پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال شانزدهم، شماره ۷، پی در پی ۸۵، صفحات ۳۲۲ تا ۳۲۶
ویژه‌نامه زمستان ۱۳۹۰

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۶

اثر حساسیت زدایی چشمی حرکتی بر اختلال استرس پس از سانحه

دکتر پروین دیباج نیا[۱]، دکتر علیرضا ظهیرالدین[۲]*، زهرا قیدر[۳]

۱- استادیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- استاد، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳- کارشناس ارشد روانسنجی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: اختلال پس از سانحه (Post traumatic stress disorder) با شیوع ۵ تا ۲۵ درصدی در طول زندگی (۱) می تواند اثرات سوء و زیانباری بر فرد و جامعه وارد کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثرحساسیت زدایی چشمی حرکتی(Eye movement desensitization reprocessing) در کاهش نشانه‌های PTSD در این دسته از بیماران انجام شده است.

مواد و روشها: تعداد ۷۱ بیمار مبتلا به PTSD به طور تصادفی انتخاب و بوسیله روش EMDR تحت درمان قرار گرفتند. اطلاعات جمعیت شناختی و نوع یادآوری حادثه به وسیله دو پرسشنامه محقق ساخته جمع آوری گردید. همچنین میزان ضربان قلب، فشار خون و تعداد تنفس این بیماران قبل و بعد از EMDR اندازه گیری گردید. داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS.16 و روشهای آماری توصیفی و مجذورکا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۵۹٪ گروه مورد مطالعه در رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال قرار دارند و ۷۹٪ را زنان تشکیل می‌دهند. EMDR به طور بارزی نوع و چگونگی یادآوری سانحه را تغییر داد. میزان فشار خون، ضربان قلب و تعداد تنفس به طور معناداری همراه با یادآوری سانحه افزایش یافته بود.

نتیجه‌گیری: EMDR می تواند به عنوان یک روش درمانی موثر در اختلالات **PTSD** به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: Post traumatic stress disorder، Eye movement desensitization reprocessing.

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Dibajnia P, Zahiroddin A, Gheidar Z. Eye-Movement Desensitization Influence on Post-Traumatic Stress Disorder. Pejouhandeh 2012;16(7):322-26.

مقدمه

بی تردید پس از بروز بیماری اساسی‌ترین مرحله انتخاب درمان مناسب و به موقع است که این مسئله در حوزه بیماریهای وابسته به روان از یک سو به دلیل پیچیدگی رفتارهای انسان و از سوی دیگر به دلیل افزایش میزان اختلالات روانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱و۲). پیامد این بیماریها نه تنها زندگی فردی بلکه زندگی اجتماعی را نیز مختل می کند. حتی گاهی اوقات نتایج حاصل از این اختلالات جبران‌ناپذیر هستند. افراد مبتلا به اختلالات روان علاوه بر فشارهای فرهنگی و اجتماعی که از سوی خانواده و جامعه به آنها وارد می شود معمولا به دلیل مشکل برقراری ارتباط در فرایند درمان نیز با سختی‌هایی روبرو می شوند. بخصوص زمانی که درمان غیر دارویی نخستین و بهترین گزینه شمرده می‌شود.

PTSD یا اختلال استرس پس ازسانحه که معمولا پس از یک حادثه آسیب زا با علائمی نظیر کابوسهای شبانه، خاطرات مزاحم، تجربه مجدد سانحه به اشکال مختلف، احساس گناه و تحریک پذیری خود را نشان می دهد و علائم آن از یک تا شش ماه و گاهی تا سالها تداوم دارد و می‌تواند زندگی فرد را دچار اختلال کند . اگر چه این اختلال در هر سنی ممکن است بروز کند ولی به علت زمینه‌های تسریع کننده در میان جوانان شایع‌تر است(۳). ۵۰ تا ۹۰ درصد افراد در طول زندگی با یک آسیب شدید مواجه می‌شوند که ۸٪ به PTSD مبتلا می‌گردند. اسکات و بالمر (۲۰۰۰) عوامل خطرساز PTSD را شامل عوامل ژنتیک، بیماریهای اولیه روانپزشکی عوامل فشارزای قبلی، ویژگیهای شخصیتی و محدودیت‌های اولیه

