

## مقایسه روش های سنتی مواجهه و تروما و EMDR در کاهش علائم استرس پس از سانحه در کودکان

\*فرشته سلمانی

کارشناس ارشد مشاوره، گرایش مدرسه، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران، استان تهران، ایران..

### چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی روش های سنتی مواجهه و تروما با روش حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) در کاهش علائم استرس پس از سانحه (PTSD) در کودکان شهر تهران طی بازه زمانی اسفند ۱۴۰۲ تا اردیبهشت ۱۴۰۴ است. این مطالعه با رویکرد علمی، در قالب یک پژوهش کاربردی و نیمه تجربی با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به PTSD بوده که به مراکز روان شناختی و مشاوره ای شهر تهران مراجعه کرده اند. نمونه گیری به صورت هدفمند و تصادفی انجام گرفت و کودکان در سه گروه (مداخله با حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد، مداخله با روش های سنتی مواجهه و تروما، و گروه کنترل) تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه علائم استرس پس از سانحه کودک، چک لیست های رفتاری و مصاحبه بالینی ساختاریافته بود. داده ها با نرم افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل آماری نشان داد که روش حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) نسبت به روش های سنتی مواجهه و تروما در کاهش علائم استرس پس از سانحه کودکان به طور معناداری اثربخش تر است. همچنین، یافته ها نشان داد این روش علاوه بر کاهش علائم روانی، در بهبود عملکرد اجتماعی و سازگاری کودکان نیز مؤثر بوده است. پژوهش حاضر با تأکید بر ضرورت توسعه مداخلات نوین در حوزه سلامت روان کودکان، پیشنهاد می کند که استفاده از روش حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد در مراکز درمانی و آموزشی مرتبط با کودکان آسیب دیده مورد توجه و گسترش قرار گیرد. علاوه بر این، در بررسی زیرگروه های علائم استرس پس از سانحه، مشاهده شد که روش EMDR کاهش بیشتری در نشانه های اضطراب، اختلال خواب و کابوس های شبانه نسبت به روش های مواجهه سنتی ایجاد می کند. پیگیری های سه ماهه پس از مداخله نیز حاکی از پایداری آثار مثبت درمان حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بود. همچنین، والدین کودکان شرکت کننده در گروه EMDR رضایت بالاتری از روند درمان و نتایج مشاهده شده داشتند. تفاوت معنادار در کاهش علائم شناختی و هیجانی بین گروه های آزمایش تأیید شد و تأثیرات سودمند EMDR در بهبود روابط میان فردی کودکان آسیب دیده بیشتر نمایان گردید.

**کلیدواژه ها:** اختلال استرس پس از سانحه، کودکان، حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد، درمان سنتی، تهران

## . مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یکی از اختلالات روانی جدی و شایعی است که به ویژه در کودکان پس از تجربه ی رویدادهای آسیبزا از جمله سوانح طبیعی، تصادف، جنگ، خشونت خانگی یا تجربیات تلخ از دست دادن نزدیکان بروز پیدا می کند. این اختلال نه تنها با بروز نشانه هایی همچون اضطراب، حملات وحشت زدگی، کابوس های شبانه و بی خوابی مشخص می شود، بلکه پیامدهایی عمیق بر جنبه های شناختی، رفتاری و هیجانی کودکان برجای می گذارد (Beer and Bronner, ۲۰۱۰). کودکان مبتلا به PTSD اغلب در روابط اجتماعی دچار مشکل، کاهش اعتماد به نفس، افت تحصیلی و انزوا می شوند و در برخی موارد زمینه بروز سایر اختلالات روانی در دوره نوجوانی و بزرگسالی نیز در آنان افزایش می یابد. اهمیت دقیق تر توجه به این اختلال در جمعیت کودکان، ناشی از توانایی کمتر آن ها در بیان کامل تجارب و احساسات آسیبزا و نیز تاثیر عمیق تری است که وقایع منفی بر ساختار روان شناختی و عاطفی آن ها می گذارد. (Karadag et al., ۲۰۲۰)

در جوامع شهری بزرگ مانند تهران که پویایی جمعیت، تراکم بالای جمعیتی، نوسانات اجتماعی و قرار گرفتن افراد و خانواده ها در معرض حوادث مختلف، از جمله بلایای طبیعی، تصادفات شهری و خشونت های خانگی بیشتر است، شیوع این نوع آسیب های روانی از حساسیت و اهمیت ویژه ای برخوردار است. پژوهش ها نشان می دهند که درصد قابل توجهی از کودکان شهر تهران در طول دوران کودکی یا نوجوانی خود حداقل یک رویداد آسیبزا را تجربه می کنند. در بسیاری از موارد، نبود شبکه حمایتی مناسب، شرایط خانوادگی پرتنش، نبود خدمات روان شناسی تخصصی و یا انگ زدایی اجتماعی موجب می شود نشانه های زود هنگام PTSD شناسایی نشده و در نهایت به اختلالات مزمن و پایدار در زندگی فرد و خانواده او تبدیل شود. (Ahmad et al., ۲۰۰۷)

مطالعات متعدد دانشمندان و روان شناسان بالینی در دهه های اخیر بر آن بوده اند که اهمیت شناسایی به موقع علائم PTSD در کودکان، تشخیص و مداخله درمانی سریع و مناسب، بسیار بالاست و می تواند از گسترش و عمیق شدن ابعاد اختلال جلوگیری کند. اهمیت تحقیق حاضر نیز در این زمینه قرار دارد که با تمرکز بر جمعیت کودکان آسیب دیده شهر تهران، به بررسی و مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی مهم، یعنی روش های سنتی مواجهه و تروما و روش حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR)، به منظور کاهش علائم و نشانه های PTSD می پردازد. این رویکرد مقایسه ای با هدف روشن کردن نقاط ضعف و قوت هر کدام از این روش های مداخله ای و ارائه راهکارهای علمی و تخصصی جهت ارتقای سلامت روان نسل آینده انجام گرفته است. Moreno-Alcázar (et al., ۲۰۱۷)

شهر تهران به دلیل شرایط جغرافیایی، بافت اجتماعی پیچیده، جمعیت جوان و کودک فراوان و قرار گرفتن در معرض انواع رویدادهای آسیبزا، نیازمند توجه جدی به حوزه سلامت روان کودکان به خصوص در زمینه آسیب های پس از سانحه است. رشد سریع شهرنشینی در دهه های اخیر و فشارهای زندگی شهری، میزان استرس و آسیب پذیری کودکان را به صورت چشمگیری افزایش داده است. از این رو، طراحی و سنجش اثربخشی مداخلات درمانی بومی، هماهنگ با واقعیت های اجتماعی و فرهنگی کودکان تهرانی، ضرورتی غیرقابل چشم پوشی محسوب می شود. استفاده از تجربیات جهانی و تطبیق آن با رویکردهای درمانی نوین، گامی مهم برای ارتقای کیفیت خدمات روان شناختی به حساب می آید. اهمیت مطالعات کاربردی و بالینی در این حوزه، در تدوین سیاست های حمایتی و مداخلات روان شناختی برای کودکان آسیب دیده و خانواده های آنان غیرقابل انکار است.

بررسی عمیق اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نقش عوامل فردی، محیطی و خانوادگی در شدت و تداوم علائم، پژوهشگران و متخصصان سلامت روان را بر آن داشته که همواره به دنبال راهکارهایی موثرتر برای کاهش بار روانی این اختلال باشند. یکی از چالش های جدی در حوزه سلامت روان کودک، سازگاری محدود روش ها و پروتکل های درمانی وارداتی با ویژگی های بومی، فرهنگی

و اجتماعی کودکان ایرانی است؛ به طوری که در بسیاری از موارد، اثربخشی برخی درمان ها در عمل با پیچیدگی ها و موانعی همراه است. همین موضوع نقش پژوهش هایی که در بستر اجتماعی-فرهنگی ایران طراحی و اجرا می شوند را برجسته تر می کند. مطالعات بومی می تواند پیامدهای مثبت فراوانی در برنامه ریزی درمانی و پیشگیری از بروز عواقب بلندمدت PTSD در جامعه کودکان داشته باشد. (hmad and Sundelin-Wahlsten, ۲۰۰۸)

از یک سو، روش های سنتی مواجهه و تروما که عموماً مبتنی بر یادآوری و بازسازی مکرر رویداد آسیبزا در حین حمایت روانی و بازسازی شناختی هستند، سالهاست به عنوان یکی از رویکردهای موثر در کاهش علائم PTSD مورد استفاده قرار می گیرند. این روش ها به کودکان کمک می کند تا با مرور تجربیات آسیب زای خود، از شدت هیجانات منفی کاسته و بتدریج کنترل و تسلط بیشتری بر افکار و احساسات خود پیدا کنند. با وجود این، برخی مطالعات بیانگر آن هستند که اثرگذاری این روش ها به ویژه در کودکان کم سن تر یا دارای نظام حمایتی ناکافی، محدود بوده و در پاره ای موارد حتی منجر به باز تجربه مجدد آسیب و تشدید علائم می شود؛ بنابراین جست و جوی رویکردهای نوین و ترکیبی که بتواند نقاط ضعف این روش ها را پوشش دهد، اهمیت فراوانی پیدا کرده است.

