

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با هیپنوتراپی شناختی و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر کاهش علائم استرس پس از سانحه زنان سیل‌زده و حید بهاروند^۱، فربرز درتاج^۲، صادق نصری^۳، بیتا نصراللهی^۴

Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with cognitive hypnotherapy and eye movement desensitization (EMDR) and reprocessing on the reduction of traumatic stress symptoms of flooded women

Vahid Baharvand¹, Fariborz Dortaj², Sadeq Nasri³, Bita Nasrollahi⁴

چکیده

زمینه: حوادث طبیعی مانند سیل، یکی از تجارب مستقیم حوادث آسیب‌زا است که می‌تواند زمینه ساز اختلالات روانشناختی بوده و مستلزم اجرای مداخلات روانشناختی می‌باشد. از این رو، مسأله پژوهش حاضر تعیین و مقایسه مداخلات اثربخش در زمینه کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه است. **هدف:** مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با هیپنوتراپی و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه زنان سیل‌زده بود. **روش:** پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چهار گروهی بود. جامعه آماری، شامل کلیه زنان میانسال سیل‌زده شهر پل دختر استان لرستان در سال ۱۳۹۸ بود. ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایش (۳ گروه ۲۰ نفره) و کنترل (یک گروه ۲۰ نفره) به تصادف گمارش شدند. ابزار پژوهش عبارتند از: جلسات مداخلاتی حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) شاپیرو (۲۰۰۱)، جلسات مداخله‌ای هیپنوتراپی شناختی (علاءالدین، ترجمه ارقبایی و همکاران، ۱۳۹۴) و مقتدر، حسن‌زاده، میرزاییان و دوستی (۱۳۹۵)، طرح درمان شناختی - رفتاری اهلرز و کلارک (۲۰۰۰) و اهلرز و همکاران (۲۰۰۵) و مقیاس خودسنجی تأثیر رویداد (IES-R) (هورowitz و همکاران ۱۹۸۷). تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بن‌فرونی انجام شد. **یافته‌ها:** سه روش مداخلاتی شناختی رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و EMDR بر کاهش اختلال استرس پس از سانحه تأثیر معنادار داشتند ($p < 0/01$). درمان شناختی - رفتاری تأثیر بیشتری نسبت به EMDR بر کاهش اختلال استرس پس از سانحه داشت ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** می‌توان برای کاهش استرس پس از سانحه از درمان شناختی - رفتاری بهره برد. **واژه کلیدیها:** درمان شناختی رفتاری، هیپنوتراپی شناختی، حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازش مجدد، استرس پس از سانحه

Background: Natural events such as floods are one of the direct experiences of traumatic events that can cause psychological disorders and require psychological interventions. Therefore, the purpose of the present study is to determine and compare effective interventions to reduce the symptoms of post-traumatic stress disorder. **Aims:** To compare the efficacy of cognitive behavioral therapy with hypnotherapy and desensitization through eye movements and reprocessing to reduce the symptoms of traumatic stress disorder in flooded women. **Method:** This study was a quasi-experimental study with four groups pre-test and post-test design. The statistical population consisted of all middle-aged women in thirteen middle-aged cities of Lorestan province in 1398. 100 subjects were selected by random sampling method and were randomly assigned to experimental (3 groups of 20) and control (one group of 20). Research instruments are: Shapiro (2001), Eye Movement and Reprocessing (EMDR) Intervention Hypotheses, Cognitive Hypnotherapy Intervention Sessions (Aladdin, Aragbi et al., 2015) and Moghtadar, Hassanzadeh, Mirzaian 1395), Ehlers & Clark (2000) and Ehlers et al. (2005) Cognitive-Behavioral Therapy Plan, and Horowitz et al. (1987) Event Impact Scale (IES-R). Data were analyzed using covariance analysis and Bonferroni post hoc test. **Results:** Three methods of cognitive behavioral intervention, cognitive hypnotherapy and EMDR had significant effect on reducing post-traumatic stress disorder ($p < 0/01$). Cognitive-behavioral therapy had more effect than EMDR on reducing post-traumatic stress disorder ($p < 0/01$). **Conclusions:** Cognitive-behavioral therapy can be used to reduce post-traumatic stress disorder. **Key Words:** Cognitive behavioral therapy, cognitive hypnotherapy, eye movement desensitization and reprocessing, post traumatic stress

Corresponding Author: dortaj@atu.ac.ir

* این مقاله برگرفته از نتایج پایان‌نامه نویسنده اول است.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۱. Ph.D Student of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

