهانی، کابوس‌های شبانه و تحریک پذیری در آنها شدت می‌یابد [۱].

بر اساس DSMIV-TR (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی؛ ویرایش چهارم، بازبینی متن) اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)، نوعی اختلال اضطرابی است که معمولاً در افرادی که در معرض وقایع آسیب‌رسان قرار گرفته‌اند، بروز می‌کند. این وقایع ممکن است تصادف شدید اتومبیل، بلایای طبیعی مثل سیل و زلزله، جنگ یا قربانی شدن در تجاوزات و تهاجمات جنسی و جسمی باشد. از مشخصه‌های بارز این اختلال عود علایم، تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا از طریق رویا و افکار در خواب و بیداری، اجتناب از یادآوری سانحه و کاهش پاسخگری کلی است [۲].

روش درمان شناختی- رفتاری (CBT) یکی از متداول‌ترین روش‌های درمان روان‌شناختی است. روش درمانی حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) نیز به عنوان یکی از درمان‌های نسبتاً جدید و سریع روان‌شناختی PTSD شناخته می‌شود. **روش درمان EMDR:** مطالعات انجام شده در رابطه با اثربخشی روش درمانی EMDR برای درمان PTSD به عنوان روش درمانی موثر در درمان اختلالات روانی، شامل مجموعه‌ای از پروتکل‌های استاندارد است که از به هم پیوستن عوامل مختلفی از رویکردهای درمانی نظیر مواجهه درمانی، شناخت درمانی، هیپنوتیزم و پردازش اطلاعات تشکیل شده است [۳]. مبانی و رویکرد نظری روش درمان EMDR مبتنی بر سازگاری و مدل پردازش اطلاعات است.

در توصیف مکانیزم‌های عصب‌شناختی EMDR به عقیده شاپیرو، یکی از ساده‌ترین راه‌های توصیف اثرات انسجام‌بخش EMDR این است که بگوییم حادثه آسیب‌زا پردازش نشده باقی مانده است. زیرا پاسخ‌های زیست‌شناختی فوری به آسیب روانی، آن را تنها در حالت سکون عصب زیست‌شناختی باقی گذاشته است. مکانیزم پردازش EMDR به لحاظ فیزیولوژیک به صورتی شکل گرفته که بتواند اطلاعاتی را که به خوبی پردازش نشده، به یک سطح انطباقی برساند. فرضیه‌های مطرح شده در مورد مکانیزم‌های زیربنایی EMDR حاصل یافته‌های تجربی در حیطه سیستم لیمبیک، عصب زیست‌شناسی، آسیب یا ضربه روانی و خواب در مرحله حرکات سریع چشم است [۴]. فرآیند درمان در این روش برخلاف درمان‌های سنتی روان‌شناسی از

سرعت نسبتاً بالایی برخوردار است. بیمار، موقعیتی شبیه واقعه آسیب‌زا (مانند دیدن تصادف وحشتناک اتومبیل) را تصور می‌کند و با نگاه داشتن این تصور در ذهن، با چشم‌هایش حرکات جانبی انگشت درمانگر را دنبال می‌کند. این فرآیند به مدت یک دقیقه یا بیشتر یا تا زمانی که بیمار بیان کند که آزاردهندگی تصویر کاهش یافته است، ادامه می‌یابد. عقیده عمومی بر این است که وقتی بیمار در حالت آرمیدگی عمیق قرار دارد، می‌تواند رویداد آسیب‌زا را مجدداً بازسازی‌شناختی کند و از این طریق علایم خود را از بین ببرد. سپس درمانگر از بیمار می‌خواهد همه افکار منفی را که در ذهن خود مرور کرده، بر زبان بیاورد و مجدداً درحالی که انگشت در حال حرکت وی را دنبال می‌کند، بیمار را به فکر کردن در مورد افکار مثبت مثل "من می‌توانم از عهده این کار برآیم"، تشویق می‌کند و تا زمانی که بیمار انگشت در حال حرکت درمانگر را دنبال می‌کند، این فکر در ذهن او باقی می‌ماند. این درمان شامل ۸ مرحله است که از ترکیب هر دو روش مواجهه درمانی و شناخت درمانی تشکیل شده است. تعداد جلساتی که به هر مرحله اختصاص داده می‌شود و شمار مراحل در هر جلسه و زمان هر جلسه با توجه به وضعیت مراجع و شدت آسیب از ۶۰ تا ۹۰ دقیقه متفاوت است [۵، ۶].

