Journal of Police Medicine

Winter 2014; Vol. 2, No. 4: 239-248

Original Article

Comparing the Effectiveness of Eye Movement Desensitization Reprocessing and Cognitive- Behavioral Therapy on Reducing Post Traumatic Stress Disorder in War Veterans

Received: 1 June 2013 **Revised:** 19 September 2013 **Accepted:** 24 September 2013

ABSTRACT

Background: The aim of this study was to compare effectiveness of eye movement desensitization reprocessing (EMDR) and cognitive - behavioral therapy(CBT) on reducing post traumatic stress disorder (PTSD) in War Veterans.

Materials and Methods: The population of this investigation was formed by 400 veterans of holy war who referred to military health services. Study sample contained 200 veterans who randomly selected and asked to complete PCL questionnaire. From 80 respondents who achieved above minimum score from questioner, 40 persons were chosen randomly and categorized in two experimental and one control groups. Subjects in the experimental group received eight sessions of CBT training and 8 sessions of EMDR therapy. Post tests were taken from all participants after therapy sessions. Data were analyzed using ANCOVA in SPSS version 16.

Results: Our finding indicated the significant difference between EMDR and CBT group in term of average PTSD. We have also found a significant difference in term of average PTSD between control group and CBT as well as EMDR groups.

Conclusions: The results of present study indicated that Eye movement Desensitization Reprocessing method and Cognitive-behavioral therapy are effective in reducing post traumatic stress disorder. We have also found that EMDR is more effective than CBT.

Keywords: cognitive- behavioral therapy, eye movement desensitization reprocessing, post traumatic stress disorder

Alireza Nikmorad[1*]
Abdollah Soltaninejhad[2]
Gaafar Anessi[2]
Hadi Panahi[3]
Saeed Kafrashi[4]
Hamidreza Barati[5]
khalil mohammadi[6]
Salar Dousti[7]

[1]M.A, Clinical psychologist, Behavioral Sciences Center and Comprehensive Psychiatric Center, Tehran, Iran.

[2]Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[3]M.A, Clinical psychologist, Tonekabon Branch of Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

[4]Police University, Tehran, Iran.

[5]B.A, Social Work, Counseling Centre of Great Tehran Police Command, Tehran, Iran.

[6]Head of counseling and social work office of Great Tehran Police Command, Tehran, Iran.

[7]M.A, General Psychologist, Tonekabon Branch of Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

[*]**Corresponding Author:**
Alireza Nikmorad
Tel: (+98)9194574841
Email: alinik524@yahoo.com

زمستان۱۳۹۲ – دوره ۲ – شماره ۴– صفحات ۲۳۹–۲۴۸

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی از طریق پردازش مجدد حرکات تعقیبی چشم و روش درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان جنگ تحمیلی

تاریخ دریافت: ۱۰ تیر ۱۳۹۲ **تاریخ اصلاح:** ۲۸ شهریور ۱۳۹۲ **تاریخ پذیرش:** ۲ مهر ۱۳۹۲

علیرضا نیکمراد[1*]
عبداله سلطانی نژاد[2]
جعفر انیسی[2]
هادی پناهی[3]
سعید کفراشی[4]
حمید رضا براتی[5]
خلیل محمدی[6]
سالار دوستی[7]

[1]روانشناس بالینی، مرکز علوم رفتاری و مرکز جامع اعصاب و روان، تهران، ایران.
[2]مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)، تهران، ایران.
[3]کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن ،تنکابن، ایران.
[4]دانشگاه علوم انتظامی، تهران، ایران.
[5]کارشناس، مددکاری اجتماعی، مرکز مشاوره فرماندهی تهران بزرگ، تهران، ایران.
[6]رییس اداره مشاوره و مددکاری فرماندهی انتظامی تهران بزرگ، تهران،ایران.
[7]کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن ،تنکابن، ایران.

[*]نویسنده مسئول:
علیرضا نیکمراد
تلفن: ۰۹۱۹۴۵۷۴۸۴۱(۹۸+)
پست الکترونیک:
alinik524@yahoo.com

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضرتعیین مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات تعقیبی چشم و پردازش مجدد و روش درمانی شناختی– رفتاری بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه است.

مواد و روش‌ها: جامعه مورد نظر در این پژوهش را ۴۰۰ نفر از جانبازان دوران دفاع مقدس مراجعه کننده به بهداری‌های نظامی مورد تشکیل دادند. نمونه پژوهش حاضر ۲۰۰ نفر بود که به طور تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه pcl پاسخ دادند. از میان ۸۰ نفری که از پرسشنامه (PCL) نمره حد نصاب را کسب کرده بودند تعداد ۴۵ نفر به تصادف انتخاب و در ۳ گروه؛ دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل را تقسیم شدند. یکی از گروه های آزمایش ۸ جلسه درمان شناختی– رفتاری و گروه دیگر ۸ جلسه درمان پردازش مجدد حرکات تعقیبی چشم را دریافت نمودند. پس از پایان جلسات درمان، از تمامی شرکت کنندگان تست‌های پس آزمون گرفته شد. داده‌های حاصل با استفاده از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) در نرم افزار $SPSS_{16}$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین میانگین اختلال استرس پس ازسانحه گروه حرکات تعقیبی چشم با میانگین اختلال استرس پس از سانحه گروه شناختی– رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین مشاهده شد که تفاوت معناداری میان گروه کنترل و گروه درمانی شناختی– رفتاری و همچنین گروه حرکات تعقیبی چشم به لحاظ میانگین اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد ($P<۰/۰۵$)۰