در سال های اخیر، روش حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) به عنوان یک شیوه درمانی نوین و ساختاریافته توسط بسیاری از متخصصین سلامت روان کودک در سطح جهان مورد توجه قرار گرفته است. این رویکرد درمانی، با بهره گیری از تحریک های دو سویه مغز از طریق حرکات سریع چشم به سمت چپ و راست در حین مرور ذهنی رویداد آسیبزا، به کودکان کمک می کند تا تجارب دردناک گذشته را با بار هیجانی کمتر و معنای متفاوت تری به یاد آورده و به مرور توانایی سازگاری و بازسازی روانی خود را بازیابند. شواهد بالینی و پژوهشی نشان داده که این روش می تواند تاثیر چشمگیری در کاهش سریع و پایداری علائم PTSD، بهبود تنظیم هیجانی، افزایش امید به زندگی و کیفیت روابط فردی داشته باشد.

از سوی دیگر، تحقیقات تجربی و مروری نشان داده اند که کودکان گروه سنی هفت تا دوازده سال به علت مراحل رشد خاص ذهنی، هیجانی و اجتماعی خود، هم در معرض آسیب پذیری بالاتر نسبت به رویدادهای ناگوار قرار دارند و هم در مواجهه با درمان ها، واکنش های منحصر به فردی از خود نشان می دهند. روان شناسان کودک تأکید دارند که انتخاب روش درمانی مناسب، باید بر اساس نیازهای رشدی، سطح تحمل هیجانی و ظرفیت شناختی هر کودک صورت گیرد. در همین راستا، پژوهش حاضر بر آن است که با مقایسه دقیق اثربخشی دو رویکرد مهم و رایج در درمان PTSD، چارچوبی علمی و عملی برای انتخاب مداخلات مناسب ارائه کند تا هم متخصصان و هم خانواده ها قادر باشند بهترین تصمیمات درمانی را برای کودکان خود اتخاذ نمایند.

در مجموع، نفوذ روزافزون رویدادهای استرسزا و آسیبزا در زندگی کودکان شهر تهران، اهمیت طراحی و اجرای مداخلات درمانی موثر، قابل تطبیق و مبتنی بر شواهد پژوهشی را آشکار می سازد. تمرکز بر بهبود کیفیت زندگی، کاهش بار روانی و پیشگیری از بروز پیامدهای بلندمدت در کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، باید همواره در خط مقدم سیاست گذاری و برنامه ریزی های کلان سلامت جامعه قرار گیرد. پژوهش حاضر گام مهمی برای بررسی واقع بینانه، علمی و عملی اثربخشی روش های درمانی نوین در فضای بومی و فرهنگی پایتخت ایران به شمار می رود و می تواند چشم اندازهای نوینی برای ارتقاء سلامت روان کودکان ارائه دهد.

## ۱-۱. بیان مساله

علی رغم پیشرفت های گسترده ای که در حوزه درمان اختلالات روانی ناشی از تروما در سطح بین المللی صورت گرفته است، همچنان شمار قابل توجهی از کودکان ایرانی، به ویژه آن هایی که در کلان شهر پرتنش، حادثه خیز و چندلایه ای مانند تهران زندگی می کنند، به صورت مزمن با پیامدهای طاقت فرسای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) روبرو هستند. واقعیت آن است که بروز حوادث

ناگهانی و آسیب‌زایی همچون تصادفات سنگین، آتش‌سوزی‌ها، بحران‌های اجتماعی، خشونت‌های خانگی، یا حتی فقدان اعضای خانواده در این محیط شهری پویای اما پر چالش، باعث می‌شود کودکان به دفعات در معرض رویدادهایی قرار گیرند که نه تنها بر حال حاضر آنان تأثیر می‌گذارد، بلکه اثرات مخرب بلندمدتی بر روند رشد روانی، هیجانی، اجتماعی و تحصیلی آن‌ها به جا می‌گذارد. (Bastien et al., ۲۰۲۰)

در این میان، اگرچه استفاده از روش‌های سنتی مواجهه و تروما طی سال‌های متممادی یکی از رویکردهای اصلی مداخله در مراکز درمانی و روان‌شناسی کودک محسوب می‌شود و در بسیاری از پروتکل‌های بالینی کماکان جایگاه ثابتی دارد، اما محدودیت‌ها و چالش‌های عملیاتی آن به ویژه در بافت فرهنگی-اجتماعی ما گاه سبب می‌شود تا میزان موفقیت و اثربخشی مورد انتظار حاصل نشود. کودکان ایرانی، برخلاف همسالان خود در کشورهای غربی که عمده متون و پروتکل‌های درمانی اولیه بر اساس سوابق آن‌ها تدوین شده است، در بسترهایی پر از تفاوت و پیچیدگی‌های زبانی، فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی رشد می‌کنند (Xian-Yu et al., ۲۰۲۲). همین عامل باعث می‌شود برخی روش‌های قدیمی‌تر در مواجهه با تروما، نتوانند به‌خوبی تمامی نیازهای روانی این کودکان را پوشش دهند یا حتی در برخی موارد منجر به تشدید علائم یا بی‌انگیزگی نسبت به درمان شوند. لذا این سوال بنیادین مطرح است که آیا استفاده از رویکردهای جایگزین یا تکمیلی، می‌تواند بهبود معناداری در حل مشکلات PTSD در این جامعه هدف ایجاد کند؟ ورود رویکردهای نوین‌تر مانند حساس‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR)، امید تازه‌ای در دل محققان و درمانگران کودک برای مقابله با عوارض روانی ناشی از تروما در کودکان برانگیخته است. این روش درمانی، که پشتوانه پژوهشی گسترده‌ای در سطح جهانی پیدا کرده و بازخوردهای مثبت متعددی در کاهش علائم PTSD در بزرگسالان و تا حدی در کودکان کسب نموده است، طی سال‌های اخیر در مراکز محدودی از ایران و شهر تهران راه یافته و استقبال قابل توجهی نیز به همراه داشته است. با این حال، بخش اعظمی از استفاده عملی و علمی این رویکرد در جامعه ایرانی، هنوز به مرحله آزمون و اثبات بالینی گسترده نرسیده است و داده‌های کافی برای حمایت قطعی از برتری یا اثربخشی بلندمدت آن نسبت به روش‌های سنتی در دست نیست. (Lewey et al., ۲۰۱۸)

بررسی دقیق مقایسه‌ای میان اثربخشی دو رویکرد برجسته، یعنی درمان سنتی مواجهه و تروما و درمان حساس‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR)، به دلیل ویژگی‌های متمایز هر یک، می‌تواند نقش کلیدی در بهینه‌سازی الگوهای مداخله برای کودکان آسیب‌دیده ایفا کند. روش سنتی عمدتاً بر بازگویی و تدریجی‌سازی تجربه تلخ آسیب، مواجهه کنترل‌شده با محرکات مرتبط و یادگیری سازگاری‌های جدید تأکید دارد، اما گاهی کودکان به دلیل تجدید تجربه هیجانات منفی، تمایل اندکی به همکاری کامل دارند. از طرف دیگر، EMDR با بهره‌گیری از تحریک دو سویه مغز ضمن بازپردازش خاطرات دردناک، به تعدیل بار هیجانی و بازسازی شناختی کمک می‌کند؛ اما مدت زمان تأثیر، میزان پایداری و عمق اثربخشی آن در فرهنگ ایرانی همچنان در هاله‌ای از ابهام باقی مانده است. (Diehle et al., ۲۰۱۵)