*نویسنده مسؤول مکاتبات: تهران، خیابان شهید مد نی، بیمارستان امام حسین (ع)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ پست الکترونیک: mhdolatian@gmil.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

زندگی می‌دانند (۴). با توجه به اثرات PTSD درمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. روشهای مختلفی مانند، رفتار درمانی، شناخت درمانی، هیپنوتیزم درمانی، و دارودرمانی در درمان این اختلال مورد استفاده قرار می گیرند. روش EMD (Eye movement desensitization) در سال ۱۹۸۷ توسط شاپیرو ابداع شد و در سال ۱۹۹۱ به EMDR تغییر نام داد تا بتواند تغییرات شناختی و بینشی را نسبت به بیماری که در حین درمان رخ می‌دهد بازتاب دهد. هر چند انتقادهای فراوانی بر این روش درمان وارد شده اما در سال ۱۹۹۱ انجمن روانشناسان امریکا سه روش درمانی با اثر بخشی محتمل را برای درمان PTSD معرفی کردند که شامل؛ EMDR ، مواجهه درمانی (Exposure therapy) و مهارتهای مدیریت استرس (Stress inoculation therapy) بود (۵).

اساس EMDR، حرکات چشم است که هدف آن توجه دادن بیمار به یک محرک خارجی در حالیکه که به طور همزمان روی سانحه تمرکز کرده است، باروکلیف و همکاران (۲۰۰۱) اظهارمی کنند که اثر حرکتی چشم در EMDR حافظه عملکردی را مختل کرده و با کاهش وضوح میزان هیجان همراه با آن را کم می‌کند (۶). واندرکلاک و همکاران شواهد اولیه‌ای از تغییرات الگوهای فعال سازی مغز را در شش بیمارPTSD قبل و بعد از EMDR مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دهنده افزایش فعالیت دوطرفه سینگولیت قدامی بود. این منطقه تجربه تهدید واقعی در برابر تهدید ادراک شده را به هم نزدیک می‌سازد و نشانگر این است که پس از EMDR بیماران PTSD بیش برانگیختگی کمتری را تجربه خواهند کرد (۷). مطالعات روان پویشی نشان می‌دهند معمولا افرادی که از ضربه‌های روانی شدید جان به در می‌برند ناتوانی در شناخت هیجانها میان‌شان رایج است و بازمانده‌های سانحه آسیب زا معمولا قادر به استفاده از حالات هیجانی به عنوان هشدار نبوده و علائم روان تنی پیدا می کنند (۳).

بدون شک گزینش روش درمان مناسب در هر اختلالی نیازمند بررسی تاثیرات کاربندی روشهای درمانی متفاوت است. تا بتوان مناسب‌ترین درمان را برگزید و بدین طریق علاوه بر کاهش هزینه‌های درمانهای کم اثر درمانجو را در بهبود سریع یاری رساند. EMDR یک روش درمانی بحث برانگیز است که برای اثبات اثر بخشی آن انجام مطالعات در این زمینه مفید خواهد بود. از دیگر دلایل اهمیت پژوهش این است که اختلال PTSD معمولا با اختلالات دیگری مانند افسردگی و اعتیاد همراه است که این موارد نیز درمانهای دیگری را لازم دارند. درمان مناسب و سریع PTSD علاوه بردرمان این اختلال می تواند به کاهش بیماری‌ها و اثرات جانبی آن نیز منجر گردد.

بنابراین با توجه به اهمیت انتخاب روشهای درمانی مناسب و همچنین تأثیر PTSD بر زندگی فردی و اجتماعی و بروز اختلالات روانی همراه با این اختلال هدف این پژوهش تعیین اثر EMDR بر نوع و چگونگی یادآوری حادثه آسیب زا است. بعلاوه فشار خون، ضربان قلب و تعداد تنفس افراد PTSD همراه با مانورهای EMDR و بعد از آن نیز بررسی می‌شوند.

مواد و روشها

از میان افراد مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی در شهر تهران در سال ۸۹-۸۷ تعداد ۷۱ بیمار PTSD با کسب رضایت در این مطالعه شرکت کردند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل: ۱) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک ، ۲) پرسشنامه ای بود که بر اساس ملاکهای DSM-IV وهمراه با مصاحبه بالینی برای تشخیص بیماران PTSD بکار گرفته شدو ۳) دستگاه فشار سنج فنری برای اندازه گیری فشار خون و شمارش و ثبت تعداد تنفس در دقیقه براساس حرکات شکمی و قفسه سینه و تعداد ضربان قلب براساس شمارش نبض بود.