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات تعقیبی چشم و پردازش مجدد وروش درمانی شناختی– رفتاری بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه موثر بوده و روش حرکات تعقیبی چشم و پردازش مجدد از روش درمانی شناختی– رفتاری موثرتر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی– رفتاری، ، حساسیت‌زدایی از طریق پردازش مجدد حرکات تعقیبی چشم، اختلال استرس پس از سانحه

مقدمه

آخرین زیرگروه اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه روانی PTSD[1] است. در این اختلال نشانه‌های مرضی روانشناختی به دنبال یک حادثه ضایع‌گر روانی که معمولاً خارج از تحمل تجربه انسان است رخ می‌نماید. محرک‌هایی که موجب این سندرم می‌شوند در اکثر افراد نشانه‌های مرضی پریشانی را برمی‌انگیزانند [

[1]: Post Traumatic Stress Disorder-PTSD

Journal of Police Medicine
Winter 2014; Vol. 2, No. 4: 239-248

۱]. واکنش‌های شخص بیمار به این رویدادها شامل ترس شدید، درماندگی، یا وحشت بوده است.

رویدادهای آسیب زا دائماً با یکی از موارد زیر، دوباره توسط فرد تجربه می شوند:

۱- یادآوری‌های مکرر و مزاحم رویدادهای ناراحت کننده مانند تصاویر ذهنی، افکار، یا ادراک‌ها.

۲- عمل یا احساس فرد به گونه‌ای است که گویی رویداد مورد نظر درحال تکرار شدن است (شامل احساس تجدید تجربه، خطاهای حسی، توهم‌ها، و دوره‌های تجزیه‌ای واکنش تأخیری، ازجمله آن‌هایی که درحال بیدار شدن یا درحالت مسمومیت ممکن است روی دهند).

۳- ناراحتی‌های روانی شدید در رویارویی با نشانه‌های درونی یا بیرونی که نماد یا شبیه جنبه‌ای از رویداد آسیب زا هستند.

۴- واکنش پذیری فیزیولوژیکی در رویارویی با نشانه‌های درونی یا بیرونی که نماد و یا شبیه جنبه‌ای از رویداد آسیب‌زا است. شخص معمولاً تلاش آگاهانه‌ای برای اجتناب از افکار، احساس‌ها، یا گفتگو در باره‌ی رویداد آسیب زا و اجتناب از فعالیت‌ها، موقعیت‌ها یا افرادی که خاطرات آن رویداد را بر می‌انگیزند، انجام می‌دهد. این اجتناب از یادآوری‌ها ممکن است شامل یاد زدودگی نسبت به جنبه‌ی مهمی از رویداد آسیب‌زا، کاهش قابل ملاحظه علاقه یا مشارکت در فعالیت‌های مهم، احساس کسلی یا بیزاری از دیگران، محدودیت دامنه عواطف و احساس کوتاه شدن آینده شود. طول مدت این اختلال بیشتر از یک ماه است. این اختلال به ناراحتی یا اختلال عمده‌ی بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی و یا سایر زمینه‌های مهم منجر می‌شود. اگر طول مدت نشانه‌ها کمتر از سه ماه باشد حاد و اگر سه ماه یا بیشتر باشد مزمن است. اگر شروع نشانه‌ها حداقل شش ماه پس از وقوع رویداد آسیب زا باشد، (PTSD) نوع تأخیری است [۱].

اختلال تنش زای پس از حادثه (PTSD) نوعی اضطراب در افرادی است که حادثه ای را تجربه کرده اند مانند جامعه نظامی و جانبازان جنگ تحمیلی، بروز می کند. PTSD می تواند به دنبال تجاربی نظیر تهدید، ترس و یا خبر ناخوشایند، و یا حوادثی مثل جنگ، بلایای طبیعی، تصادف شدید، و مشاهده حوادث ناگوار اتفاق بیفتد. این بیماری با آسیب به توانایی فرد، درک او نسبت به محیط کار، جامعه، آشنایان و خانواده ارتباط دارد که شامل بی ثباتی شغلی، مشکلات زناشویی، اشکال در تربیت فرزندان، طلاق و ... می شود. رویدادهای پر استرس بخش عمده زندگی جانبازان را تشکیل می دهند. داشتن نقص بدنی، درمان آن و درگیر بودن همیشگی با هر یک از این مشکلات، طیفی از استرس را برای این افراد در پی دارد اما این در حالی است که آسیب پذیری شناختی مقدم بر رویداد استرس زا (در اینجا نقص جسمانی یا روانی افراد جانباز) می باشد چرا که بسیاری از این عزیزان با داشتن فشارهای روانی و استرس، درمان صحیحی را تجربه نکرده اند؛ بنابراین بر اساس تحقیقات صورت گرفته، درمان شناختی می تواند نقش بسزایی در بهبود علائم جانبازان داشته باشد. در ایران نیز روشهای مختلفی جهت درمان PTSDبه کار برده می شود [۲].