۲. استاد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Professor, Educational Psychology Department, Allame-Tabatabaie University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

۳. دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران

۳. Associated Professor, Educational Sciences Department, Shahid Rajaei Teacher Training University, Tehran, Iran

۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۴. Assistant Professor, Psychology Department, Islamic Azad University, Sciences and Researches Branch, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۲/۲۵

دریافت: ۹۸/۱۰/۲۲

مقدمه

بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام شده، یکی از درمان‌های مؤثر در زمینه کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه، درمان شناختی-رفتاری^۴ است که با بهره‌مندی از اصول بنیادین این مدل و با توجه به تأثیر متقابل بین شناخت‌های فرد در مورد عارضه، احساسات و رفتارهایش، به بازسازی شناختی ارزیابی‌ها و باورهای مرتبط با تجربیات سانحه آسیب‌زا می‌پردازد (هاگن، اوکس و ویز، ۲۰۱۲). از این‌رو، درمان شناختی رفتاری به کمک روش‌هایی چون یادآوری شرح حادثه، شناسایی افکار و احساسات مربوط به آن، ارزیابی مجدد الگوهای تفکر و فرضیات، تشخیص خطاهای شناختی و باورهای تحریف شده، به مراجع کمک می‌کند به الگوهای فکری متعادل و کارآمدتری دست یابند. همچنین به کمک بازآفرینی تجارب آسیب‌زا، درک از خود و توانایی مقابله با آنها را بهبود می‌بخشد. در نتیجه، حس کنترل، اعتماد به نفس و پیش‌بینی به بیمار در شرایطی کنترل شده بازگردانده شده و میزان اجتناب، انتظار نتایج فاجعه‌آمیز، تجربه مکرر آسیب و... نیز کاهش می‌یابد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۷).

یکی دیگر از روش‌های مؤثر در زمینه بهبود اختلال استرس پس از سانحه، حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد^۵ (EMDR) است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، سولومون و شاپیرو، ۲۰۰۸، تارکوئینیو، برنستول، ریچنباخ، ریدبرگ و تارکوئینیو، ۲۰۱۲، نریمانی و رجیبی، ۱۳۸۸). در طی EMDR، بیماران هنگام بازیابی خاطرات تروما، حرکات دو طرفه چشم^۶ را انجام می‌دهند. بر اساس این ایده که تحریک دو طرفه بسیار مهم است؛ در حالی که ماهیت آن (بینایی، شنوایی یا لمسی) بی‌ربط است (وندن‌هاوت و همکاران، ۲۰۱۲). از آنجا که PTSD با اختلالات دیگری چون افکار و اقدام به خودکشی، اختلال سلوک، افسردگی سوء مصرف مواد و الکل همراه می‌باشد، می‌تواند عملکرد کلی فرد را در زندگی روزمره کاهش دهد؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت آشنایی و به کار بستن مداخلات EMDR به پیشگیری از بروز علائم و شدت یافتن اختلال استرس پس از سانحه بیانجامد (هاشمیان‌مقدم، آقامحمدیان‌شعرباف و مشهدی، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش‌های انجام شده حاکی از تأثیر درمان EMDR بر کاهش علائم استرس پس از سانحه بوده است (پارکر،

انسان از ابتدای تاریخ بشر و در طول زندگی خود با شرایط آسیب‌زا (ری‌یز، الهای و فورد، ۲۰۰۸) و از جمله سیل^۱، به عنوان یکی از حوادث طبیعی مانند مواجهه بوده است (کناردی، اسپنس و مکلود، ۲۰۰۶). تجربه چنین واقعه‌ای، منجر به ایجاد طیف گسترده‌ای از اختلالات شامل علائم اضطرابی، روان‌نژندی، افسردگی، روان‌تنی و از این جمله می‌شود (کوساک و همکاران، ۲۰۱۵). اقشار ضعیفی چون کودکان، نوجوانان، مادران و سالمندان از این حوادث آسیب بیشتری می‌بینند (راندنیا، ۲۰۱۸). علاوه بر این جنسیت، به عنوان یکی از عوامل اثرگذار بر پیش‌بینی استرس مرتبط با حوادث آسیب‌زا است (گانگاز، هنری و بریانت، ۲۰۰۲). بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، نزدیک به ۱۰ تا ۱۲ درصد از زنان (ویلیس، چو و هانت، ۲۰۱۵)، به‌ویژه در سنین میانسالی دچار اختلال استرس پس از سانحه^۲ (PTSD) هستند (اهلرز و همکاران، ۲۰۰۵).