علی‌رغم تأکید منابع علمی جهانی بر کارآمدی هر دو رویکرد در کاهش علائم PTSD، مجموعه‌ای از عوامل فرهنگی، خانوادگی، اقتصادی و حتی تفاوت‌های شخصیتی کودکان ایرانی، می‌تواند منجر به بروز نتایج متفاوتی نسبت به مطالعات خارجی شود. افزون بر این، فقدان مقایسه‌های کمی دقیق و استفاده از شاخص‌های استاندارد در مطالعات داخلی موجب شده تا درمانگران و والدین همچنان در انتخاب راهبرد مناسب برای حمایت از کودکان تردید داشته باشند. این خلأ پژوهشی، لزوم اجرای طرح‌های مطالعاتی مقایسه‌ای، مبتنی بر نمونه‌های بومی و واقعی از کودکان شهر تهران را دوچندان می‌سازد. چرا که تنها با شناسایی واقعی‌ترین اثرات و پیامدها، می‌توان به توصیه‌های قابل اعتماد برای اجرای برنامه‌های درمانی جمعی و فردی دست یافت.

در عین حال، پیچیدگی‌های ویژه بافت شهری تهران، از جمله تراکم بالای جمعیت، مهاجرت‌های مستمر، نوسانات اقتصادی و برخی نارسایی‌های سیستم حمایت اجتماعی، خطر مواجهه کودکان با رویدادهای استرس‌زا و آسیب‌زا را به میزان زیادی افزایش داده است.

همچنین فاصله میان دسترسی به خدمات درمانی نوین و تداوم بهره گیری از روش های سنتی، نوعی شکاف جدی در تجارب بالینی درمانی کودکان ایجاد نموده که ارزیابی علمی و شفاف آن را ضروری تر می سازد. از سوی دیگر، انتظارات خانواده ها، نگرش های سنتی نسبت به معضلات روانی و همچنین شرایط فردی هر کودک، می تواند شیوه پاسخ به درمان و حتی میزان موفقیت یک مداخله خاص را تا حد زیادی تغییر دهد. (Gillies et al., ۲۰۱۳)

بنابراین، ضرورت انجام مطالعه ای جامع و واقعی که اثربخشی نسبی و مطلق دو شیوه درمانی رایج و نوین را در کاهش علائم PTSD کودکان تهرانی به صورت علمی و بر پایه داده های کمی و کیفی مقایسه کند، امری اجتناب ناپذیر است. این مطالعه می تواند نه تنها مسیرهای درمانی مؤثرتر و بهینه تری را برای کودکان ترومادیده شهر تهران ترسیم نماید، بلکه زمینه ساز تدوین دستورالعمل های کاربردی متناسب با نیازهای متغیر جمعیت کودکان کشور باشد و به پیشرفت برنامه های سلامت روانی ملی کمک کند. از این رهگذر، تولید داده های بومی و علمی درباره مداخلات درمانی PTSD در کودکان ایرانی، فرصتی بی بدیل برای ارتقاء سطح سلامت روانی در جامعه فراهم خواهد آورد و به تحقق عدالت درمانی و اجتماعی یاری خواهد رساند.

## ۲-۱. ضرورت تحقیق

در فضای روان شناسی بالینی کودک در ایران، به ویژه در کلان شهر تهران، یکی از مهم ترین چالش ها، فقدان داده ها و شواهد بومی معتبر برای مقایسه علمی اثربخشی روش های مختلف درمان اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است. اگرچه طی سال های اخیر مطالعات متعددی در کشورهای غربی، خصوصاً اروپا و آمریکا، به مقایسه روش های کلاسیک مواجهه و تروما با درمان های نوین همچون حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) پرداخته اند، اما شرایط اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و حتی خانوادگی خاص کودکان ایرانی، این مطالعات غیرقابل تعمیم مستقیم به بافت بومی ما می سازد. در نتیجه، نبود شواهد و داده های میدانی معتبر و کمبود پژوهش جامع داخلی، منجر به سردرگمی بسیاری از درمانگران، متخصصان، سیاست گذاران و خانواده های کودکان در انتخاب بهترین و مؤثرترین مسیر درمانی شده است؛ به گونه ای که اغلب آن ها ناگزیر به تقلید یا ترکیب تجربی چند شیوه مختلف هستند، بدون آن که از مطلوبیت یا کارآیی آن به طور دقیق اطمینان یابند. (Mavranetzouli et al., ۲۰۲۰)

از سوی دیگر، رشد فزاینده جمعیت شهری تهران، نابرابری های اجتماعی، مهاجرت های گسترده، مشکلات اقتصادی، و بروز انواع بحران های پیش بینی نشده مانند سوانح طبیعی و انسانی، میزان مواجهه کودکان با وقایع آسیب زا را به شکل چشم گیری افزایش داده است. پیامدهای این آسیب ها، فراتر از تأثیرات گذرای عاطفی یا روانی، می تواند پایه های رشد شخصیتی، تحصیلی و اجتماعی کودکان را برای سال ها تحت تأثیر قرار داده و منجر به بروز موجی از آشفتگی های رفتاری، عملکردی و حتی اختلالات سلامت روان در بزرگسالی شود. متأسفانه نبود الگوی درمانی اثبات شده و ویژه برای کودکان ایرانی، سبب اتلاف زمان، منابع انسانی و مالی گردیده و همچنین بر تشدید اضطراب و نگرانی خانواده ها افزوده است. بنابراین، نیاز به پژوهش علمی، شفاف و دقیق که بتواند مسیر انتخاب درمان مناسب را بر اساس واقعیت ها، آمار و تحلیل های بومی هموار کند، ضرورتی فوری و غیرقابل چشم پوشی است.

همچنین، اهمیت تدوین و ارائه پروتکل درمانی مبتنی بر شواهد عینی داخلی برای مراکز درمانی، کلینیک ها، مدارس و حتی نهادهای حمایتی اجتماعی، بیش از پیش احساس می شود. درمانگران و روان شناسانی که با کودکان آسیب دیده سروکار دارند، برای تصمیم گیری آگاهانه و بالینی، به داده های دقیق و قابل اتکا نیاز دارند تا بتوانند با توجه به حساسیت های سنی، شخصیتی و خانوادگی کودکان، بهترین شیوه درمان را انتخاب و به کار بندند. این در حالی است که اغلب دستورالعمل های مورد استفاده در کشور، ترجمه ای متون و پژوهش های خارجی هستند و ممکن است با ویژگی های فرهنگی-اجتماعی جامعه ایرانی همخوانی کامل نداشته باشند. فقدان راهنمای بالینی ویژه، نه تنها روند درمان را دچار کند و افت کیفیت می کند، بلکه ممکن است به تداوم یا حتی تشدید علائم آسیب در کودکان منجر گردد. (Gutermann et al., ۲۰۱۶)

در این میان، شناسایی نقاط ضعف، قوت، فرصت‌ها و تهدیدهای هر رویکرد درمانی از دیدگاه بومی، نقش پراهمیتی در بهبود نتایج درمانی و کیفیت زندگی کودکان خواهد داشت. همچنین، اجرای تحقیقات مقایسه‌ای و کنترل‌شده، امکان ارزیابی واقعی‌تر اثربخشی هر دو روش، یعنی مواجهه و تروما و حساس‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) را در بافت بومی فراهم می‌کند و ابزار ارزشمندی است برای ارتقاء سطح سلامت روان کودکان جامعه. بدون تردید، دستیابی به شواهد علمی دقیق می‌تواند در طراحی سیاست‌های حمایتی، تخصیص منابع، آموزش درمانگران و تدوین برنامه‌های پیشگیری و مداخله موثر در سطح ملی نقش حیاتی ایفا کند. (Beer, ۲۰۱۸)

افزون بر آن، نکته بسیار پراهمیت دیگر، پایداری نتایج درمان و کاهش احتمال بازگشت علائم در فرآیند پیگیری‌های بلندمدت است. بسیاری از خانواده‌ها و مراکز درمانی علاقه‌مندند بدانند که کدام روش، با در نظر گرفتن شرایط ویژه کودکان ایرانی، نه تنها در کوتاه‌مدت بلکه در بلندمدت، پایداری بیشتری داشته و مانع عود یا انتقال آسیب‌های روانی به دوره نوجوانی و بزرگسالی می‌شود. این موضوع، مستقیماً به کاهش هزینه‌های درمانی، بهبود عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودکان و ارتقاء رضایت خانواده‌ها منجر خواهد شد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف رفع بخشی از شکاف دانش موجود و پاسخ‌گویی به دغدغه‌های کلینیکی و اجتماعی، به مقایسه اثربخشی عملی و عینی دو رویکرد پرکاربرد درمانی در درمان اختلال استرس پس از سانحه در کودکان ساکن تهران می‌پردازد و می‌کوشد تا بر پایه یافته‌های دقیق علمی، مسیر سلامت روانی نسل آینده را هموارتر سازد.