روش درمان حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم (EMDR) در سال‌های اخیر به عنوان یکی از روش‌های تاثیرگذار و موثر در کاهش علائم PTSD افراد شناخته شده است. این روش توسط لانگ (۱۹۷۷)[۳]. و باور (۱۹۸۱) [۴] مطرح شده که و مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات است. حساسیت‌زدایی از طریق بازپردازش حرکت چشم که بعد از این به اختصار EMDR نامیده می‌شود، نوعی درمان مواجهه سازی برای درمان جویانی است که استرس آسیب‌زایی را تجربه کرده‌اند. این درمان غرقه سازی تجسمی، بازسازی شناختی و استفاده سریع و موزون از حرکات چشم و تحریک دو سویه دیگر را شامل می‌شود. این روش درمانی که فرانسیس شاپیرو (۱۹۸۷) آن را ابداع کرد از مداخله‌های رفتاری به دست آمده است و برای کمک به درمانجویانی طراحی شده که به اختلال استرس پس از آسیب مبتلا هستند، این روش تا کنون در مورد جمعیت های گوناگون از جمله کودکان، زوج‌ها، قربانیان تصادف، افرادی که با اضطراب، وحشتزدگی، افسردگی، اندوه، اعتیاد و فوبی‌ها دست به گریبان هستند، به کار رفته است [۵].

ممکن است روش درمان حساسیت‌زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم، برای اضطراب مربوط به رفتار جسورانه نیز مؤثر باشد. پژوهشگران اظهار دارند درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و باز پردازش در کمک به افراد برای غلبه کردن بر احساس گناه، ترس، ناراحتی، تفکر معیوب، و اضطراب که به طور معمول از تجربیات آسیب زا ناشی می‌شوند، نتایج مطلوبی را نشان می‌دهد[۶]

رفتار درمانی شناختی نتیجه سیر تکوینی رفتار درمانی است. در بریتانیا، مایکل گلدر یکی از پیشگامان درمان رفتاری بوده است. او به همراه کوئین جونز،ایساک، مارکس، چک و راچمن، بیمارستان مادزلی را به جایگاهی برای انجام تحقیقات درباره درمان‌های رفتاری تبدیل کرد. در زمینه روانشناسی رفتاری (که متفاوت از رفتار درمانی است)، اهمیت متغیرهای شناختی بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته بود. شاید علت کند بودن جریان جذب دیدگاه‌های شناختی به

[1] Eye movement Desensitization and Reprocessing

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۲ – دوره۲ – شماره ۴– صفحات ۲۳۹–۲۴۸

وسیله رفتار درمانی، به ادامه‌ی تأثیر واتسون در زمنیه‌ی طرد درون نگری و نیز به نگرش رفتار درمانگران به سایر روش‌های روان درمانی مربوط باشد [۷].

یکی شدن روش سنتی (رفتاری درمانی) با شیوه نو (شناخت درمانی) خالی از مشکلات نبود و ما اینک دریافته‌ایم که تغییر رفتاری بیشتر از تغییر شناختی (که ناپایدار و دارای نوسان است) دست یافتنی وقابل سنجش است. محققان و درمانگران اینک بیشتر از گذشته، به توضیحات، درک، آرزوها و ترس‌های بیماران (مراجعان) علاقه مند شده اند و خود را با آن‌ها هماهنگ کرده‌اند. شناخت درمانی، درون مایه رفتاردرمانی را فراهم می‌کند. این تحول منعکس کننده رابطه میان پدیدارشناختی و شناخت درمانی است .مجموعه فرآیندهای زنجیره‌ای در خلال جلسات رفتار درمانی شناختی در یک نقطه زمانی بین جلسات به نتیجه می رسد ، بدین‌معنا که جلسه‌های رفتار درمانی شناختی کلید آغاز پردازش هیجانی رامی‌زند. این پردازش در فاصله زمانی بین جلسه‌ها کامل می‌شود (کلارک، ۱۹۹۷؛ کاویانی، ۱۳۸۵).

پژوهشی که با هدف مقایسه بازداری شناختی– رفتاری در جانبازان با و بدون PTSD در سال ۱۳۹۰ صورت گرفت نشان داد دو گروه از لحاظ عملکردشان در دو آزمون استروپ و برو/ نرو با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشتند[۸]. نتایج پژوهشی که به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی– رفتاری CBT[1] در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه‌ی ناشی از جنگ انجام شده است؛ نشان می دهد درمان شناختی رفتاری در کاهش علایم بیماران مبتلا به PTSD موثر است [۹].

پژوهشی دیگر تحت عنوان مقایسه (EMDR) با درمان شناختی – رفتاری(CBT) در درمان اختلال استرس نشان داد با وجود این‌که هر دو روش EMDR و CBT در درمان PTSD مؤثر بودند، EMDR در مقایسه با CBT در کاهش علایم PTSD رزمندگان ایرانی مؤثرتر است [۱۰.]

