

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^{۱*} 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 Tabatabaie University, Tehran, Iran

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

²Department of Assessment & Measuring, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabaie 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 نگه 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 به جز 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 خودگزارش دهی 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. مدت‌زمان 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 ارائه‌شده
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

پرسش نامه، ۹ بعد مختلف شامل شکایات جسمانی مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را دربرمی گیرد [۱۱].
 (ج) پرسش نامه مشخصات فردی: این پرسش نامه توسط محقق ساخته شده و به منظور گردآوری اطلاعات فردی آزمودنی ها از جمله سن، تحصیلات، جنس، شغل، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، محل سکونت، درصد جانبازی، وضعیت مالی و اقتصادی، درمان های انجام شده قبلی، پزشکان معالج، میزان همکاری و نحوه شرکت در جلسات از سوی آزمودنی ها 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، محرمانه بودن اطلاعات به دست آمده از آزمودنی ها، خودداری از طرح سئوالات غیر ضروری و شخصی، عدم بایگانی اطلاعات غیر ضروری و دادن کد به هر یک از آزمودنی ها در این پژوهش رعایت شد.
 جایگزینی تصادفی آزمودنی ها در کلیه گروه ها برای کنترل متغیر مزاحم درمان های گذشته و فعلی انجام شد و داده ها با استفاده از آزمون های آمار استنباطی مجذور کای، تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیری مکرر، مقایسه میانگین های مستقل و همبسته آزمون T و آزمون تعقیبی توکی، به وسیله نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

میانگین سنی آزمودنی ها $45/07 \pm 4/58$ 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 آزمودنی ها (۶۲/۲٪) در دامنه ۲۶ تا ۴۵٪ قرار داشتند. تمامی آزمودنی ها، 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 گروه ها از نظر تحصیلات، سن، شغل، درصد جانبازی و توزیع آزمودنی ها تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. در نتیجه می توان گفت گروه های مورد مطالعه همسان بودند.
 بین روش CBT و EMDR در کاهش علائم و نشانه های اختصاصی PTSD در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری وجود داشت ($p < 0/001$). اما در کاهش نشانه های سایر اختلالات روانی همراه، تفاوت معنی داری 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 به طور مجزا حاکی از وجود

جدول ۳) مقایسه تاثیر روش های CBT و EMDR در کاهش نشانه های اختصاصی PTSD و سایر اختلالات روانی همراه

گروه آزمایشی	گروه ها	میانگین	انحراف معیار	ارزش t	درجات آزادی	سطح معنی داری
پیش آزمون و پس آزمون	CBT	۴/۸۳	۵/۰۴۵	-۴/۴۰۹	۲۸	۰/۰۰۱
براساس PCL	EMDR	۱۷/۸۷	۱۰/۳۰۸			
پیش آزمون و پس آزمون	CBT	۰/۵۷	۰/۵۹۹	-۱/۵۷۸	۲۸	۰/۱۲۶
براساس SCL90	EMDR	۰/۹۳	۰/۶۵۳			

جدول ۴) مقایسه گروه های مورد مطالعه از نظر تاثیر در کاهش نشانه های PTSD براساس PCL-M

ردیف	گروه ها	تعداد میانگین	انحراف معیار	ارزش نسبی F	درجات آزادی	سطح معنی داری	آزمون تعقیبی HSD
۱	CBT	۱۵	۴/۸۳	۵/۰۵			
۲	EMDR	۱۵	۱۷/۸۷	۱۰/۳۱	۲ و ۴۲	۰/۰۰۱	۱ < ۲ و ۳ < ۲
۳	کنترل	۱۵	۱/۴۰	۲۱/۷۸۳			

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

ردیف	گروه ها	تعداد میانگین	انحراف معیار	ارزش نسبی F	درجات آزادی	سطح معنی داری	آزمون تعقیبی HSD
۱	CBT	۱۵	۰/۵۷	۰/۶۰			
۲	EMDR	۱۵	۰/۹۳	۰/۶۵	۲ و ۴۲	۰/۰۰۱	۳ < ۱ و ۳ < ۲
۳	کنترل	۱۵	۰/۰۹	۸/۳۵۱			

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

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

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 ثانویه‌بودن علائم غیراختصاصی همراه، نسبت به علائم اختصاصی اختلال باشد.

درنتیجه، با کاهش علائم اختصاصی، علائم ثانویه (که احتمالاً سبب‌شناسی مشترک دارند) نیز کاهش می‌یابند. بهتربودن روش درمانی EMDR نسبت به روش CBT در کاهش علائم اختصاصی، احتمالاً به‌دلیل مکانیزم پردازش EMDR است که از نظر فیزیولوژیکی به‌گونه‌ای شکل گرفته که بتواند اطلاعاتی را که به‌خوبی پردازش نشده، به یک سطح انطباقی برساند.

در این پژوهش مشکلات و محدودیت‌هایی به‌دلیل وجود بعضی ضرورت‌ها و اعمال ملاک‌های حذف آزمودنی‌ها (مانند تحصیلات کمتر از متوسطه، مجردبودن، واقعه تروماتیک غیرجنگی) وجود داشت. پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آتی ضمن برطرف‌کردن 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 مواجهه‌شده 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 انیسی 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>

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