پس از تکمیل کردن پرسشنامه، بیماران تحت درمان با روش EMDR قرار گرفتند. مانورها شامل پنج مانور بود: ۱) نیستاگوموس ، ۲) ضربه با انگشت روی شانه‌ها، کف دست و یا زانوها، ۳) ضربه با کف دست و همراه با صدای ضربه روی شانه‌ها، کف دست و زانوها، ۴) ایجاد تحریکات صوتی به صورت ضربه انگشت روی میز و بشکن زدن و ۵) چشمی، صوتی و ضربه‌ای(۸). پس از ارائه مانورها از بیمار خواسته شد تا نوع یادآوری سانحه را گزارش کند همچنین بگوید که کدام نوع مانور درتغییر ذهنی سانحه موثرتر بوده است. فشار خون، ضربان قلب و تعداد تنفس قبل از شروع مانورها و بعد از آن و همراه با یادآوری حادثه نیز اندازه گیری گردیدند. مانور انتخاب شده براساس گزارش بیمار به کار گرفته شد و پس از گزارش بیمار از تاثیر آن بر یادآوری سانحه به بیماران نحوه انجام این مانورها آموزش داده شد تا در مواقع لازم نیز تکرار نماید.

یافته‌ها

از بررسی شوندگان ۶۹٪ افراد زیر ۳۰ سال هستند. ۷۹٪ را زنان تشکیل می دهند و۶۷٪ دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتر هستند. ۹۱٪ افراد مبتلا به PTSD به یک اختلال روانی دیگر مبتلا می باشند (جدول۱).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

جدول ۱: توزیع مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه براساس شاخص‌های فردی

ویژگیهای جمعیت شناختی		تعداد	درصد
سن	زیر ۲۰ سال	۷	۹/۸
	۲۰-۳۰	۴۲	۵۹/۱
	۳۰-۴۰	۱۷	۲۳/۹
	بالای ۴۰ سال	۵	۷
جنس	زن	۵۶	۷۸/۹
	مرد	۱۵	۲۱/۱
وضعیت تحصیل	دیپلم و زیر دیپلم	۲۳	۳۳
	کارشناسی	۲۷	۵۲
	بالاتر از کارشناسی	۱۱	۱۵
سابقه ابتلا به بیماری روانی دیگر	افسردگی، اختلال شخصیت، وسواس	۶۴	۹۲

فشار خون دیاستولیک، سیستولیک و ضربان قلب و تعداد تنفس قبل از مانورهای EMDR و بعد از آن به طور معناداری تفاوت نشان می دهد. یعنی بعد از مانورهای EMDR که در طی آن سانحه برای بیمار یاد آوری می گردید این متغیرها به طور معناداری افزایش پیدا کردند (جدول۲).

پس از EMDR ۹۱/۵٪ اظهار کرده‌اند که حادثه برای آنها دور و در ۲/۱٪ حادثه روشن‌تر گردیده است. نوع و چگونگی یادآوری حادثه پس از EMDR در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۲: فشار خون دیاستولیک، سیستولیک، ضربان قلب و تعداد تنفس مبتلایان به اختلال استرس پس ازسانحه قبل و پس از مداخله*

	قبل از مانور		بعد از مانور با یادآوری حادثه	
	M	**SD**	**M**	**SD**
فشار خون دیاستولیک	۱۵/۹۱	۱/۳۷	۱۶/۲۷	۱/۵۸
فشار خون سیتولیک	۱۱۹/۷۰	۱۰/۹۳	۱۲۸/۶۵	۱۰/۲۹
ضربان قلب	۷۷	۴/۲۲	۸۸/۴۴	۴/۵۴
تعداد نفس	۱۵/۹۱	۱/۳۷	۱۶/۲۷	۱/۵۸

* در تمام موارد P <۰/۰۱

جدول ۳: توزیع نوع و چگونگی یادآوری حادثه پس از EMDR در مبتلایان به اختلال استرس پس ازسانحه

	تعداد	درصد
تاری تصویر	۴۴	۶۶/۲
دوری تصویر	۶۵	۹۱/۵
فراموشی	۱۰	۱۴/۱
بی احساس شدن	۶۳	۸۸/۷
خط خطی شدن	۲۹	۴۰/۸
بدون تأثیر	۱	۱/۴
روشن تر شدن	۳	۲/۸