پژوهش دیگری که تحت عنوان دوره طولانی مدت اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در سربازان آلمانی جهت بررسی اثرات حساسیت زدایی حرکت چشم بیمار و درمان بازپردازش و ویژگی های خاص تروما در بیماران مبتلا به PTSD غیر رزمی انجام شد، نشان داد که این بیماران با روش درمانی EMDR به طور قابل توجهی بهبود یافته‌اند [۱۱].

دیاجنیا و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی تحت عنوان حساسیت زدایی حرکت چشم پردازش مجدد (EMDR) جهت درمان بیماران مبتلا به PTSD نشان دادند که این نوع درمان برای بهبود بسیاری از نشانه‌های این بیماری که می‌تواند فعالیت های زندگی روزمره افراد را مختل کند موثر است [۱۲].

با توجه به آنچه گفته شد این پژوهش بر آن است که به مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات تعقیبی چشم و باز پردازش مجدد، و روش درمانی شناختی– رفتاری بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه، و اینکه آیا برگزاری جلسات حساسیت زدایی از طریق پردازش مجدد حرکات تعقیبی چشم و روش درمانی شناختی– رفتاری بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه جانبازان موثر است یا خیر، بپردازد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش در قالب روش آزمایشی انجام شده است. طرح پژوهشی حاضر، طرح پیش‌آزمون– پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

جامعه مورد نظر در این پژوهش را ۴۰۰ نفر از جانبازان دوران دفاع مقدس مراجعه کننده به بهداری‌های نظامی تشکیل دادند. نمونه پژوهش حاضر ۲۰۰ نفر از جانبازان دوران دفاع مقدس بودندکه به طور تصادفی انتخاب و به پرسشنامه PCL پاسخ دادند. از میان ۸۰ نفری که از پرسشنامه PCL نمره بالاتر از ۵۰ (برش) را کسب کرده بودند تعداد ۴۵ نفر به طورتصادفی انتخاب و به ۳ گروه؛ دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. یکی از گروه‌های آزمودنی تحت ۸ جلسه درمان شناختی– رفتاری و گروه دیگر تحت ۸ جلسه درمان پردازش مجدد حرکات تعقیبی چشم قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات درمانی، از تمامی افراد پس آزمون گرفته شد. داده‌های حاصل با روش تحلیل کواریانس (ANCOVA) و با نرم افزار $SPSS_{16}$ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

روش‌های مداخله:

الف: دوره شناختی رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه و در طی دو ماه و نیم اجرا شد.

مراحل اجرای درمان شناختی رفتاری به ترتیب عبارت بودند از:

خلاصه جلسه اول: تلفیقی از شیوه دیالوگ سقراطی و آموزش روانی، ایجاد انگیزه، شناخت فرایندهای فیزیولوژیک تفکر و احساس.

خلاصه جلسه دوم: اهداف این جلسه برای شرکت کنندگان شامل کسب آگاهی از ابعاد اصلی شناختی PTSD، تحریف‌های شناختی، افسردگی و ویژگی‌های افکار خود آیند می‌باشد.

خلاصه جلسه سوم: آشنا کردن شرکت کنندگان با این موضوع که افکار آن‌ها پیامدهای رفتاری و هیجانی به دنبال دارد و این پیامدهای رفتاری ممکن است نا کارآمد باشد.

[1]: Cognitive Behiveoral Therapy-CBT

Journal of Police Medicine
Winter 2014; Vol. 2, No. 4: 239-248

خلاصه جلسه چهارم: از اهداف این جلسه آشنا کردن مراجعان با پیکان عمودی به منظور شناسایی طرح واره‌های منفی بود.

خلاصه جلسه پنجم: آشنا کردن مراجعان با باورهای منفی، و چگونگی ارتباط باورها بایکدیگر، افکار خودآیند، تهیه فهرستی از باورها، نقشه‌های شناختی.

خلاصه جلسه ششم: هدف این جلسه این است که شرکت کنندگان بپذیرند باورها تغییر ناپذیر نیستند، و افراد با گذشت زمان می‌توانند باورهای خود را تغییر دهند.

خلاصه جلسه هفتم: تحلیل سودمندی، تحلیل منطقی، و تمرین‌های مربوط به هرکدام.

خلاصه جلسه هشتم: جمع بندی و رفع اشکال، و کسب بازخورد از همه افراد گروه در مورد مطالب ارائه شده.

ملاک‌های ورود بیماران به این پژوهش عبارت بود از: تشخیص اصلی اختلال PTSD در محور I، عدم ابتلای بیماران به هیچ یک از اختلالات شخصیت ، اختلالات دو قطبی، افسردگی اساسی و رگه‌های روان پریشی و داشتن تحصیلات حداقل سیکل. بیمارانی که مبتلا به هر یک از بیماری‌های ذکر شده در ملاک ورود بودند، مصرف دارو داشتند یا هر مداخله دیگری دریافت کرده بودند از مطالعه خارج شدند.

ب: روش EMDR به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه و در طی دو ماه و نیم اجرا شد.