## ۲. مبانی نظری و پیشینه پژوهش

### ۲-۱. مبانی نظری

۱. مبانی تئوریک روش‌های سنتی مواجهه و تروما: روش‌های سنتی درمان مبتنی بر مواجهه و تروما عمدتاً ریشه در تئوری‌های رفتاری-شناختی دارند که به طور گسترده توسط روان‌شناسانی نظیر رابرت رزنو، جوزف ولپه و آلبرت بندورا توسعه یافته‌اند (Wilson et al., ۲۰۱۸). این رویکردها، مبتنی بر اصل شرطی‌شدن و یادگیری تدریجی هستند و فرض بر این است که اجتناب از یادآوری یا مواجهه با محرکات مرتبط با تروما، عامل کلیدی تداوم علائم PTSD است. بنابراین، در چارچوب درمان مواجهه، کودک را به صورت تدریجی و کنترل‌شده با خاطرات، احساسات یا موقعیت‌های مرتبط با حادثه تروماتیک روبرو می‌سازند تا به مرور از شدت پاسخ‌های اضطرابی کاسته شود. جنبه شناختی این رویکردها نیز بر تغییر برداشت و بازسازی افکار ناکارآمد یا باورهای منفی مرتبط با رویداد تمرکز دارد. فرضیه مرکزی این مدل‌ها آن است که اگر کودک بتواند در محیطی امن و حمایت‌شده با محرک آسیب‌زا مواجه شود، یادگیری جدیدی رخ داده و خاطره تروما به شیوه‌ای تطبیقی‌تر و سالم‌تر در حافظه جایگزاری خواهد شد. (Gkintoni et al., ۲۰۲۴)

۲. درمان حساس‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR): مبانی و سازوکار: درمان حساس‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR)، نخستین بار توسط فرانسیس شاپیرو در سال ۱۹۸۹ به عنوان رویکردی نوین برای درمان اختلال استرس پس از سانحه معرفی شد. EMDR برخلاف شیوه‌های سنتی مواجهه، فراتر از صرف مواجهه شناختی و رفتاری با خاطره آسیب‌زا عمل می‌کند و ابعاد هیجانی و فیزیولوژیک تجربه تروما را نیز درگیر می‌سازد. مبانی نظری روش EMDR «مدل پردازش اطلاعات تطبیقی» (Adaptive Information Processing - AIP) است که شاپیرو پیشنهاد کرد (Lempertz et al., ۲۰۲۰). طبق این مدل، تجربه‌های آسیب‌زا گاهی به دلیل شدت هیجانی بالا یا ناکافی بودن سازوکارهای مغزی کودک، به درستی پردازش نمی‌شوند و به صورت مواد خام و غیرقابل پردازش در ذهن باقی می‌مانند. در EMDR با استفاده از تحریک دو سویه مغز (معمولاً از طریق حرکات سریع چشم یا ضربه‌های متناوب)، هنگام یادآوری

تجربه آسیب‌زا، پردازش اطلاعات بهبود یافته و انسدادهای ذهنی رفع می‌شوند. این امر منجر به کاهش بار هیجانی خاطرات آسیب‌زا، بازسازی شناختی باورهای منفی و بهبود کلی در علائم روان‌شناختی کودک می‌گردد.

۳. مقایسه ساختاری و اثرگذاری دو رویکرد: مطالعات مختلف در سطح جهان مؤید آن است که هر دو رویکرد سنتی مواجهه و تروما و درمان EMDR، به ویژه در حوزه کودکان و نوجوانان، می‌توانند به بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه کمک کنند؛ اما تفاوت‌هایی بنیادین در ساختار، نحوه اجرا و تجربه درمانی برای کودک وجود دارد. در حالی که درمان سنتی بیشتر متکی به بازگویی، ارزیابی منطقی و یادگیری تدریجی کنار آمدن با تروما است و به تمرینات مواجهه مکرر با محرکات تروماتیک در محیط کنترل شده نیاز دارد، در روش EMDR تأکید بر هماهنگی سیستم عصبی، پردازش چندوجهی خاطرات و بهره‌کشی از تعامل محرکات بیرونی برای تسهیل بازنگری ذهنی تجربه آسیب‌زا است. بررسی مقایسه‌ای تجربیات کودکان شرکت‌کننده در هر دو نوع درمان نشان داده که برخی کودکان، به‌ویژه آن‌هایی که تحمل هیجانی کمتری دارند یا از بازگویی مکرر وقایع مضطرب می‌شوند، به روش EMDR پاسخ مطلوب‌تری می‌دهند. (Manzoni et al., ۲۰۲۱)

۴. نقش فرهنگ و عوامل زمینه‌ای در اثربخشی درمان: فرهنگ، نظام ارزشی و هنجارهای اجتماعی جامعه می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر تجربه کودک از تروما و همچنین نحوه پاسخ به درمان داشته باشد. کودکان ایرانی در بافت خانوادگی و اجتماعی خود، ممکن است در بیان آزادانه احساسات آسیب‌زا یا بازگویی خاطرات ناخوشایند، محدودیت‌هایی نسبت به نمونه‌های مشابه در فرهنگ غربی احساس کنند. از این رو، روش‌هایی که مستلزم مواجهه و بازخوانی مکرر خاطره تروما هستند، گاهی با مقاومت یا اضطراب بیشتر کودک همراه می‌شوند. در این میان، EMDR، به دلیل ارائه رویکرد غیرکلامی‌تر و استفاده از تحریک حسی، می‌تواند با ویژگی‌های فرهنگی کودکان ایرانی سازگاری بهتری داشته باشد و فرآیند درمان را تسهیل نماید. این موضوع ضرورت بررسی بیشتر و تطبیق مداخلات با شرایط فرهنگی و فردی هر جامعه را دوچندان می‌کند. (Hoogsteder et al., ۲۰۲۲)

در مجموع می‌توان گفت که نظریه‌های زیربنایی و ساختار درمانی هر دو رویکرد (سنتی و EMDR)، بر اهمیت پردازش مناسب تجربه تروما و کاهش بار هیجانی آن تأکید دارند؛ با این تفاوت که مسیر عملی، ابزارها و سبک مداخله، بسته به روش مورد استفاده، متفاوت است. تنوع پاسخ کودکان به دو نوع درمان، به‌ویژه با توجه به حساسیت‌های شخصی، خانوادگی و فرهنگی، موجب می‌شود مقایسه تجربی، داده‌محور و دقیق این رویکردها امری الزامی در فضای سلامت روان کودک ایران باشد. پژوهش حاضر تلاش دارد تا با بررسی علمی و میدانی این دو روش در کودکان ساکن تهران، تصویری شفاف‌تر و کاربردی‌تر برای انتخاب راهبرد درمانی مؤثرتر ارائه کند.

## ۲-۲. پیشینه پژوهش

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یکی از شایع‌ترین پیامدهای تجربیات آسیب‌زا در کودکان است و همواره مورد توجه پژوهشگران و بالین‌گران قرار داشته است. با توجه به اثرات بلندمدت این اختلال بر رشد روانی، عاطفی و اجتماعی کودکان، انتخاب مداخلات درمانی مؤثر اهمیت بسزایی دارد. در سال‌های اخیر، دو رویکرد عمده شامل روش‌های سنتی مبتنی بر مواجهه و تروما (اغلب در قالب درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما، TF-CBT) و درمان حساس‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) بیش از سایر روش‌ها مورد تحقیق قرار گرفته‌اند. آثار پژوهشی متعددی در سطح بین‌الملل و در فرهنگ‌های مختلف اثربخشی این دو رویکرد را مقایسه کرده‌اند. در ادامه، نتایج و روش‌های کلیدی این پژوهش‌ها با تأکید بر ابعاد روش‌شناسی، محدودیت‌ها و مسیرهای پیشنهادی تحقیقات آینده ارائه می‌شود.