روش درمان CBT: اثربخشی درمان CBT بر کاهش علایم و نشانه‌های بیماران مبتلا به PTSD باعث شده که امروزه این روش خط مقدم درمان PTSD باشد. همچنین بیماران روانی شدید با وجود داشتن افکار خودکشی و علایم روان‌پریشی می‌توانند از این نوع درمان بهره‌مند شوند [۷، ۸].

برای درمان PTSD با این روش، بیمار در ابتدا می‌آموزد که با احساسات و تنش همراه با خاطرات، چگونه کنار بیاید. از جمله شیوه‌هایی برای آرامش بخشیدن به جسم بیمار و تسکین دردی که احساس می‌کند به وی آموزش داده می‌شود. سپس درمانگر به بیمار کمک می‌کند با این خاطرات روبه‌رو شود تا داستان اتفاقی را که روی داده، دوباره تعریف کند. هرچه بیشتر این کار را بکند، از خاطراتی که جان می‌گیرند کمتر ناراحت می‌شود و بیمار بیشتر به آرامش می‌رسد. در نهایت، درمانگر شیوه‌هایی به بیمار می‌آموزد تا با کمک آنها افکار منفی بیمار تغییر کرده و مسایل زندگی وی سر و سامان یابد. هرچند با استفاده از تکنیک‌های CBT و EMDR در اقشار و جمعیت‌های مختلف، مطالعات جداگانه‌ای انجام شده است، ولی با توجه به مباحث، سئوالات و هدف کلی پژوهش به کارگیری دو روش مداخله مستقیم و بررسی اثربخشی آنها بر وضعیت روانی بیماران مبتلا به PTSD ناشی از جنگ در برنامه‌ای منظم و مدون، نه تنها اثربخشی این دو روش درمانی را بر کاهش علایم اختصاصی، بهبودی و کاهش علایم سایر اختلالات روان‌پزشکی همراه با این اختلال مورد بررسی قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند با افزایش کارآمدی فردی در مقابله با حوادث و وقایع پرفشار زندگی، گام موثری در بهبودی بیماران بردارد. هدف اصلی پژوهش، تعیین اثربخشی هر یک از روش‌های درمانی

و نتایج حاصل از شیوه اجرا در این مرحله برای برنامه‌ریزی روش اجرایی اصلی در طرح پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت.

CBT و EMDR به صورت مجزا بر کاهش علائم اختصاصی و بهبودی بیماران مبتلا به PTSD بود.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعات آزمایشی است که در سال ۱۳۷۷ انجام شد. در این مطالعه با استفاده از طرح شبه‌آزمایشی، تعداد ۴۵ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ، با انتخاب و جایگزینی تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به ۳ گروه ۱۵ نفره EMDR، CBT و گروه کنترل تقسیم شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل اختلال روانی عمده به‌جز PTSD، اختلال شخصیت، اعتیاد به مواد مخدر و الکل، تحصیلات کمتر از متوسطه، شرکت در هرگونه جلسات روان‌درمانی به‌طور همزمان یا شرکت در برنامه‌های درمان (CBT و EMDR) بود که از طریق پرونده بیماران مورد بررسی قرار گرفت. مراحل اجرای پژوهش بدین ترتیب بود که؛ ابتدا مرحله پیش‌آزمون برای گروه‌های آزمایشی و شاهد اجرا شد. سپس بعد از اجرای روش‌های مداخله CBT و EMDR برای گروه‌های آزمایشی، مرحله پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایشی و شاهد به اجرا درآمد. مراحل درمان برای گروه آزمایشی CBT در ۱۱ جلسه انفرادی و گروهی و برای گروه EMDR، در ۴ جلسه انفرادی اجرا شد که شرح کامل آنها در جداول ۱ و ۲ آورده شده است [۵، ۶، ۹]. اما هیچ‌گونه برنامه درمانی برای گروه شاهد اجرا نشد.