مراحل هشت‌گانه درمان EMDR

EMDR از هشت مرحله ضروری تشکیل شده است. در مواردی ممکن است چندین مرحله برای پوشش این مراحل لازم باشند و در موارد دیگر این احتمال وجود دارد که چندین مرحله بتوانند در یک مرحله درمانی قرار بگیرند. هر مرحله EMDR می‌تواند ۹۰ دقیقه ادامه یابد.

ساختار مراحل به شرح زیر است:

مرحله اول: شامل گرفتن تاریخچه درمانجو و طراحی درمان است.

مرحله دوم: مرحله آماده سازی است که در آن برای درمانجو تئوری EMDR توضیح داده می‌شود، که در نتیجه آن، هم در درمانجو انتظاراتی از آثار درمان ایجاد می‌شود و هم او را برای ناراحتی‌های احتمالی بین جلسات آماده می‌سازد.

مرحله سوم: مرحله ارزیابی است که شامل تعیین هدف و پاسخ‌های خط- پایه شده و از طریق اظهار نظر درمانجو روی مقیاس‌های ناراحتی فردی و اعتبار شناختواره سنجیده می‌شوند.

مرحله چهارم: مرحله حساسیت‌زدایی است که هیجان‌های آزاردهنده درمانجو را هدف قرار می‌دهد.

مرحله پنجم: مرحله کارگذاری که روی بازسازی و بازپردازش شناختی متمرکز است.

مرحله ششم: به ارزیابی باقیمانده تنش‌های جسمانی و ارزیابی آن‌ها می‌پردازد. این مرحله به پویش جسمانی موسوم است.

مرحله هفتم: مرحله اتمام یا بستن. مرحله‌ای است که شامل گزارش متقابل است و عمدتاً برای حفظ تعادل درمانجو در بین جلسات طراحی شده است. آخرین مرحله (مرحله هشتم) مرحله باز ارزیابی نامیده می‌شود.

ابزار تحقیق

در این تحقیق برای سنجش علائم اختلال استرس پس از سانحه از چک لیست پس از سانحه (PCL) استفاده شده است.

مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه نظامی

فهرست اختلال استرس پس از ضربه، یک مقیاس خودگزارش‌دهی است، که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می‌رود. اعتبار و روایی این فهرست در ایران به وسیله‌ی گودرزی (۱۳۸۲) [۲۸] در دانشگاه شیراز با استفاده از داده‌های به دست آمده از اجرای این فهرست روی یکصد و هفده نفر از آزمودنی‌ها و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس به‌دست آمد. این ضریب برابر ۰/۹۳ بود که حاکی از اعتبار فهرست است. هم‌چنین ضریب اعتبار این فهرست با استفاده از روش تنصیف (براساس زوج یا فرد بودن ماده‌ها) برابر ۰/۸۷(n=۱۱۷) که شاهد دیگری بر پایایی فهرست می‌باشد. به منظور ارائه شاخص برای روایی این مقیاس، همبستگی آن با فهرست وقایع زندگی محاسبه شد. ضریب همبستگی مذکور برابر (P=۰/۰۰۰۱، n=۱۱۷، r=۰/۳۷) بود که حاکی از روایی همزمان مقیاس است.

یافته‌ها

به منظور آزمون فرضیه‌ها، میانگین نمرات اختلافی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیر اختلال استرس از طریق تجزیه و تحلیل کواریانس (ANCOVA) مورد بررسی قرار گرفت قبل از اجرای تحلیل کواریانس فرض‌های زیر مورد

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۲ - دوره۲ - شماره ۴- صفحات ۲۳۹-۲۴۸

بررسی قرار گرفت.

* وجود رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته

* وجود فرض همگنی شیب‌ها (رگرسیون)

* فرض برابری واریانس

بررسی شرایط فوق نشان داد که می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس استفاده کرد.

نتایج جداول۱ و ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین پس‌آزمون اختلال استرس پس سانحه سه گروه کنترل و EMDR و CBT تفاوت معنادار به صورت زیر وجود دارد.

۱) بین میانگین اختلال استرس پس سانحه گروه EMDR با میانگین اختلال استرس پس سانحه گروه CBT تفاوت معنادار (P<۰/۰۱) وجود دارد. این تفاوت به سود گروه EMDR است.

۲) بین میانگین اختلال استرس پس سانحه گروه کنترل با میانگین اختلال استرس پس سانحه گروه EMDR تفاوت معنادار (P<۰/۰۱) وجود دارد و این تفاوت به سود گروه EMDR است.

۳) بین میانگین اختلال استرس پس سانحه گروه کنترل با میانگین اختلال استرس پس سانحه گروه CBT تفاوت معنادار (P<۰/۰۱) وجود دارد. این تفاوت به سود گروه CBT است.

به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت هر دو روش آموزشی EMDR و CBT بر اختلال استرس پس سانحه مؤثر هستند در مقایسه با یکدیگر اثربخشی روش EMDR از روش CBT با توجه به اندازه اثر (Eta=۰/۹۴۱) بیشتر است.