PTSD، یک اختلال شدید روانی است که پس از تجربه شدید رویدادهای آسیب‌زایی چون بلایای طبیعی، جنگ، گروگان‌گیری، خشونت خانگی یا شهری، تجاوز جنسی، تصادف به وجود می‌آید (انثا و دافینیو، ۲۰۱۳). در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ (DSM-5)، اختلال PTSD به عنوان یک زیرگروه جدا معرفی شد که با علائمی چون باورهای منفی، سرزنش تحریف شده، تجربه مکرر، اجتناب، تغییرات منفی در خلق و خو و شناخت، برانگیختگی و واکنش‌پذیری بروز می‌یابد (آرمور، فرید، دسمو، ای و پیتزاک، ۲۰۱۷).

از آنجا که زنان روحیه حساسی دارند و به خاطر مسایل جسمانی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی، آسیب‌پذیرتر می‌باشند، معمولاً سختی‌ها و مصیبت‌های زیادی را به جان می‌خرند و نمی‌توانند آسیب‌های گذشته را به راحتی فراموش کنند (سلیمانان و گوهرشاهی، ۱۳۹۵). از سوی دیگر، فشار روانی ناشی از حوادث آسیب‌زا، پیامدهای روانی و جسمانی زیان‌باری به همراه داشته (جاوید، بنی‌جمالی، خسروی و میرزایی، ۱۳۹۳) و بر روابط اجتماعی و خانوادگی تا سال‌ها اثر منفی به جای گذارد؛ از این‌رو، محور اساسی درمان به شمار می‌آید (هوکسما، ۲۰۰۱).

4. Cognitive Behavioral Therapy

5. eye Movement Desensitization and Reprocessing

6. eye movements

1. flood

2. posttraumatic stress disorder

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

هیپنوتراپی شناختی، حاصل تلفیق مهارت‌های هیپنوتیک و فنون درمان شناختی - رفتاری (سادات‌مدنی و تولایی‌زواره، ۱۳۹۷) است و درمان EMDR به کمک حرکات چشم و فراخوانی خاطرات بدون درگیری با هیجان‌ات منفی به مراجع آسیب‌دیده کمک می‌کند (لیتل و همکاران، ۲۰۱۷).

با این حال، با در نظر گرفتن مشکلات برآمده از درد و رنج حاصل از وقوع سیل و پیامدهای ناشی از آن برای آسیب‌دیدگان، لزوم پرداختن به کاهش علائم استرس پس از سانحه و افزایش شاخصه‌های سلامت روانشناختی در پیشگیری از بروز اختلالات نامبرده و سایر اختلالات همچون افسردگی، اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد و الکل، حملات پانیک، بهبود روند درمان و اقدام به موقع به این دسته از بیماران کمک شایانی خواهد کرد. همچنین با بازبینی پیشینه‌های پژوهشی مرتبط، تأثیر هریک از روش‌های روان‌درمانی شناختی - رفتاری، EMDR و هیپنوتراپی شناختی به عنوان روش‌های مداخله‌ای اثربخش و کلیدی در زمینه کاهش علائم PTSD به صورت جداگانه مورد تأیید قرار گرفته است. ولی به دلیل کم بودن پژوهش درباره اثربخشی روش‌های مذکور در کشور به ویژه بر روی جامعه زنان سیل‌زده استان لرستان در سال ۱۳۹۸ و مقایسه میزان اثربخشی آنها، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به پرسش‌های زیر است:

۱. آیا هریک از روش‌های روان‌درمانی شناختی رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم استرس پس از سانحه مؤثر هستند؟
۲. آیا میزان اثربخشی روش‌های روان‌درمانی شناختی رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد بر استرس پس از سانحه با یکدیگر متفاوت است؟

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان میان‌سالی بود که در ابتدای سال ۱۳۹۸ دچار سانحه سیل‌زدگی در شهر پل دختر استان لرستان شده و به مراکز سلامت و روانشناختی شهر مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت هدفمند بود. به این صورت که پس از اعلام فراخوان و بررسی معیارهای ورود (از جمله، زنان سیل‌زده ساکن در شهر پل

پارکین و داگنال، ۲۰۱۷، خدابخشی‌کولایی، تکه‌ای‌معروف و نویدیان، ۱۳۹۵). احمدی‌زاده، اسکندی، فلسفی نژاد و برجلی (۱۳۸۹) در نتایج پژوهشی خود نشان داد دو روش درمان شناختی - رفتاری و حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد بر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ مؤثر بودند. علاوه بر این، هر میزان اثربخشی دو روش درمان برابر بود. نمازی و همکاران (۲۰۱۳) در نتایج پژوهش خود نشان دادند درمان شناختی رفتاری و حساسیت‌زدایی منظم از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثر بودند. همچنین نتایج پژوهش الناء، کریستینا و کاتالینا (۲۰۰۹) نیز حاکی از تأثیر درمان EMDR بر استرس پس از سانحه کودکان قربانی سیل آرژانتین بود.