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

بحث

در این پژوهش ۷۱ بیمار PTSD از نظر مشخصات دموگرافیک و سابقه بیماریهای روانی مطالعه و به وسیله روش EMDR مورد درمان قرار گرفتند. ضربان قلب، تعداد تنفس و فشار خون این بیماران قبل از مانورهای EMDR و بعد از آن نیز بررسی شد براساس نتایج ۵۹ ٪ گروه در سن ۳۰-۲۰ سالگی قرار دارند. نتایج مطالعات دیگر نیز نشان دهنده فراوانی بیشتر PTSD در جوانان است {ماگرودر، فروه، جانون، کارنبون، پاول رنه ۲۰۰۴؛ ونیه، جودا، بیکر، مک گلش، هادریک و سویره لازوارو ۱۹۹۸} (۹ و۱۰). ۷۹ ٪ گروه مورد مطالعه را زنان تشکیل داده اند، (مطالعات استین، والکرهازن و مورد ۱۹۹۷ (۱۱)؛ برسلو، چل کت، یترسون و لرسیا ۱۹۹۹ (۱۲) نشان داد PTSD با جنس رابطه معنادار دارد. ۷۷ ٪ گروه مورد مطالعه دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتر بودند. نتایج یک مطالعه نشان داد PTSD با سطح تحصیلات و با درجه سازمانی رابطه معنادار ندارد (۱۳).

۹۳٪ از بیماران اظهار کرده‌اند که قبل از ابتلا به PTSD به یک بیماری روانی دیگر مبتلا بودند که افسردگی با ۷۰٪ بالاترین میزان را داشته است. نات و همکاران عواملی همچون وضعیت اقتصادی اجتماعی، خلق و خو، پیشینه آسیب، خصوصیات خانواده و وجود اضطراب و افسردگی را از عوامل زمینه ساز PTSD بر شمردند.کایکن (۱۹۹۵) اظهار می‌کند که اختلالات روانپزشکی در میان این بیماران شیوع بیشتری دارد (۳، ۴ و ۱۴).

افسردگی از یک سو با آسیب پذیری فرد در ابتلاء او به PTSD و از سوی دیگر به عنوان پیامد PTSD می تواند بروز کند (فلرلن ۱۹۸۹ و ایتال ۱۹۹۸، میتوتال ۲۰۰۸) بررسی ۱۴۹۴۸ زن در بخش پژوهش الگوهای رفتاری مبتلا به PTSD نشان داد که اختلالاتی همچون افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت به شدت و به طور ناگهانی میزان PTSD را افزایش می دهد (۱۵).

یکی از بارزترین علائم PTSD افزایش علائم حیاتی مانند ضربان قلب، فشار خون و تعداد تنفس در هنگام یادآوری حادثه است. اندازه گیری این متغیرها قبل و بعد از مانورهای EMDR و با یادآوری حادثه افزایش معناداری نشان داد. براساس مقیاسBase-line فشار خون بالا و افزایش ضربان قلب هر دو ناشی از علائم اختلال PTSD هستند {سیسلی، براندی ۲۰۰۶، کنرلی، اینس ۲۰۰۶، پتی او ۲۰۰۷} (۱۹-۱۶). همچنین به کاربندی روش EMDR در بیماران PTSD توانست نوع و چگونگی یادآوری حادثه را تغییر دهد. چنانکه ۹۳٪ بیماران اظهار کردند که حادثه برای آنها دور شده است. بنابراین می توان گفت که EMDR با کاهش میزان یادآوری حادثه و نوع یادآوری سبب ایجاد امنیت در بیماران PTSD می گردد. بروم(۱۹۸۹) سه روش درمانی هیپنوتراپی، روان کاوی و EMDR را با هم مقایسه کرد او اثرات درمانی معنی داری را در ۶۰٪ شرکت کنندگان بدون تفاوت معنادار بین گروهها مشاهده کرد (۱۱) EMDR به عنوان روش درمانی می‌تواند نشانه های PTSD را کاهش دهد {بیسون و همکاران ۲۰۰۷ ؛ فوه و همکاران، ۲۰۰۹ }(۵ و۲۰).