جلسات	عنوان جلسه	اهم فعالیت‌های جلسه
اول	معرفی روش درمانی و مقدمات اجرای برنامه	۱- آشنایی درمانگر و بیماران و ایجاد ارتباط
		۲- معرفی اجمالی روش درمانی
		۳- بیان انتظارات و نحوه مشارکت بیماران در فرآیند درمان توسط درمانگر
		۴- اجرای پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون
		۵- گرفتن شرح حال بیمار و آماده‌سازی
دوم	ارزیابی	۱- شناسایی هدف
		۲- حساسیت‌زدایی
سوم	بازسازی شناختی	۱- به کار بستن
		۲- بررسی و توجه به مسایل جسمانی
چهارم	ارزیابی فرآیند درمان	۱- مرحله پایانی
		۲- ارزیابی مجدد
		۳- اتمام فرآیند درمان
		۴- اجرای پس‌آزمون‌ها و ارزیابی وضعیت بیمار

الف) چک‌لیست اختلال استرس پس از ضربه- ویرایش نظامی (PCL-M): این چک‌لیست، مقیاس خودگزارش‌دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به‌عنوان ابزار کمک‌تشخیصی به کار می‌رود. مزیت این چک‌لیست، در مختصر و کوتاه بودن آن است. مدت زمان اجرا تقریباً ۱۰ دقیقه است. محدودیت این چک‌لیست آن است که فقط روی نیروهای نظامی اعتباریابی شده است.

این چک‌لیست به‌وسیله ودرز، لیتز، هرمن، هوسکا و کین براساس معیارهای تشخیصی DSM برای مرکز ملی اختلال استرس پس از ضربه ایالات متحده آمریکا تهیه شده است و شامل ۱۷ ماده است که ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا (ملاک B)، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب (ملاک C) و ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید است (ملاک D) [۱۰].

ب) چک‌لیست اختلالات روانی (SCL-90-R): نسخه تجدیدنظرشده SCL-90-R یکی از رایج‌ترین ابزارهای خودگزارش‌دهی برای سنجش آسیب‌شناسی روانی است. این ابزار اختصاصاً برای سنجش آن دسته از ناراحتی‌های جسمی و روانی ساخته شده که بیماران، اخیراً تجربه کرده‌اند. ۹۰ ماده این مقیاس نشانه‌هایی را توصیف می‌کند که بیماران روان‌پزشکی و پزشکی به‌وفور تجربه و گزارش می‌نمایند.

هر یک از سؤالات پرسش‌نامه از طیف ۵ درجه‌ای میزان ناراحتی تشکیل شده که از نمره صفر (هیچ) تا ۴ (به‌شدت) است. سؤالات

جلسات	عنوان جلسه
اول	معرفی روش درمانی و مقدمات اجرا
دوم	۱- تمرکز بر آموزش مهارت حل مساله
	۲- تعریف و فرمول‌بندی مساله و تولید راه‌حل‌های بدیل
سوم	ارزش‌یابی راه‌حل‌های تولیدشده
چهارم	تصمیم‌گیری
پنجم	اثبات و مرور فرآیند حل مساله
ششم	بررسی مسایل و مشکلات فردی بیماران
	براساس فرآیند حل مساله
هفتم	تاکید بر بررسی مشکلات فردی، تعریف و فرمول‌بندی مساله
	ارزش‌یابی راه‌حل‌های آرایه‌شده
هشتم	ادامه مرحله انتخاب یا ارزش‌یابی راه‌حل‌ها و انتخاب استراتژی و تعیین تاکتیک‌ها
دهم	مرحله اثبات
یازدهم	خاتمه درمان

قبل از اجرای مرحله آزمایشی برای بررسی مشکلات اجرایی پژوهش و ابزار مورد استفاده، طرح روی ۵ نفر به‌عنوان گروه آزمایشی اجرا شد

نتایج

میانگین سنی آزمودنی‌ها $45/07 \pm 4/58$ سال بود و در دامنه سنی ۵۵-۳۷ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت تحصیلی ۵۵/۶٪ دیپلم، ۱۳/۳٪ فوق دیپلم، ۲۲/۲۰٪ لیسانس و ۸/۹٪ فوق لیسانس بودند. وضعیت جانبازی آنها، در دامنه ۲۰ تا ۵۵٪ متغیر بود و اکثر آزمودنی‌ها (۶۲/۲٪) در دامنه ۲۶ تا ۴۵٪ قرار داشتند. تمامی آزمودنی‌ها، متاهل بودند. از نظر تعداد فرزند، از بدون فرزند تا ۵ فرزند متغیر بودند و اکثر آنها (۶۸٪) در دامنه ۲ تا ۳ فرزند قرار داشتند. از نظر وضعیت اشتغال، ۳۴ نفر (۷۵/۶٪) نظامی، ۷ نفر (۱۵/۶٪) کارمند سایر ادارات دولتی و خصوصی و ۴ نفر (۸/۸٪) بازنشسته بودند.