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که نسبت F برای اثر کاربندی از لحاظ آماری معنادار است. (Eta=۰/۷۴۸، P=۰/۰۰۰، ۶۰/۹۶۴=(۴۱ و۲)F) که نشان می‌دهد بین سه گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر بین دو روش آزمایشی در کاهش اختلال استرس با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد، چون مشخصه F از لحاظ آماری معنادار شده است لازم است از آزمون تعقیبی استفاده شود برای این مقصود از آزمون مقایسه دو به دو تکمیلی با عنوان Costom Hypothesis با فرمان Lmatrix اجرا می‌شود و برای سطح معنادار بودن این آزمون‌ها نیز از روش توکی استفاده شد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به‌دست آمده هر دو روش آموزشی EMDR و CBT بر کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس سانحه (PTSD) مؤثر هستند و در مقایسه با هم اثربخشی روش EMDR از روش CBT بیشتر است.

این نتایج با یافته‌های نریمانی و رجبی (۱۳۸۸) [۱۰] همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت چند نکته در تحلیل نتایج و اثربخشی EMDR قابل ذکر است.

این روش درمانی، دستیابی و پردازش مجدد خاطرات تروماتیک را در یک سبک سازگار تسریع می کند [۱۳] و با پردازش طبیعی اطلاعات هیجانی به مغز کمک می کند تا ترومای گذشته از سیستم اعصاب درمانجو رها شود [۱۴] در بررسی نظریه‌های مرتبط با EMDR می‌توان گفت که این تأثیر شاید از طریق فعال شدن سیستم عصبی و شبکه‌های حافظه‌ای و هیجانی- که از طریق تحریکات چشم در چارچوب یک فرآیند دقیق و منظم اتفاق می‌افتد - اثری فراگیر در تسهیل پردازش اطلاعات از خاطره‌های آزاردهنده دارد و به دلیل اینکه جانبازان دچار این اختلال از سه بعد فیزیولوژیکی و رفتاری وشناختی دچار مشکلات و علامت‌هایی دال بر عدم سازگاری ایشان در محیط‌های خانوادگی شغلی و اجتماعی می‌باشند و از آنجاییکه روش درمانی شناختی رفتاری روی بعد شناختی و رفتاری جانبازان و روش درمانی حرکات تعقیبی سریع چشم و باز پردازش مجدد بیشتر قسمت‌های فیزیولوژیکی و بازگشت به گذشته (فلش بک) باقی مانده از حوادث جنگ را مورد هدف درمانی خود قرار می‌دهد اجرای مداوم و مرتب جلسات درمانی طبق

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های مطالعه در پیش آزمون و پس آزمون برحسب اختلال استرس و مقایسه دوبه دو گروه‌ها با آزمون تعقیبی توکی

ردیف	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		دو به دو	سطح
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین‌ها	معناداری
۱	EMDR	۲۲/۰۹۲	۹/۰۳۸	۲۰/۴۰	۶/۰۳۸	۲>۱	۰/۰۰۰
۲	CBT	۲۶/۴۶۸	۸/۸۶۰	۲۶/۹۳	۵/۸۶۰	۳>۲	۰/۰۰۰
۳	کنترل	۳۲/۴۴۰	۱۲/۸۱۰	۳۳/۶۷	۱۱/۸۱۰	۳>۱	۰/۰۰۰

Journal of Police Medicine
Winter 2014; Vol. 2, No. 4: 239-248

جدول ۲: خلاصه تحلیل کواریانس اختلال استرس در گروه‌های آزمایشی و کنترل با حذف اثر متقابل

مقیاس	منبع	مجموعه	درجه	میانگین	F	سطح معناداری	Eta
	پیش‌آزمون اختلال استرس	۴۲۷۱/۴۷	۱	۴۲۷۱/۴۶	۶۵۲/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۹۴۱
اختلال	بین گروه‌ها	۷۹۸/۱۸	۲	۳۹۹/۰۹	۶۰/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۷۴۸
استرس	درون گروه‌ها	۲۶۸/۳۸	۴۱	۶/۵۴			
	کل	۳۸۶۶۵	۴۵				

پکیج‌های دو روش درمانی به طور دقیق انجام گردید که با توجه به گزارشات و پیگیری بعد از اتمام درمان از جانبازان و خانواده‌های آن‌ها به نظر می‌رسد دو روش درمانی در رفع علائم این اختلال و سازگارتر شدن آن‌ها به لحاظ اجتماعی رفتاری موثر واقع شده‌اند. همچنین بین میانگین اختلال استرس پس سانحه گروه کنترل با میانگین اختلال استرس پس ازسانحه گروه EMDR تفاوت معنادار وجود دارد به این صورت که روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق باز پردازش حرکات تعقیبی چشم بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه تاثیر دارد. همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که درمان EMDR در کمک به قربانیان اختلال استرس پس از سوانحی چون جنگ، سیل، زلزله، حوادث رانندگی، بمباران، وحشت و یا زندگی در اردوگاه‌های اسیران جنگی می‌تواند نتایج مطلوبی را نشان دهد و افراد مبتلا به PTSD بعد از جلسات درمان توسط EMDR کاهش قابل ملاحظه ای در علائم اختلال استرس پس از سانحه را نشان دادند [۱۵].