همانگونه که گفته شد برای درمان PTSD از انواع روشهای گوناگون استفاده می گردد. EMDR به عنوان یک روش درمانی که در همان جلسه اول تأثیر خود بر یادآوری حادثه نشان می دهد و از سوی دیگر یادگیری سهل مانورهای آن توسط بیمار می‌تواند به عنوان یک روش درمان منفرد و یا مکمل با دارو درمانی و روشهای دیگر به کار گرفته شود.

نتیجه گیری

درمان به هنگام و مناسب PTSD می تواند عوارض مستقیم و غیر مستقیم این بیماری را کاهش داده و سلامت فرد و جامعه را ارتقاء بخشد. EMDR به عنوان یک روش درمانی منفرد و یا مکمل می‌تواند امنیت روانی فرد را با کاهش یادآوری سانحه گسترش داده و او را برای پیگیری نهایی درمان توانمند سازد.

REFERENCES

1- Kaplan H, Sadock B. Psychiatric of behavior science. Translation by Nosratollh, porafk-ari.Teharn. publisher:sharab.

2- http://www.who.int/mental_health/en/i_mnh_final.pdfinvestigating

3- Noorbala E. Comprehensive theory of Post-traumatic stress Disorder. Publisher:pajoheshkade mohandesi va pezeshki janbazan 2008.

4- Halgin RP, Whitbourne S. Abnormal Psychology, clinical perspective on psychological Diso-rder. Fourth Edition.Translated by: Yahya Seyed Mohamadi. Tehran: Ravan publisher 2009.

5- Bisson J, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. British J Psychiatry 2007;190:97-104.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

6- Barrow A, Gary N, Mac C. Horizontal rhythmical eye movements consistently dimin-ish the arousal provoked by auditory stimuli. J clin psychol 2001:42:289-302.

7- Van B. Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism (1st ed.). Washington, DC: Am Psychol Association 2002;57-83.

8- Shapiro F. Eye-movement desen-sitization and reprocessing proced-ure from EMD to EMD/R, a new treatment model for anxiety and related trauma. Behav therapist 1999;19:133-135.

9- Margruder F, Knapp J, Vaughan C. PTSD symptoms, Demogr-aphic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. J traumatic stress 2004;17(4):75-81.

10-Weine V, Becker M, Hodzic L, Hyman S. PTSD symptoms in Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States. Psychiatry J 1998.4(1)7-15.

11-Stein W, Hazen F. 1997. www.psychiatry.org.il/.../5262 00924029PM@Page%20from%20IJP%201 %202009%20-3.pdf .

12-Breslau N, Kessler RC. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Arch Gen Psychiatry 1998;55:626-632.

13-Bennett W, Page H. Level of mental health problems among UK emergency ambulance workers. Emerg Med J 2004;21:235-236.

14-Kuiken D, Miall D, Bears M, Smith L. Defamiliarization in dreaming and reading: Eye movements and attentional engage-ment. J Traumatic Stress 1994;2:199-223.

15-Fenell S. A review of various medical illnesses and their relationship with PTSD. 2008. Enewedserenity. com.42140034.pdf.

16-Sisley B. Signs and symptoms of sleep disorder breath-ing in PTSD. 2006. www.Journals.lww.com

17-Kenerly S. Elevated heart rates as predictor of PTSD six months following accidental pediatric injury. 2006. Department of psychology, Macquarie University. Australia.

18- Paty O. High blood pressure medicine helps PTSD. 2007. www.axpow.org/files/bulletins/may/2007.pdf.

19-Kenerly,Spence.(2006). Elevated heart rate as predictor of PTSD six months following accidental pedia-tric injury. Department of psycho-logy. Macquaire University, Austra-lia.

20-Foa E, Keane T, Friedman M, Cohen J. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies. New York: Guilford. 2009.

21-Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (1st Edition). New York: Guilford press. 1995.

22-Kavanaugh D, freese S, Aurade S, May J. Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories. Br J clin psychology 2001;40:267-280.

23-Bromet S, Kessler A. Risk factors for DSM-III-R posttrau-matic stress disorder. Am J Epidemiol 1998. 147(4):31-38.

24-Rauch SL, Vander BA, Alpert N. A symptom provocation study of PTSD using PET and script- driven imaging. Arch Gen psychiatry 1996;53(5):380-387.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]