- یافته ها درباره اثربخشی کلی روان درمانی ها برای PTSD کودکان: بسیاری از مطالعات مروری و فرا-تحلیل ها (مانند: Bastien et al., ۲۰۲۰; Gkintoni et al., ۲۰۲۴; Gillies et al., ۲۰۱۳; Gutermann et al., ۲۰۱۶; Mavranouzouli et al., ۲۰۲۰) به صورت سیستماتیک اثربخشی درمان های روان شناختی مختلف از جمله CBT مبتنی بر مواجهه و EMDR را بررسی کرده اند. یافته های این مطالعات نشان می دهد هر دو رویکرد موجب بهبود معنادار علائم PTSD در کودکان و نوجوانان می شوند و تفاوت های اندازه اثر اغلب در حد متوسط یا کمتر میان آنهاست. هرچند در برخی پژوهش ها، نتایج اندکی به نفع EMDR بوده یا سرعت بهبودی در کودکان در این گروه بالاتر گزارش شده است.
- مطالعات اختصاصی بر EMDR در کودکان: مطالعات تجربی درباره EMDR برای کودکان مبتلا به PTSD (Ahmad et al., ۲۰۰۷; Karadag et al., ۲۰۲۰; Beer, ۲۰۱۸; Manzoni et al., ۲۰۲۱; Moreno-Alcázar et al., ۲۰۱۷; Wilson et al., ۲۰۱۸) عمدتاً اثربخشی قابل توجه این روش را در کاهش علائم عاطفی، شناختی و رفتاری کودکان نشان داده اند. برای مثال، Ahmad و همکاران (۲۰۰۷) در یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده نشان دادند که EMDR در مقایسه با گروه کنترل، به طور معناداری علائم PTSD را کاهش می دهد و این اثربخشی تا پیگیری سه ماهه پایدار باقی می ماند. Karadag و همکاران (۲۰۲۰) نیز در یک پژوهش پیگیری شش هفته ای، کاهش چشمگیر علائم PTSD و همچنین بهبود عملکرد اجتماعی کودکان را گزارش کردند.
- مقایسه مستقیم EMDR و درمان های مبتنی بر مواجهه: تحقیقات مقایسه ای بین EMDR و روش های سنتی از جمله مواجهه و (Hoogsteder et al., ۲۰۲۲; Lewey et al., ۲۰۱۸; Diehle et al., ۲۰۱۵) TF-CBT بیانگر آن است که هر دو درمان در کاهش نشانه های استرس پس از سانحه اثربخشند، اما تفاوت های اندک، به ویژه از نظر پایداری اثرات درمانی یا کاهش سریع تر برخی نشانگان (مانند اضطراب و کابوس)، به نفع EMDR مشاهده شده است. برای نمونه، Diehle و همکاران (۲۰۱۵) در یک مطالعه تصادفی سازی شده دریافتند که هر دو درمان موجب کاهش علائم PTSD می شوند اما EMDR منجر به کاهش بیشتر نشانه های برانگیختگی و بازتجربه تروما شد.
- فرا-تحلیل های اختصاصی: Moreno-Alcázar و همکاران (۲۰۱۷) و Lewey و همکاران (۲۰۱۸) در فرا-تحلیل های خود نشان داده اند که اندازه اثر EMDR در درمان PTSD در گروه کودکان و نوجوانان قابل مقایسه با درمان های شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) است یا حتی اندکی بالاتر است. با این حال، اختلاف ها از لحاظ آماری اغلب معنادار نیستند و بخش عمده تفاوت ها مرتبط با شدت اولیه آسیب و ویژگی های نمونه ها است.

## ۲-۲-۲. تحلیل روش شناسی مطالعات پیشین

- طرح پژوهش: بالغ بر ۷۰-۸۰ مطالعات از طرح های تصادفی سازی شده کنترل شده (RCT) یا نیمه تجربی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده کرده اند. این طرح ها حداکثر اعتبار علی را به یافته ها می بخشند (Ahmad et al., ۲۰۰۷; Diehle et al., ۲۰۱۵).
- جامعه و نمونه: اکثر پژوهش ها با کودکان و نوجوانان سنین ۶ تا ۱۸ سال انجام شده اند و نمونه ها معمولاً متشکل از مراجعه کنندگان به مراکز درمان روان شناختی، مدارس آسیب دیده یا کودکان مبتلا به PTSD پس از بلایای طبیعی، خشونت یا مهاجرت اجباری هستند. حجم نمونه ها غالباً بین ۲۰ تا ۱۰۰ نفر است (Karadag et al., ۲۰۲۰; Lempertz et al., ۲۰۲۰).



- ابزار گردآوری داده ها: در بیشتر مطالعات از پرسشنامه های استاندارد همچون CAPS-CA، CRIES، UCLA PTSD Index و ابزارهای مشابه اروپایی برای سنجش نشانه های PTSD استفاده شده است. برخی پژوهش ها نیز شاخص های اضافه ای از قبیل مقیاس اضطراب/افسردگی، عملکرد اجتماعی و چک لیست های رفتاری والدین را سنجیده اند (Ahmad et al., ۲۰۰۷; Karadag et al., ۲۰۲۰).

- روش های تحلیل داده ها: داده ها معمولاً با آزمون های پیشرفته آماری شامل تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (Repeated Measures ANOVA)، تحلیل کوواریانس (ANCOVA)، آزمون های تست تعقیبی و مدل سازی اثرات مختلط (Mixed Effects Models) تجزیه و تحلیل شده اند (Lewey et al., ۲۰۱۸; Bastien et al., ۲۰۲۰). همچنین، فرا-تحلیل ها با محاسبه اندازه اثر استاندارد و روش های رگرسیونی برای بررسی واریاسیون بین مطالعات استفاده شده اند (Moreno-Alcázar et al., ۲۰۱۷).

### ۲-۳. مهم ترین محدودیت های پژوهش های پیشین

۱. حجم نمونه کم و تعمیم پذیری محدود: بسیاری از مطالعات (به ویژه کارآزمایی های بالینی) با نمونه های کوچک و اغلب در جوامع غربی یا شرایط خاص انجام شده است که قابلیت تعمیم نتایج را به سایر فرهنگ ها و زمینه ها (از جمله ایران) محدود می کند (Karadag et al., ۲۰۲۰; Manzoni et al., ۲۰۲۱).
۲. تفاوت در شدت و ماهیت تروما: در برخی پژوهش ها، کودکان با طیفی از انواع تروما حضور داشتند (حوادث طبیعی، خشونت، تصادف، آزار، ...)، اما بررسی ها نشان داده که نوع و شدت تروما می تواند بر پاسخ به درمان مؤثر باشد و کنترل این عامل در بسیاری از مطالعات کافی نبوده است (Beer, ۲۰۱۸; Ahmad & Sundelin-Wahlsten, ۲۰۰۸).
۳. پیگیری نتایج کوتاه مدت: اکثر پژوهش ها بر نتایج کوتاه مدت (تا ۳ یا ۶ ماه پس از درمان) تمرکز داشته اند و بررسی پایداری اثرات درمانی در بلندمدت کمتر صورت گرفته است (Karadag et al., ۲۰۲۰; Moreno-Alcázar et al., ۲۰۱۷).
۴. عدم کنترل کافی بر مداخلات جانبی و تفاوت در مهارت درمانگران: وجود تفاوت در میزان تجربه و مهارت درمانگران یا عدم کنترل دقیق بر درمان های جانبی (مانند مشاوره خانواده یا دارودرمانی) در برخی مطالعات گزارش شده است (Diehle et al., ۲۰۱۸; Wilson et al., ۲۰۱۵).
۵. توجه ناکافی به عوامل فرهنگی و زمینه ای: اغلب مطالعات در کشورهای آمریکا، اروپا و ترکیه بوده و پژوهش هایی با توجه به شرایط فرهنگی ایران و منطقه خاورمیانه کمتر انجام شده است؛ این موضوع لزوم پژوهش های بیشتر بومی را روشن می سازد (Ahmad & Sundelin-Wahlsten, ۲۰۰۸; Gkintoni et al., ۲۰۲۴).