یکی دیگر از روش‌های مداخلاتی مورد بررسی که اثربخشی آن در پژوهش‌های انجام شده بر استرس پس از سانحه به تأیید رسیده، هیپنوتراپی شناختی^۱ می‌باشد (فیش، برینگهاوس و تاوت، ۲۰۱۷، روتارو، ۲۰۱۶، انا و دافینیو، ۲۰۱۳، برایانت و همکاران، پورحمیدی، سروقدی، رضایی و بقولی، ۱۳۹۷، سادات‌مدنی و تولایی‌زواره، ۱۳۹۷). چرا که به کمک بازآفرینی موقعیت روانی در رسیدن به خاطرات آسیب‌زا و با هدف، تغییر شناخت‌ها، باورها، هیجان‌ها و سرانجام رفتار فرد، می‌تواند استرس و اضطراب را کاهش داده و زمینه محیطی اختلال را تا حدود زیادی حذف کند (ویگود، راس و استینر، ۲۰۰۹).

هیپنوتراپی شناختی از چند روش اساسی شامل بازسازی شناختی، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی تدریجی، تصویرسازی هدایت‌شده و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک تلفیق شده که با ورود به ذهن ناخودآگاه، می‌توان با از بین بردن پیامدهای ناگوار خود هیپنوتیزم‌های منفی، افکار و دیدگاه‌های فرد را به صورتی تغییر داد که عواطف و هیجان‌اتش بهبود یابد (دیوید، ۲۰۰۸؛ به نقل از سادات‌مدنی و تولایی‌زواره، ۱۳۹۷). از این طریق، می‌توان تشدید علائم PTSD پیشگیری کرد (آنتاس و همکاران، ۲۰۱۳).

با توجه به این که هر دو روش EMDR و هیپنوتراپی شناختی در تلفیق با درمان شناختی - رفتاری ایجاد و عمل می‌کنند؛ با این وجود، تفاوت‌هایی نیز بین سه روش مذکور وجود دارد. از جمله این که

^۱ Cognitive hypnotherapy

ضرایب همبستگی آزمون - بازآزمون خرده‌مقیاس‌ها به شرح زیر محاسبه شد: افکار ناخواسته ۰/۵۷، اجتناب ۰/۵۱، بیش‌برانگیختگی ۰/۵۹ و ضریب آلفا برای افکار ناخواسته بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲، اجتناب بین ۰/۸۴ تا ۰/۶۸ و بیش‌برانگیختگی از ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ در نوسان بود. شرح مداخلات انجام شده: طرح درمان شناختی - رفتاری بر اساس دو منبع اهلرز و کلارک (۲۰۰۰) و اهلرز و همکاران (۲۰۰۵) به شرح زیر اجرا شد.

شرح مداخلات درمان شناختی - رفتاری (CBT)

جلسه اول: برقراری ارتباط و آشنایی اولیه، توصیف قوانین گروه، تعیین انتظارات و اهداف درمان (بر اساس خاطرات تروماتیک، ارزیابی و حفظ رفتار).

جلسه دوم: عقد قرارداد درمانی، تعیین قوانین اساسی، هدف‌گیری، همدلی، عادی‌سازی واکنش‌ها، آموزش منطق درمان شناختی رفتاری، آموزش ABC، تأکید بر انجام تکالیف، آموزش اندازه‌گیری خلق، شناسایی هیجان‌های منفی و افکار.

جلسه سوم: آموزش در خصوص سیر و ماهیت اختلال PTSD، شناسایی خطاهای شناختی، توقف فکر و تمرین مهارت‌های حل مسأله.

جلسه چهارم: نوشتن شرح حادثه (خیالی / عین واقعیت)، استفاده از تکنیک رویارویی تجسمی و مواجهه تصویری، همدلی، استمرار سطح پریشانی و درگیری عاطفی مراجع و بهره‌مندی از همدلی، آموزش تن آرامی، تنش‌زدایی پیش‌رونده عضلانی.

جلسه پنجم: دستیابی به معانی شخصی مشکل‌ساز و رها کردن راهبردهایی که باعث کاهش واکنش آنها می‌شود (اجتناب شناختی، کرحتی، اجتناب از لحظات مهم).