این نتایج با یافته‌های سلطانی نژاد (۱۳۹۰) [۱۶]، زیمرمن[1] (۲۰۱۲) [۱۱]، شاپیرو (۱۹۹۵) [۱۷]، ایرنسن[2] (۲۰۰۲) [۱۸]، کارلسون[3] (۱۹۹۸) [۱۹]، عشایری (۱۳۸۸) [۲۰] همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در روش EMDR تاکید بر تسهیل نمودن اثرات درمانی مکانیزم خود التیام بخشی مغز به وسیله قطع پیوندهای قبلی و بی ارتباط سازی شبکه‌های نوروفیزیولوژیکی مربوط به خاطره مربوطه بوده است. به علاوه به دلیل فاصله فیزیکی میان شبکه‌های کوچک از پیوندهای عصبی ، موفقیت در ایجاد پیوند میان آن‌ها به سرعت اتفاق می‌افتد. بنابراین، نتایج درمانی آن نیاز به گذشت زمان طولانی نداشته، و درمدتی محدود اتفاق می‌افتد. این موضوع خود منبطق با مدل پردازش سریع اطلاعات براساس نظریه لانگ است. در واقع، وقوع سریع اثرات درمانی EMDR در یافته‌های این پژوهش تاحد زیادی قابل توجیه است. همچنین، در روش EMDR بیماران تشویق می‌شوند تا به جزئیات مربوط به افکار منفی توجه نمایند و هیچ تلاشی در جهت هدایت این فرایند انجام ندهند. چنین حالتی یک وضعیت پویا و سیال را در مواجهه مجدد در مقایسه با سایر روش‌های مبتنی بر مواجهه، و به وسیله‌ی فراخوانی مجدد پاسخ‌های هیجانی در مقابل محرک‌های مختلف مربوط به افکار منفی، ایجاد و مورد استفاده قرار می‌دهد. چنین حالت سیال و پویایی در نهایت منجر به وقوع خاموشی از نوع پاولفی در رفتارهای غیر انطباقی می‌گردد [۲۱].

یکی دیگر از نتایج این بود که بین میانگین اختلال استرس پس سانحه گروه کنترل با میانگین اختلال استرس پس سانحه گروه CBT تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنی که روش درمانی شناختی– رفتاری بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه تاثیر دارد. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر این ایده است که مشکلات روانی در نتیجه تفسیر یا ارزیابی ما ازموقعیت‌ها، افکار، و احساسات، و رفتارهای ما بوجود می‌آید؛ پس هدف CBT کمک به مردم از راه آموزش مقابله با افکار ناراحت کننده، و همچنین کاهش اجتناب و یا دیگر رفتارهای مشکل‌زا می‌باشد. ایده‌آل است که اگر کسی را که می‌توانید تغییر دهید، این تغییر باید در زمینه ارزیابی افکار و چگونگی محیط زیست او باشد [۲۲]. CBT برای موفقیت در درمان طیف وسیعی از مشکلات، مانند اختلالات اضطراب، افسردگی، اختلالات خوردن، اعتیاد به الکل و مواد مخدر استفاده می‌شود [۲۳] که با نتایج، فاطمه میردورقی (۱۳۹۱) [۸]، اصلانی (۱۳۸۶) [۹]، محمودی قرایی (۱۳۸۵) [۲۴]، ریسیک[4] (۲۰۰۵) [۲۵]، بک[5] (۲۰۰۸) [۲۶] و روتبوم[6] (۱۹۹۱) [۲۷] همخوانی دارد.

در تبیین نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت که در رویکرد شناختی– رفتاری تاکید زیادی می‌شود که مفاهیم به طور عملیاتی بیان شوند و اعتباریابی درمان به طور تجربی صورت پذیرد. در این نوع شیوه‌ی درمانی به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکار آمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و رفتار ناکار آمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف

[1:] Zimmermann, [2:] Ironson, [3:] Carlson, [4:] Resick, [5:] Beck, [6:] Foa & Rothbaum

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۲ – دوره۲ – شماره ۴– صفحات ۲۳۹–۲۴۸

رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود. در جنبه‌هایی از درمان، تاکید عمدتاً رفتاری و در جنبه‌های دیگر شناختی است. قسمتی از اعظم درمان، بر اساس رویکرد اینجا و اینک صورت می‌گیرد و هدف عمده‌ی درمان عبارت است از کمک به بیمار به نحوی که بتواند تغییراتی مطلوب درزندگی خود پدید آورد. بنابراین تاکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه‌ی بالینی می‌شود. حل مساله جزء مهم لاینفک درمان را تشکیل می‌دهد. تمامی جنبه‌های درمانی برای بیمار توضیح داده می‌شود و درمانگر و بیمار سعی می‌کنند ارتباطی متقابل با هم برقرار کنند و راهبردهایی را برای مقابله با مسایل دقیقاً مشخص شده، با هم وضع نمایند. این رویکرد عمدتاً بر اساس خود یاری استوار است و هدف درمانگر کمک به بیمار است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسایل جاری بلکه مسایل مشابه آن‌ها در آینده نیز در خود رشد دهد. درمانگر باید نقش تکالیف خانگی را مورد تاکید قرار دهد و خاطر نشان سازد که قسمت عمده‌ی درمان در زندگی روزمره صورت می‌گیرد. بدین معنی که بیمار هر آنچه را که در جلسه‌های درمانی مورد بحث قرار گرفته است؛ به مرحله ی عمل در می‌آورد. ماهیت مشارکتی ارتباط درمانی باید مورد بحث قرار گیرد. از بیمار انتظار می‌رود که از طریق گرد آوری اطلاعات، ارایه بازخورد درباره‌ی فنون درمانی و پیشنهاد کردن راهبردهای جدید، فعالانه در امر درمان مشارکت کند. اطلاعات در باره‌ی ساختار درمان نیز در این مرحله باید به بیمار داد ه شود: مانند تعداد جلسات درمانی و محل تشکیل جلسه‌ها و طول مدت درمان [۱۴].