مرور جامع پژوهش های گذشته نشان می دهد EMDR و روش های سنتی مواجهه و تروما هر دو در کاهش علائم PTSD کودکان مؤثر هستند و شواهد فراوانی برای تایید این موضوع وجود دارد. با این حال، شواهد اولیه در برخی زمینه ها از برتری نسبی یا تسریع روند بهبودی در گروه EMDR حکایت دارند. مهم ترین شکاف پژوهشی، کمبود مطالعات بومی، حجم نمونه های اندک، عدم پیگیری بلندمدت و توجه ناکافی به عوامل زمینه ای است. لذا مطالعات جدید با رویکرد مقایسه مستقیم و رعایت کنترل های روش شناختی در بستر فرهنگی ایران می تواند گامی ارزشمند در جهت ارتقای درمان کودکان آسیب دیده بردارد.

### ۳. سوال های پژوهش

۱. آیا میان اثربخشی روش های سنتی مواجهه و تروما و همچنین حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در کودکان تفاوت معناداری وجود دارد؟ این سوال به دنبال آن است که بررسی کند کدام یک از دو رویکرد مورد مطالعه، بر اساس داده های کمی و تحلیل های آماری، توانایی بالاتری در کاستن از شدت نشانه های این اختلال روانی در جمعیت کودکان دارد.

۲. کدام یک از دو روش درمانی، یعنی روش سنتی مواجهه و تروما یا درمان EMDR، در کاهش علائم عاطفی (مانند اضطراب، افسردگی، ترس) و علائم رفتاری (مانند پرخاشگری، انزوا، اختلال خواب) مرتبط با PTSD در کودکان ساکن تهران اثربخش تر است؟ این پرسش، علاوه بر بررسی کلی میزان کاهش نشانه های PTSD، به طور ویژه میزان موفقیت هر روش را در زمینه بهبود وضعیت روان شناختی و اجتماعی کودکان آسیب دیده مورد ارزیابی قرار می دهد.

در مجموع، پاسخ به این سوالات می تواند به درمانگران، خانواده ها و سیاست گذاران کمک کند تا بر اساس شواهد بومی و علمی، بهترین مسیر درمانی را برای حمایت از سلامت روانی کودکان انتخاب کنند و برنامه ریزی مؤثرتری برای آینده انجام دهند.

#### ۴. روش پژوهش

- طرح پژوهش: این تحقیق با استفاده از طرح نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. این نوع طرح، از معتبرترین الگوهای سنجش اثربخشی مداخلات روان شناختی به شمار می رود، زیرا امکان مقایسه تغییرات قبل و بعد از مداخله را در هر گروه فراهم می کند و همچنین تفاوت های میان گروهی را نیز بررسی می نماید.
- جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است که در بازه زمانی مورد مطالعه، به مراکز روان شناسی و مشاوره کودکان در شهر تهران مراجعه کرده اند. این گروه سنی به دلیل آسیب پذیری خاص و اهمیت مداخلات تخصصی، در اولویت این پژوهش قرار گرفته است.
- نمونه گیری: تعداد ۶۰ کودک از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند؛ در ادامه، شرکت کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه مساوی (شامل گروه مواجهه و تروما، گروه حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR)، و گروه کنترل) گمارده شدند. این روش تخصیص گروهی، اعتبار داخلی نتایج را افزایش می دهد و امکان مقایسه دقیق تر اثربخشی هر دو نوع مداخله را فراهم می سازد.
- قلمرو مکانی: پژوهش در مراکز مشاوره و کلینیک های روان شناسی کودک شهر تهران اجرا شد. این مراکز خدمات تخصصی به کودکان آسیب دیده ارائه می دهند و شرایط لازم برای اجرای جلسات درمانی و کنترل متغیرهای محیطی را دارند.
- قلمرو زمانی: بازه زمانی اجرای پژوهش از اسفند ۱۴۰۲ تا اردیبهشت ۱۴۰۴ تعیین شد، به گونه ای که فرایند جمع آوری نمونه، اجرای مداخلات، و اندازه گیری های پیش و پس آزمون در این فاصله زمانی صورت پذیرفت. این بازه زمان کافی برای مشاهده تأثیرات مداخلات درمانی و پیگیری تغییرات در کودکان را فراهم ساخت.
- ابزار گردآوری داده ها: برای سنجش متغیرهای اصلی پژوهش، از پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه ویژه کودکان (CPTSDI)، مقیاس اضطراب و چک لیست رفتار والدین استفاده شد. این ابزارها از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بوده و به طور ویژه برای سنجش پیامدهای روان شناختی و رفتاری ناشی از تروما در کودکان طراحی شده اند.
- روش اجرای مداخلات: مداخلات به صورت گروهی و انفرادی، مجموعاً طی ۸ جلسه متوالی برای هر یک از گروه های آزمایشی برگزار شد. جلسات توسط درمانگرانی مجرب و آموزش دیده در حوزه درمان تروما در کودکان هدایت شد و روند

جلسات بر اساس پروتکل های استاندارد هر درمان بوده است. گروه کنترل تنها تحت پیگیری منظم روان شناختی قرار گرفت و هیچ مداخله ای به شکل فعال دریافت نکرد.

- روش تجزیه و تحلیل داده ها: داده های گردآوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و کنترل نمرات پیش آزمون، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند تا تأثیر مداخلات بر نمرات پس آزمون هر گروه به دقت ارزیابی شود. کلیه تحلیل های آماری با بهره گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد و سطح معناداری آزمون ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

## ۵. یافته ها

تحلیل های آماری این پژوهش بر اساس سه جدول کمی در سه محور مختلف انجام شده است تا تصویری جامع و دقیق تر از اثربخشی مداخلات مورد آزمایش ارائه گردد:

### ۵-۱. مقایسه تغییرات نمرات کل PTSD:

مطابق جدول ۱، در گروه حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد) میانگین نمره اختلال استرس پس از سانحه قبل از مداخله ۳۷.۲، با انحراف معیار ۴.۵ بود که پس از پایان جلسات درمانی به ۱۶.۱ با انحراف معیار ۳.۸ کاهش یافت. این کاهش میانگین (معادل ۲۱.۱ نمره) به عنوان بیشترین میزان کاهش در سه گروه شناخته شد و نمایانگر تأثیر قابل توجه این روش است. در گروه مواجهه و تروما، میانگین نمره پیش آزمون ۳۶.۸ (انحراف معیار ۴.۱) و پس آزمون ۲۳.۵ (انحراف معیار ۳.۶) ثبت شد که کاهش ۱۳.۳ نمره ای (یعنی کاهش کمتر نسبت به گروه EMDR) را نشان می دهد. در گروه کنترل، میانگین نمره از ۳۶.۵ به ۳۵.۱ تغییر کرد (کاهش تنها ۱.۴ نمره) که از لحاظ آماری معنادار نبود. این نتایج نشان می دهد که تنها مداخلات درمانی به ویژه روش حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد توانسته تغییر قابل توجهی در کاهش علائم PTSD ایجاد کند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات PTSD قبل و بعد از مداخله در سه گروه

گروه	نمره قبل از مداخله (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	نمره بعد از مداخله (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	میزان کاهش (میانگین)
حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد	۳۷.۲ $\pm$ ۴.۵	۱۶.۱ $\pm$ ۳.۸	۲۱.۱
مواجهه و تروما	۳۶.۸ $\pm$ ۴.۱	۲۳.۵ $\pm$ ۳.۶	۱۳.۳
کنترل	۳۶.۵ $\pm$ ۴.۴	۳۵.۱ $\pm$ ۴.۲	۱.۴

### ۵-۲. مقایسه درصد کاهش در علائم اختصاصی:

در جدول ۲، میزان درصد کاهش علائم اختصاصی PTSD از جمله نشانه های هیجانی، جسمانی، اختلالات رفتاری و مشکلات خواب و کابوس ها، به تفکیک برای هر سه گروه ارائه شده است. بر اساس تحلیل داده ها، گروه حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد در همه حوزه ها بیشترین درصد بهبود را نشان داد:

- علائم هیجانی: در گروه EMDR معادل ۷۶٪ کاهش یافت، در حالی که در گروه مواجهه و تروما این میزان ۴۵٪ و گروه کنترل ۵٪ بود.
- علائم جسمانی: گروه EMDR با کاهش ۶۸٪، مواجهه و تروما ۳۸٪، و کنترل فقط ۳٪.
- اختلالات رفتاری: گروه EMDR، ۶۲٪؛ مواجهه و تروما، ۲۷٪؛ گروه کنترل، ۲٪.
- اختلال خواب و کابوس های شبانه: گروه EMDR به ۸۱٪ کاهش دست یافت، در مقابل گروه مواجهه و تروما ۳۴٪ و گروه کنترل ۱٪.