جلسه ششم: به‌روزرسانی حافظه تروماتیک (تغییر معانی شخصی در حافظه)، بازسازی شناختی، جلب توجه بیماران به باورها و پیش‌فرض‌های زیربنایی در جهت تغییر و اصلاح افکار خود آیند.

جلسه هفتم: آموزش تکنیک‌های تبعض محرک (شرایط فعلی با زمان حادثه) برای قطع بین محرک‌ها و حافظه تروماتیک، تهیه لیست فعالیت‌های لذت‌بخش، بازآموزی تنفس آگاهانه.

جلسه هشتم: خلاصه و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، معرفی کتاب، خاتمه جلسات و اجرای پس‌آزمون.

برای گروه دوم آزمایش، طرح جلسات مداخله‌ای هیپنوتراپی شناختی نیز بر اساس کتاب هیپنوتراپی شناختی (علاء‌الدین؛ ترجمه ارقبایی و همکاران، ۱۳۹۴) و مقتدر، حسن‌زاده، میرزاییان و دوستی (۱۳۹۵) به شرح زیر اجرا شد.

برای گروه سوم آزمایش، طرح جلسات مداخلاتی حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر اساس کتاب حساسیت‌زدایی و پردازش مجدد حرکت چشم: اصول اساسی، طرح‌های درمان و مداخله‌ها نوشته شاپیرو (۲۰۰۱) به این شرح اجرا شد.

دختر؛ عدم ابتلا به اختلالات شناختی و روانی شدید؛ عدم شرکت همزمان در مداخلات روانشناختی دیگر، دارا بودن حداقل ۴۰ تا ۶۰ سال، داشتن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم و رضایت آگاهانه به شرکت در جلسه‌های درمان، سنجش اولیه صورت گرفت. سپس از بین آزمودنی‌هایی که در مرحله پیش‌آزمون، بیشترین نمره را در اختلال استرس پس از سانحه کسب کردند (۱۰۰ نفر)، تعداد ۸۰ نفر به‌طور تصادفی و با در نظر گرفتن افت آزمودنی‌ها، انتخاب و در گروه‌های آزمایش (۳ گروه ۲۰ نفره) و کنترل (یک گروه ۲۰ نفره) به تصادف گمارش شدند. پس از آن گروه‌های آزمایش، هر یک به تفکیک تعداد ۸ به‌مدت جلسه ۹۰ دقیقه و به‌صورت هفتگی، مداخلات روانشناختی گروهی را دریافت کردند. در حالی که گروه کنترل در انتظار مداخلات آتی ماندند و در انتها، چهار گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای گروه گواه بعد از پژوهش جلسات آموزشی گذاشته شد و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. داده‌های به‌دست آمده، با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (نمودار، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیره، آزمون ال - ماتریکس و آزمون تعقیبی با روش LSD) و به کمک نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار

مقیاس خودسنجی تأثیر رویداد (IES-R): این مقیاس که در ابتدا توسط هوروویتز و همکاران (۱۹۸۷) با در نظر گرفتن دو ملاک افکار ناخواسته و اجتناب، برای بررسی شدت ترومای مشخص، با تعداد ۲۲ ماده تدوین شد (برگر و همکاران، ۲۰۰۷). این مقیاس در سال ۱۹۹۷ توسط ویز و مارمر، هماهنگ با ملاک‌های DSM-IV مورد تجدید نظر قرار گرفت و با تعداد ۲۹ ماده، با در نظر گرفتن علایم بیش‌برانگیختگی مانند خشم و تحریک‌پذیری، پاسخ شدید به محرک‌های غیر منتظره، مشکل در تمرکز، گوش به زنگ بودن و افکار ناخواسته در مورد تجربه مجدد شبه‌گسستگی تدوین شد. گویه‌ها در یک طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از «هرگز» (۰) تا «به‌شدت» (۴) نمره‌گذاری شده‌اند (احمدی، مردادی و حسنی، ۱۳۹۵). در پژوهش ویز و مارمر (۱۹۹۷) پایایی آزمون از طریق بازآزمایی با آلفای کرانباخ ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. در پژوهش انجام شده در ایران نیز، مردادی و همکاران (۲۰۰۸) آلفای کرانباخ را ۰/۸۷ گزارش کردند. در پژوهش امرالهی، مردادی و حسنی (۱۳۹۵) نیز

شرح مداخلات هیپنوتراپی شناختی

جلسه اول: برقراری ارتباط اولیه، توصیف قوانین گروه، بیان اهداف گروه هیپنوتراپی شناختی و وظایف اعضا.