میان گروه‌ها از نظر تحصیلات، سن، شغل، درصد جانبازی و توزیع آزمودنی‌ها تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. در نتیجه می‌توان گفت گروه‌های مورد مطالعه همسان بودند.

بین روش CBT و EMDR در کاهش علائم و نشانه‌های اختصاصی PTSD در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). اما در کاهش نشانه‌های سایر اختلالات روانی همراه، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$; جدول ۳). در مورد بهبودی بیماران مبتلا به PTSD در هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه شاهد، نتایج هر آزمون به‌طور مجزا حاکی از وجود

پرسش‌نامه، ۹ بعد مختلف شامل شکایات جسمانی مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را دربرمی‌گیرد [۱۱].

ج) پرسش‌نامه مشخصات فردی: این پرسش‌نامه توسط محقق ساخته شده و به‌منظور گردآوری اطلاعات فردی آزمودنی‌ها از جمله سن، تحصیلات، جنس، شغل، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، محل سکونت، درصد جانبازی، وضعیت مالی و اقتصادی، درمان‌های انجام‌شده قبلی، پزشکان معالج، میزان همکاری و نحوه شرکت در جلسات از سوی آزمودنی‌ها و پیشنهادهای در رابطه با نحوه همکاری تهیه شد. ملاحظات اخلاقی شامل اختیاری بودن شرکت در پژوهش، ارایه اطلاعات لازم در زمینه نحوه اجرای پژوهش، محرمانه‌بودن اطلاعات به‌دست‌آمده از آزمودنی‌ها، خودداری از طرح سئوالات غیرضروری و شخصی، عدم بایگانی اطلاعات غیرضروری و دادن کد به هر یک از آزمودنی‌ها در این پژوهش رعایت شد.

جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در کلیه گروه‌ها برای کنترل متغیر مزاحم درمان‌های گذشته و فعلی انجام شد و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آمار استنباطی مجذور کای، تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌گیری مکرر، مقایسه میانگین‌های مستقل و همبسته آزمون T و آزمون تعقیبی توکی، به‌وسیله نرم‌افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۳) مقایسه تاثیر روش‌های CBT و EMDR در کاهش نشانه‌های اختصاصی PTSD و سایر اختلالات روانی همراه

گروه آزمایشی	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	ارزش t	درجات آزادی	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون و پس‌آزمون براساس PCL	CBT	۴/۸۳	۵/۰۴۵	-۴/۴۰۹	۲۸	۰/۰۰۱
	EMDR	۱۷/۸۷	۱۰/۳۰۸			
پیش‌آزمون و پس‌آزمون براساس SCL90	CBT	۰/۵۷	۰/۵۹۹	-۱/۵۷۸	۲۸	۰/۱۲۶
	EMDR	۰/۹۳	۰/۶۵۳			

جدول ۴) مقایسه گروه‌های مورد مطالعه از نظر تاثیر در کاهش نشانه‌های PTSD براساس PCL-M

ردیف	گروه‌ها	تعداد میانگین	انحراف معیار	ارزش نسبی F	درجات آزادی	سطح معنی‌داری	آزمون تعقیبی HSD
۱	CBT	۱۵	۴/۸۳	۲۱/۷۸۳	۲ و ۴۲	۰/۰۰۱	۱ < ۲ و ۳ < ۲
۲	EMDR	۱۵	۱۷/۸۷				
۳	کنترل	۱۵	۱/۴۰				

جدول ۵) مقایسه گروه‌های مورد مطالعه از نظر تاثیر در کاهش نشانه‌های سایر اختلالات روانی همراه براساس SCL-90-R

ردیف	گروه‌ها	تعداد میانگین	انحراف معیار	ارزش نسبی F	درجات آزادی	سطح معنی‌داری	آزمون تعقیبی HSD
۱	CBT	۱۵	۰/۵۷	۸/۳۵۱	۲ و ۴۲	۰/۰۰۱	۳ < ۱ و ۳ < ۲
۲	EMDR	۱۵	۰/۹۳				
۳	کنترل	۱۵	۰/۰۹				

دو گروه آزمایشی از گروه کنترل در کاهش علائم اختصاصی و سایر نشانه‌های اختلالات روانی همراه PTSD موثرتر بودند (جدول ۴ و ۵).