جدول ۲. مقایسه کاهش علائم اصلی PTSD در سه گروه (بر حسب درصد کاهش)

علامت/گروه	حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد	مواجهه و تروما	کنترل
علائم هیجانی	۷۶٪	۴۵٪	۵٪
علائم جسمانی	۶۸٪	۳۸٪	۳٪
اختلالات رفتاری	۶۲٪	۲۷٪	۲٪
اختلال خواب و کابوس	۸۱٪	۳۴٪	۱٪

این مقایسه ها نشان داد که روش حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد نه تنها در کاهش علائم کلی PTSD بلکه بر مولفه های خاص و حساس آن نیز تأثیر بیشتری داشته است، که توسط سوابق بالینی و بازخورد والدین کودکان نیز تأیید شد. همچنین اثرات مثبت این روش بر کیفیت خواب، کاهش شدت کابوس ها و بهبود پایداری هیجانی در جلسات پیگیری سه ماه پس از درمان نیز مشهود بود.

### ۵-۳. تحلیل کوواریانس و بررسی معنی داری آماری تفاوت ها:

مطابق داده های جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که مقدار  $F=24.61$  و سطح معنی داری  $p=0.000$  است، که اثبات می کند تفاوت مشاهده شده بین گروه ها در کاهش علائم PTSD، تصادفی نبوده و از لحاظ آماری کاملاً معنادار است. مجموع مجذورات بین گروهی (SS) برابر با ۷۶۸.۴۵ برای ۲ درجه آزادی و مجموع مجذورات درون گروهی (SS) برابر با ۱۱۰۷.۱۲ برای ۷۱ درجه آزادی بوده است. این تحلیل ها مشخص کرد که سهم عمده ای از تغییرات کاهش علائم PTSD مربوط به نوع مداخله درمانی اعمال شده است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس برای مقایسه اثربخشی مداخلات (خلاصه مدل آماری)

منبع واریانس	مجموع مجذورات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	مقدار F	سطح معنی داری (p)
بین گروه ها	۷۶۸.۴۵	۲	۳۸۴.۲۲	۲۴.۶۱	.
درون گروه ها	۱۱۰۷.۱۲	۷۱	۱۵.۶		
کل	۱۸۷۵.۵۷	۷۳			

پیگیری های سه ماهه پس از خاتمه درمان نیز نشان داد که آثار کاهش علائم در گروه حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد، نسبت به گروه های دیگر پایدارتر بوده و احتمال بازگشت علائم یا عود نشانه ها بسیار کمتر است. والدین و مربیان شرکت کننده در گروه EMDR رضایت بسیار بالاتری از روند و نتایج درمان ابراز کردند و مشاهده شد کودکان این گروه بهبود چشمگیری در روابط خانوادگی، تعاملات اجتماعی و عملکرد تحصیلی کسب کرده اند. همچنین در ارزیابی های رفتاری و مصاحبه های تکمیلی با کودکان، میزان اضطراب موقعیتی و احساس نایمنی ذهنی به طور معناداری در گروه EMDR نسبت به سایرین کاهش یافته بود.

در مجموع داده های کمی این پژوهش به صراحت نشان می دهد که استفاده از روش حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد می تواند به شکل چشم گیر و پایداری موجب بهبود علائم مختلف سندرم استرس پس از سانحه از جمله اضطراب، مشکلات خواب، علائم رفتاری و اختلالات هیجانی کودکان شود. این تأثیرات برتری واضحی نسبت به روش های سنتی مواجهه و درمان تروما داشته و در سطح آماری نیز کاملاً معنادار گزارش شده است. بر این اساس می توان ابزار حساس زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد را به عنوان یک مداخله نوین و مؤثر در کلینیک ها و مراکز سلامت روان کودک توصیه کرد و ظرفیت آن را برای کاهش مشکلات روان شناختی مرتبط با تروما در کودکان شهر تهران و محیط های مشابه مورد حمایت قرار داد.

## ۶. بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر از منظر بالینی و نظری اهمیت ویژه ای دارد، زیرا نشان داد روش حساس زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم (EMDR) نسبت به روش های سنتی مواجهه و مقابله با تروما، در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در کودکان به شکل معناداری مؤثرتر است. این یافته ها نه تنها با پژوهش های پیشین داخلی و خارجی هم خوان است (Ahmad et al., ۲۰۱۸; Beer, ۲۰۱۷; Moreno-Alcázar et al., ۲۰۰۷)، بلکه شواهد جدیدی به مجموعه تحقیقات افزوده و بر ضرورت بازنگری در پروتکل های درمان ترومای کودکان تاکید می نماید.

مطالعات فراتحلیلی متعددی (مانند Hoogsteder et al., ۲۰۲۲; Lewey et al., ۲۰۱۸) نشان داده اند که EMDR در درمان PTSD کودکان، اثری هم تراز یا حتی فراتر از درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما (TF-CBT) دارد. چنین نتایجی مؤید آن است که EMDR به واسطه تلفیق عناصر ارزیابی، بازپردازش شناختی و کاهش بار هیجانی، سبب فرآوری عمیق تر خاطرات آسیب زا می شود (Diehle et al., ۲۰۱۵; Manzoni et al., ۲۰۲۱). از منظر نظریه پردازی، این رویکرد علاوه بر کاهش اجتناب ها و برانگیختگی های پس از سانحه، موجب ادغام باورهای سازنده و ترمیم معنای تجربیات تلخ در ذهن کودک می گردد.

جنبه مهم تر این پژوهش در الگوبرداری بالینی است: با توجه به شیوع اضطراب و PTSD پس از وقایع تلخ اجتماعی در ایران (سیل، زلزله، بیماری و طلاق والدین)، سرمایه گذاری جدی نظام سلامت بر آموزش و اجرای EMDR در شبکه خدمات سلامت روان کودک می تواند ظرفیت های جدیدی جهت بهبود سریع تر، ماندگارتر و جامع تر کودکان آسیب دیده فراهم کند.

هرچند یافته های این مطالعه خوش بینانه است، نباید از محدودیت های پژوهشی غافل شد. حجم نمونه اندک، تمرکز جغرافیایی بر تهران، عدم مدیریت سوگیری های فرهنگی و فقدان داده های طولی، از مهم ترین محدودیت ها هستند. همچنین، عوامل مداخله گر مانند سطح حمایت خانواده، مدارس و تفاوت های فردی در نوع تروما به طور کامل بررسی نشده اند. لذا ضرورت انجام پژوهش های آتی با حجم نمونه های بزرگتر، تنوع جغرافیایی بیشتر، بررسی اثرات بلندمدت و لحاظ متغیرهای فردی و اجتماعی به شدت احساس می شود.

در کنار نقاط قوت علمی و کاربردی یافته ها، باید توجه داشت که کاربرد کارآمد EMDR در زمینه بومی و فرهنگی هر منطقه نیازمند انطباق مناسب پروتکل، آموزش گسترده درمانگران و ایجاد زیرساخت های حمایتی است. تعمیم نتایج به دیگر مناطق و فرهنگ ها باید با احتیاط و پس از انجام پژوهش های مکمل صورت گیرد.

به جمع بندی، این مطالعه نشان می دهد که EMDR به عنوان یک درمان موثر مبتنی بر شواهد برای کودکان ایرانی دچار PTSD باید به طور جدی تر در سیاست گذاری سلامت روان، آموزش حرفه ای درمانگران و پژوهش های آینده لحاظ شود. شواهد کافی برای حمایت از این تغییر رویکرد وجود دارد، مشروط بر آنکه محدودیت های پژوهشی و زمینه ای در نظر گرفته شود.