جلسه دوم: بیان قواعد گروه، آموزش علل و درمان اختلال، اصلاح برخی باورهای نادرست در مورد هیپنوتراپی شناختی، اجرای برخی از تکنیک‌های هیپنوتراپی شناختی، بیان باورها و ارزش‌های مطلق، توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده و تلقین هیپنوتیزی.

جلسه سوم: آموزش کاهش درد و تنظیم احساسات شامل، کاهش برانگیختگی شدید، بی‌قراری و عواطف مخدوش از حادثه، آموزش آرامش به کمک و تلقینات هیپنوتیزی، رویارویی با رفتارها و عواطف آزاردهنده و خودهیپنوتیزی منفی.

جلسه چهارم: اجرای مداخلات شناختی شامل، آموزش بازسازی شناختی (ABCDE) به منظور بررسی تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی و مدیریت استرس.

جلسه پنجم: ارتباط افکار، باور و رفتار و پیامد رفتاری ناشی از باورها با استفاده از تلقینات مربوطه به حالت خلسه هیپنوتیزی، پردازش احساسی تصویرسازی ذهنی و پردازش خاطرات آسیب‌زا، غرقه‌سازی تصویری، تعیین سطح هیپنوتیزی، القای خودهیپنوتیزی، خودآرامی و خودپروری، بررسی شواهد و معنای افکار خودآیند توسط اعضای گروه و تحلیل کارآمد.

جلسه ششم: افزایش هویت و عملکرد رابطه‌ای، ایجاد امنیت، حمایت از اعتبار خود، به چالش کشیدن ادراکات و اعتقادات بیمار، تشویق به خودکاوی.

جلسه هفتم: بررسی نیاز درمانجویان به مداخلات دارویی و ارجاع آنها در صورت لزوم.

جلسه هشتم: تقویت افکار مثبت در حالت خلسه، آماده‌سازی گروه برای پایان دادن به جلسات در حالت خلسه و اجرای پس‌آزمون.

شرح مداخلات EMDR

جلسه اول: برقراری ارتباط اولیه، آماده‌سازی، گرفتن تاریخچه فردی و طرح درمان، معرفی اجمالی EMDR، بیان انتظارات و نحوه مشارکت بیماران در درمان و بررسی توانایی مراجعان در تحمل آزدگی احتمالی هنگام پردازش اطلاعات ناکارآمد.

جلسه دوم: ایجاد اتحاد درمانی، آماده‌سازی و اجرای ارزیابی (یعنی شناسایی خاطرات، تصاویر و نمادهای واقعه، هدف‌گزینی و حساسیت‌زدایی جهت مورد هدف قرار دادن هیجان‌ات، احساسات و افکار آزاردهنده).

جلسه سوم: ارزیابی مجدد (استفاده از مقیاس‌های برآشتگی ذهنی و اعتماد به شناخت‌واره) و حساسیت‌زدایی.

جلسه چهارم: کارگذاری، افزایش قدرت باورهای مثبت شخص.

جلسه پنجم: بازسازی شناختی، جانشین کردن باورهای مثبت به جای باورهای منفی آموخته شده اصلی.

جلسه ششم: شناسایی مسائل و پویش‌های جسمانی و ارزیابی مجدد آن در فرآیند درمان.

جلسه هفتم: بستن (انسداد) به منظور حفظ تعادل درمان‌جو در بین جلسات.

جلسه هشتم: ارزیابی مجدد پایانی و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

توصیف آماری نمرات استرس پس از سانحه در مراحل پیش

آزمون - پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل به شرح جدول زیر است:

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات استرس پس از سانحه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون چهار گروه: کنترل، درمان شناختی - رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و EMDR			
پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
۱۱۳/۴۰	۱۱۳/۲۰	میانگین	گروه کنترل
۱۱۳/۲۴	۱۱۳/۵۷	انحراف استاندارد	
۶۹/۴۰	۱۱۴/۲۶	میانگین	شناختی رفتاری
۸/۵۱	۱۹/۹۷	انحراف استاندارد	
۶۷/۵۳	۱۱۲/۴۶	میانگین	هیپنوتراپی شناختی
۷/۶۱	۱۷/۵۲	انحراف استاندارد	
۵۹/۹۳	۱۱۷/۳۳	میانگین	EMDR
۷/۹۱	۱۳/۹۸	انحراف استاندارد	