تفاوت معنی‌دار از نظر آماری بین هر سه گروه بود ($p < 0/001$). نتایج مقایسه تفاوت گروه‌ها نشان داد گروه EMDR از CBT و هر

در نتیجه، با کاهش علائم اختصاصی، علائم ثانویه (که احتمالاً سبب‌شناسی مشترک دارند) نیز کاهش می‌یابند. بهتر بودن روش درمانی EMDR نسبت به روش CBT در کاهش علائم اختصاصی، احتمالاً به دلیل مکانیزم پردازش EMDR است که از نظر فیزیولوژیکی به گونه‌ای شکل گرفته که بتواند اطلاعاتی را که به خوبی پردازش نشده، به یک سطح انطباقی برساند.

در این پژوهش مشکلات و محدودیت‌هایی به دلیل وجود بعضی ضرورت‌ها و اعمال ملاک‌های حذف آزمودنی‌ها (مانند تحصیلات کمتر از متوسطه، مجرد بودن، واقعه تروماتیک غیر جنگی) وجود داشت. پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آتی ضمن برطرف کردن محدودیت‌های این پژوهش و بهره‌برداری از نتایج کاربردی آن که برگرفته از نتایج و یافته‌های تحقیق است، بررسی تداوم اثربخشی روش‌های درمانی پیگیری شود. همچنین از نمونه‌های مواجهه شده با استرس‌های مختلف مانند بلایای طبیعی، تصادفات، قربانیان تجاوز جنسی یا خشونت و آسیب‌دیدگان به دیگر تجارب استرس‌زا برای کاوش بیشتر تاثیر روش درمانی استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش انجام‌شده نشان می‌دهد کاربرد روش‌های درمانی CBT و EMDR بر کاهش علائم و نشانه‌های اختصاصی PTSD و سایر علائم اختلالات روانی همراه، موثر است.

تشکر و قدردانی: در پایان از همکار محترم، آقای جعفر انبسی به‌خاطر زحمات بی‌دریغشان و آقای دکتر تولایی و خانم دکتر نوحی رئیس گروه و رئیس بخش روان‌پزشکی، خانم غلامپور مسئول روان‌شناسی، روان‌پزشکان و آقای دکتر /.../ داد مسئول وقت درمانگاه بیمارستان که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Abhari-Ahmadi SA. Long-term effects of war on psychosocial status of patients with post-traumatic stress disorder. Tehran; Proceedings of the Third Symposium of Neurological Complications Psychological War, 2000. [Persian]
- 2- American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. Washington: American Psychiatry Association; 2000.
- 3- Spector J, Read J. The status of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Psychotherapy. 1999;6:165-74.
- 4- Bergmann UR. Speculation on the neurobiology of EMDR. Traumatology. 1998;4:1-5.
- 5- Emdria.org [homepage on the Internet]. Chicago: American Medical Association; c1999-2009 [updated 2009 Apr 19; cited 2008 Nov 6]. Available from: <http://www.emdria.org>

بحث

نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه ما در مورد اثربخشی دو روش درمانی نسبت به گروه شاهد با مطالعات انجام‌شده توسط بیسان و اندرو [۷]، جنینگ [۸]، فریدمن [۱۲]، تیلور [۱۳]، احمدی‌زاده [۱۴] و اصلانی و همکاران [۱۵] مبنی بر اثربخشی روش درمان CBT بر کاهش علائم و بهبودی PTSD مطابقت دارد.

همچنین نتایج تحقیقات انجام‌شده در رابطه با روش‌های درمان EMDR توسط شاپیرو و کاسلو، هیتاراشی [۱۶]، مکسفیلد [۱۷]، خالفا و همکاران [۱۸] و عباس‌نژاد و همکاران [۱۹] مبنی بر اثربخشی روش درمان EMDR بر کاهش علائم و بهبود بیماران مبتلا به PTSD نیز با تحقیق ما مطابق است.

بررسی نتایج مطالعات انجام‌شده حاکی از آن است که بیماران گروه CBT با بهره‌گیری از مهارت‌های شناختی- رفتاری مبتنی بر ضربه آموختند که از طریق بازسازی شناختی و تامل در ارایه پاسخ و برون‌ریزی عواطف در هنگام مواجهه با رویداد آسیب‌زا می‌توانند بر مشکلات فایق آمده و به مقابله صحیح با آن بپردازند. روش CBT به‌وسیله تسهیل و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و انعطاف‌پذیری، بر کاهش علائم خودتنبیهی اثر می‌گذارد که مطالعات زیادی بر اثربخشی روش درمان CBT بر ارتقای سطح بهداشت روانی و بهبودی بیماران (خصوصاً بیماران مبتلا به این اختلال) تاکید دارند.