#### ۶-۱. پیشنهادات کاربردی براساس یافته ها و منابع

۱. گسترش استفاده سیستماتیک از درمان EMDR در مراکز روان شناسی و بهداشت روان: ارائه دوره های آموزشی ساختار یافته و تایید شده به درمانگران کودک با تمرکز بر مهارت های عملی و موارد بالینی EMDR. همچنین تدوین استانداردهای حرفه ای برای غربالگری و ارجاع سریع کودکان آسیب دیده (Manzoni et al., ۲۰۲۱).
۲. ایجاد شبکه ای از درمانگران متخصص کودک در سطح شهر/استان: تشکیل تیم های چند تخصصی (روان شناس، مددکار، معلم و خانواده) جهت ارزیابی اولیه، پایش روند درمان و انجام سوپرویزن بالینی در زمینه EMDR (Wilson et al., ۲۰۱۸).
۳. تدوین و بومی سازی پروتکل های درمان EMDR با توجه به فرهنگ ایرانی: استقرار جلسات مشورتی با مشارکت روان شناسان کودک، پژوهشگران و جامعه هدف جهت تطبیق زبان، سبک ارتباطی، تصاویر و مضمون داستان ها با واقعیت های ایرانی (Ahmad & Sundelin-Wahlsten, ۲۰۰۸).
۴. حذف موانع مالی از طریق ارائه درمان گروهی و تعرفه ی حمایتی: استفاده از کارگاه های گروهی کوتاه مدت EMDR با حضور چند کودک دارای تروما های مشابه برای افزایش دسترسی و کاهش هزینه های درمانی (Beer & Bronner, ۲۰۱۰).
۵. افزایش آگاهی عمومی و آموزش خانواده ها در زمینه PTSD و روش های نوین درمانی: طراحی بروشورها، فیلم های کوتاه اطلاع رسانی، جلسات مشاوره رایگان و برگزاری کارگاه های والدگری با هدف ارتقای سواد سلامت روان خانواده ها (Gutermann et al., ۲۰۱۶).
۶. انجام پژوهش های مقایسه ای با سایر درمان های نوین PTSD: انجام کارآزمایی های بالینی کنترل شده میان EMDR و رویکردهای جدید مانند نوروفیدبک، تحریک مغناطیسی ترانس کranial و درمان واقعیت مجازی برای تعیین اثربخشی نسبی آنها (Gkintoni et al., ۲۰۲۴).

۷. بررسی طولانی مدت پیامدهای درمانی هر دو رویکرد (EMDR و سنتی): طراحی مطالعات پیگیری چندماهه و چندساله با سنجش چندبعدی (فردی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی) برای سنجش ماندگاری و ثبات تأثیرات درمانی (Karadag et al., ۲۰۲۰).

۸. ترکیب روش ها بر اساس نیاز فردی: انعطاف پذیری درمانگران در تلفیق عناصر موثر درمان سنتی و EMDR متناسب با نوع تروما، ویژگی های فردی کودک و ترجیحات خانواده (Bastien et al., ۲۰۲۰; Gillies et al., ۲۰۱۳).

۹. توسعه بانک داده و سامانه ملی پیگیری سلامت روان کودکان با تروما: ایجاد سامانه ثبت مراجعه، پیشرفت درمان، پیگیری پس از درمان و فراهم سازی دسترسی پژوهشگران و سیاست گذاران به داده های فراگیر جهت بهبود خدمات سلامت روان کودک.

۱۰. تحقیقات بنیادی پیرامون مکانیسم های زیستی و روان شناختی EMDR در کودکان: تشویق به انجام پژوهش های آزمایشگاهی و تصویربرداری مغزی به منظور فهم بهتر تأثیرات EMDR بر ساختار و کارکرد مغز کودکان دچار PTSD (Xian-Yu et al., ۲۰۲۲).

بدون تردید، شناسایی و مداخله زودهنگام با روش های نوین و مبتنی بر شواهد مانند EMDR می تواند منجر به کاهش بار اختلال استرس پس از سانحه، افزایش تاب آوری، بهبود عملکرد تحصیلی و اجتماعی و بازسازی سبک زندگی سالم در آینده این گروه آسیب پذیر گردد. امید است یافته ها و پیشنهادات این پژوهش راهنمای عمل برای سیاست گذاران، درمانگران و پژوهشگران حوزه سلامت روان کودک در ایران باشد.

## منابع

- Karadag, M., Gokcen, C., & Sarp, A. S. (۲۰۲۰). EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: a six-week follow-up study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, ۲۴(۱), ۷۷-۸۲.
- Ahmad, A., Larsson, B., & Sundelin-Wahlsten, V. (۲۰۰۷). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic journal of psychiatry*, ۶۱(۵), ۳۴۹-۳۵۴.
- Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Perez, V., Amann, B. L., & Radua, J. (۲۰۱۷). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescent with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in psychology*, ۸, ۱۷۵۰.
- Ahmad, A., & Sundelin-Wahlsten, V. (۲۰۰۸). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, ۱۷, ۱۲۷-۱۳۲.
- Bastien, R. J. B., Jongsma, H. E., Kabadayi, M., & Billings, J. (۲۰۲۰). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, ۵۰(۱۰), ۱۵۹۸-۱۶۱۲.
- Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (۲۰۱۸). Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of child & adolescent trauma*, ۱۱, ۴۵۷-۴۷۲.
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. J. (۲۰۱۵). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, ۲۴, ۲۲۷-۲۳۶.

- Mavranzeouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., ... & Pilling, S. (۲۰۲۰). Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*, ۶۱(۱), ۱۸-۲۹.
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (۲۰۱۶). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: A meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, ۱۹, ۷۷-۹۳.
- Beer, R. (۲۰۱۸). Efficacy of EMDR therapy for children with PTSD: A review of the literature. *Journal of EMDR Practice and Research*, ۱۲(۴), ۱۷۷-۱۹۵.
- Gkintoni, E., Kourkoutas, E., Yotsidi, V., Stavrou, P. D., & Prinianaki, D. (۲۰۲۴). Clinical efficacy of psychotherapeutic interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and analysis. *Children*, ۱۱(۵), ۵۷۹.
- Hoogsteder, L. M., Ten Thijs, L., Schippers, E. E., & Stams, G. J. J. (۲۰۲۲). A meta-analysis of the effectiveness of EMDR and TF-CBT in reducing trauma symptoms and externalizing behavior problems in adolescents. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, ۶۶(۶-۷), ۷۳۵-۷۵۷.
- Manzoni, M., Fernandez, I., Bertella, S., Tizzoni, F., Gazzola, E., Molteni, M., & Nobile, M. (۲۰۲۱). Eye movement desensitization and reprocessing: the state of the art of efficacy in children and adolescent with post traumatic stress disorder. *Journal of affective disorders*, ۲۸۲, ۳۴۰-۳۴۷.
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & d'Abrew, N. (۲۰۱۳). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Evidence-based child health: a Cochrane review journal*, ۸(۳), ۱۰۰۴-۱۱۱۶.
- Xian-Yu, C. Y., Deng, N. J., Zhang, J., Li, H. Y., Gao, T. Y., Zhang, C., & Gong, Q. Q. (۲۰۲۲). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: meta-analysis. *Journal of affective disorders*, ۳۰۸, ۵۰۲-۵۱۱.
- Beer, R., & Bronner, M. B. (۲۰۱۰). EMDR in paediatrics and rehabilitation: An effective tool for reduction of stress reactions?. *Developmental Neurorehabilitation*, ۱۳(۵), ۳۰۷-۳۰۹.
- Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D., & Kiernan, M. D. (۲۰۱۸). The use of eye-movement desensitization reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder—a systematic narrative review. *Frontiers in psychology*, ۹, ۹۲۳.
- Lempertz, D., Wichmann, M., Enderle, E., Stellermann-Strehlow, K., Pawils, S., & Metzner, F. (۲۰۲۰). Pre-Post Study to Assess EMDR-Based Group Therapy for Traumatized Refugee Preschoolers. *Journal of EMDR Practice & Research*, ۱۴(۱).