همان‌گونه نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استرس پس از سانحه آزمودنی‌ها در گروه آزمایش تفاوت‌هایی وجود دارد که معنی‌داری آنها در آمار استنباطی پیگیری خواهد شد. در متغیرهای تحقیق در سه گروه آزمایش از نمرات پیش‌آزمون تا نمرات پس‌آزمون تغییرات و تفاوت‌های محسوسی وجود دارد که نیاز است تا در فرضیه‌های تحقیق با آزمون آماری مناسب بررسی گردد. در مطالعه حاضر، با توجه به این که مقیاس اندازه‌گیری داده‌ها از نوع فاصله‌ای می‌باشد، سایر مفروضه‌های لازم جهت تحلیل کوواریانس بررسی می‌گردد:

جدول ۲. ضریب همبستگی پیرسون برای نمرات PTSD در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون		
پس‌آزمون		
۰/۲۸۲*	ضریب همبستگی	پیش‌آزمون
۰/۲۹	sig	
۶۰	N	

* سطح معناداری $P < 0/05$

نتیجه همبستگی نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استرس پس از سانحه در سطح $0/05$ همبستگی معنادار وجود دارد.

جدول ۳. میانگین تعدیل‌یافته نمرات PTSD در چهار گروه				
گروه	میانگین	انحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵٪	
			حد پایین	حد بالا
CBT	۶۹/۴۲۰*	۱/۸۳۱	۶۵/۷۵۰	۷۳/۰۹۰
هیپنوتراپی	۶۸/۲۶۸*	۱/۸۳۴	۶۴/۵۹۱	۷۱/۹۴۴
EMDR	۷۴/۷۳۶*	۱/۸۴۰	۷۱/۰۵۰	۷۸/۴۲۳
کنترل	۱۱۳/۸۴۳*	۱/۸۳۲	۱۱۰/۱۷۱	۱۱۷/۵۱۶

اثربخشی مطلوبی برخوردار بودند. با این حال، میزان اثربخشی سه روش مداخلات، بر اساس F به دست آمده متفاوت بود. نتایج نشان داد بین میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با هیپنوتراپی شناختی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P \leq 0/05$). اما درمان شناختی - رفتاری از اثربخشی بیشتری نسبت به درمان EMDR برخوردار است ($P \leq 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با هیپنوتراپی شناختی و حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر کاهش علائم استرس پس از سانحه زنان سیل زده انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد درمان شناختی - رفتاری بر کاهش استرس پس از سانحه مؤثر بود. این یافته همسو با یافته‌های هاگن، اوکس و ویز (۲۰۱۲)، احمدی زاده و همکاران (۱۳۸۹) و نمازی و همکاران (۲۰۱۳) بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، با توجه به این که تجربه تهدید سلامتی خود، عزیزان و دیگر شهروندان توسط فرد آسیب دیده در حادثه، تحمل خسارت‌های مالی، جانی و روانی، پیامدهای منفی زیادی را در خلق و خو، شناخت، میزان برانگیختگی و واکنش پذیری در این افراد به جای گذاشته است. از این رو، اجرای مداخله‌های شناختی - رفتاری با تمرکز بر اصلاح سبک‌های اسنادی، چالش با باورهای غیرمنطقی، آرام‌سازی، آموزش مهارت‌های حل مسأله، تصویرسازی ذهنی هدایت شده و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای طی جلسات درمان، توانست به میزان زیادی باورهای منفی پایدار و اغراق آمیز فرد را در مورد خود، دیگران یا جهان، علل یا پیامدهای رویدادها، وقوع رویداد مشابه، از دست دادن جان خود و عزیزان و ایجاد فشار روانی و حتی احساس گناه را در درمانجویان اصلاح و مانع از برانگیختگی ناشی از تجربه مجدد افکار و خاطرات رویداد آسیب‌زا شود (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۷).

چرا که منطق این روش، اصلاح خطاها و باورهای شناختی نامناسب به ویژه باورهای غیرمنطقی مرتبط با حادثه، تجربه مکرر و اجتناب است. آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی نیز توانست به مراجعان کمک کند تا به شناخت بهتری از افکار خود دست یافته و با احساسات خود به نحو مطلوبی مواجه شوند. علاوه بر این، استفاده از مدیریت استرس شناختی - رفتاری در طول جلسات، به کمک چالش با افکار خودآیند منفی ناشی از تجربه آسیب‌زا و تشویق مراجعان به

با توجه به نتایج جدول ۳، اثر متقابل بین پیش‌آزمون PTSD و گروه معنی‌دار نیست ($F=10/389$, $p=0/068$) و حاکی از معنی‌دار نبودن اثر متقابل است که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کنند.