منابع

1. Rosenhan DL, Seligman MEP. Abnormal psychology. WW Norton & Co; 1995.
2. Karami GHR, Ameli J, Fakher Z. Effect of work therapy on PTSD veterans hospitalized in a psychiatric sanitarium. Daneshvar Med 2007; 15: 57-60. (Persian)
3. Lang, P. J. Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. Behav Ther, 1977; 10, 224, 42.
4. Bower GH. Mood and memory. Am Psychol 1981; 36: 129-48.
5. Shapiro F. Alternative stimuli in the use of EMD (R). J Behav Ther Exp Psychiatry 1994; 25: 89.
6. Gorman JM, Battista D, Goetz RR, Dillon DJ, Liebowitz MR, Fyer AJ, et al. A comparison of sodium bicarbonate and sodium lactate infusion in the induction of panic attacks. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 145-50.
7. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/ cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. Behav Ther 1989; 20: 155-76.
8. .۸Mirdoraghi F, Ghanbary Hashemabady BA, Mashhadi A. Cognitive and behavioral inhibition in veterans with- and without post traumatic stress disorder. MilMed J 2012; 14: 41-7. (Persian)
9. Aslani M, Hashemiyan K, Lotfi Kashani F, Mirzayi J. The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on Chronic Post Traumatic Stress Disorder Patients. Appl Psychol 2007; 1: 6-17. (Persian)
10. 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 2010; 19: 236-45. (Persian)
11. Zimmermann P, Biesold KH, Barre K, Lanczik M. Long-term course of post-traumatic stress disorder (PTSD) in German soldiers: effects of inpatient eye movement desensitization and reprocessing therapy and specific trauma characteristics in patients with non-combat-related PTSD. Mil Med 2007; 172: 456 -60.
12. Gheidar Z, Zahirodin AR, Dibajnia Z. Eye-movement desensitization influence on post-traumatic stress disorder. Pajoohandeh J 2012; 16: 322-6.
13. Shapiro F, Solomon RM. Eye movement desensitization and reprocessing: Wiley Online Library; 1995.
14. Shapiro F, (ed). E.M.D.R. manuals. Dhaka: Bangladesh 1998.
15. Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. Treatment of PTSD: stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. J Clin Psychol 2002; 58: 1071-89.
16. Soltaninejhad A. Survey of war disorders in the army of the guardians of the Islamic revolution veterans. Tehran: Baqiyatallah University of Medical Sciences Press 2011. (Persian).
17. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): evaluation of controlled PTSD research. J Behav Ther Exp Psychiatry 1996; 27: 209-18.
18. Ironson G, Freund B, Strauss JL, Williams J. Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. J Clin Psychol 2002; 58: 113-28.
19. Carlson JG, Chemtob CM, Rusnak K, Hedlund NL, Muraoka MY. Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 1998; 11: 3-24.
20. Ashaiery H, Hooman HA, Jamali M, Vatankhah HR. The compares effects of eye movement desensitization and reprocessing, medical, cognitive therapies approaches on decreasing the state anxiety. Journal of Psychological Researches 2009; 1; 51-63.

Journal of Police Medicine
Winter 2014; Vol. 2, No. 4: 239-248

(Persian)
21. Renfrey G, Spates CR. Eye movement desensitization: a partial dismantling study. J Behav Ther Exp Psychiatry 1994; 25: 231-9.
22. Matthews MM, Williams HG. Can Tai chi enhance cognitive vitality? A preliminary study of cognitive executive control in older adults after A Tai chi intervention. J S C Med Assoc 2008; 104: 255-7.
23. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. JAMA 2000; 283: 2529-36.
24. Mahmoudi-Gharaei J, Mohammadi MR, Bina M, Yasami MT, Fakour Y. Supportive and cognitive behavioral group interventions on Bam earthquake related PTSD symptoms in adolescents. Tehran Univ Med J 2006; 64: 57-67. (Persian)
25. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. J Consult Clin Psychol 2002; 70: 867-79
26. Beck JG, Coffey SF, Foy DW, Keane TM, Blanchard EB. Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: an initial randomized pilot study. Behav Ther 2009; 40: 82-92.
27. Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB, Davidson JR, Compton J, Connor KM, et al. Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 2006; 19: 625-38.
28. Goudarzi M. Validity and reliability of PTSD checklist .J Psychol. 2003;7(2)26–30. (persian)

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۲ - دوره۲ - شماره ۴- صفحات ۲۳۹-۲۴۸