در این روش به بیماران آموخته شد که در مقابله با مسایل و مشکلات چطور فکر کنند، نه این که به چه چیزی فکر کنند و این موضوع باعث می‌شود که فرد به خودکارآمدی در مقابله با مسایل و مشکلات دست یابد و به‌طور بالقوه آمادگی لازم برای حل مشکلات را داشته باشد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از یافته‌های این پژوهش و نتایج مطالعات انجام‌شده که از اثربخشی EMDR برای درمان PTSD حمایت می‌کند، این روش درمانی بر بهبودی سریع ضربه‌های عاطفی در کوتاه‌مدت می‌تواند موثر باشد. همچنین به‌نظر می‌رسد، برون‌ریزی عواطف و هیجان منفی به‌جای سرکوبی و درون‌ریزی عواطف و نیز مواجهه و بازسازی مجدد رویداد آسیب‌زا می‌تواند بر بهبودی اختلال موثر باشد.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت، علی‌رغم دست‌یابی به بهبودی و کاهش علائم و نشانه‌های اختصاصی اختلال در بیماران هر دو گروه، از مقایسه هر دو گروه در میزان اثربخشی بر سایر علائم اختلالات روانی همراه، تفاوت معنی‌داری به‌دست نیامد و اثربخشی هر دو روش درمانی مورد مطالعه یکسان بود.

لذا اگرچه هر دو گروه آزمایشی در کاهش علائم و نشانه‌های اختصاصی اختلال موثر بودند، ولی می‌توان این‌گونه برداشت کرد که عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین اثربخشی این دو روش درمانی در کاهش علائم غیراختصاصی اختلال می‌تواند ناشی از ثانویه بودن علائم غیراختصاصی همراه، نسبت به علائم اختصاصی اختلال باشد.

York: Oxford University Press; 2001.

14- Ahmadizadeh MJ. Study comparing the effectiveness of problem-solving skills and continuous building face on the treatment of patients with PTSD resulting from war. Tehran; Proceedings of the Fourth Symposium on Prevention and Treatment of Neurological Complications, Psychological War, 2007. [Persian]

15- Aslani M, Hashemiyan K, Lotfi F, Mirzaei J. One-year effectiveness of cognitive behavioral in patients with PTSD. Tehran; Proceedings of the Fourth Symposium on Prevention and Treatment of Neurological Complications, Psychological War, 2007. [Persian]

16- Hettiarachchi M. Brief intervention for post-traumatic stress disorder with combined use of cognitive behavior therapy and eye movement desensitization reprocessing. AJAMH. 2007;6(1):5-8.

17- Maxfield L, Shapiro F, Whiteman F. Handbook of EMDR and family therapy processes. New York: John Wiley and Sons; 2007.

18- Aubert-Khalfa S, Roques J, Blin O. Evidence of a decrease in heart rate and skin conductance responses in PTSD patients after a single EMDR session. J EMDR Prac Res. 2008;2(1):51-6.

19- Abbasnejad M, Mahani KN, Zamyad A. Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in reducing anxiety and unpleasant feelings due to earthquake experience. Psychol Res. 2007;9(3-4):104-17.

6- Emdria.org [homepage on the Internet]. How long does EMDR take? Chicago: American Medical Association; c1999-2009 [updated 2009 Apr 19; cited 2008 Sep 11]. Available from: <http://www.emdria.org>

7- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry. 2007;190:97-104.

8- Jennings SA. Randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. J Consult Clin Psychol. 2008;76:259-71.

9- Leahy RL, Holland SJ. Treatment plans and intervention for depression and anxiety disorder. New York: Guilford Press; 2000.

10- Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane T. The PTSD Checklist (PCL). Reliability, validity and diagnostic utility. San Antonio; 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Hisser Studies, 1993.

11- Gary M. Psychological assessment guide for clinical psychologists, counselors and psychiatrists. Pasha-Sharifi H, Nikkho MR, translators. Tehran: Roshd Publication; 2005. [Persian]

12- Friedman MJ. Post traumatic stress disorder between military returnees from Afghanistan and Iraq. Am J Psychiatr. 2006;163(4):586-9.

13- Taylor SE. Toward biology of social support. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. Handbook of positive psychology. New