جدول ۴. آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس گروه‌ها

متغیر	F	df ₁	df ₂	sig
پیش‌آزمون استرس پس از سانحه	۱/۴۱۳	۳	۵۶	۰/۲۴۹

نتایج جدول ۴ حاکی از معنادار نبودن متغیر وابسته برابری واریانس‌ها است. از این رو، اجرای آزمون آنکوا امکان‌پذیر است و مقدار F برای متغیر پیش‌آزمون استرس پس از سانحه معنی‌دار نیست؛ از این رو می‌توان گفت، واریانس آن در سه گروه برابر هستند.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری، هیپنوتراپی و EMDR بر PTSD

اثر	ss	df	MS	F	Sig	η^2
منابع	۲۱۱۷۸/۱۸۲	۳	۷۰۵۹/۳۹۴			
خطا	۲۷۶۶/۹۰۱	۵۵	۵۰/۳۰۷	۱۴۰/۳۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۸۴

بر اساس نتایج جدول ۵، مشخصه F از لحاظ آماری معنادار شده است. بنابراین لازم است از آزمون تعقیبی استفاده شود و برای این مقصود از آزمون مقایسه دو به دو تکمیلی استفاده و برای سطح معنادار بودن این آزمون‌ها نیز روش بن‌فرونی اجرا شد که نتایج آن در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. مقایسه دوه‌دوی میانگین‌های پس‌آزمون PTSD در زیرگروه‌های

گروه	درمان		
	sig	Std. Er	Md
شناختی - رفتاری	۱/۱۲۲	۱/۱۲۲	۱/۱۲۲
	۰/۷۵۲*	۰/۷۵۲*	۰/۷۵۲*
هیپنوتراپی	۰/۹۱۶**	۰/۹۱۶**	۰/۹۱۶**
	۰/۵۸۵**	۰/۵۸۵**	۰/۵۸۵**
EMDR	۰/۵۵۸**	۰/۵۵۸**	۰/۵۵۸**
	۰/۹۴۸**	۰/۹۴۸**	۰/۹۴۸**

بر اساس یافته‌های آماری حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش، بر اساس یافته‌های جداول ۶ و ۷ می‌توان بیان داشت که روش‌های مبتنی بر شناختی - رفتاری، هیپنوتراپی شناختی و EMDR از

نیروهای بالقوه ذهنی تحمل کنند. همچنین سبک و شیوه شناخت‌های خود و ارتباط خود با نیروهای بالقوه ذهنی را در فضای خلسه هیپنوتیزی درک و به بازسازی آن پردازند. علاوه بر این، تمرین روش‌های مؤثری چون مدیتیشن، آرام‌سازی و کنترل خود منجر به ایجاد آرامش عاری از دغدغه‌های موجود، نشخوار فکری، تجربه مجدد و... در این افراد شد. حساسیت‌زدایی تدریجی نیز یکی از روش‌های مؤثر در کاهش استرس و اضطراب مراجعان بود.

علاوه بر این، نتایج نشان داد حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر کاهش علائم استرس پس از سانحه زنان سیل‌زده از اثربخشی معناداری برخوردار بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های پارکر، پارکین و داگنال (۲۰۱۷)، خدابخشی کولایی، تکه‌ای معروف و نویدیان (۱۳۹۵)، احمدی‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) و نمازی و همکاران (۲۰۱۳) همخوان بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، نشانگان اختلال استرس پس از سانحه به رویدادهای گذشته بازمی‌گردد که به دلیل وجود حافظه پردازش نشده در حال حاضر فعال شده‌اند (شاپیرو، ۲۰۱۲). یکی از عواملی که جامعه زنان سیل‌زده مورد بررسی با آن مواجه بودند، تهدید جسمانی، از دست دادن عزیزان، تحمل خسارات مالی و اجتماعی بود. خاطرات تلخ ناشی از حوادث آسیب‌زا و حافظه ناکارآمد پیشین باورهای منفی، رفتارها و خصوصیات شخصیتی فرد را تحت تأثیر قرار دادند (صادقی، ارجمندنیا و نامجو، ۱۳۹۴).

در درمان EMDR به کمک تکلیف دوگانه توجه^۱ از مراجعان خواسته شد تا به بخشی از خاطرات استرس‌زا متمرکز شوند؛ همزمان از آنها خواسته شد به تکلیف دیگری چون حرکات جهشی، دوسویه و تعقیب حرکت انگشتان درمانگر پردازند. علاوه بر این، از روش‌های دیگری چون غرقه‌سازی تجسمی، بازسازی شناختی، استفاده سریع و موزون از حرکات چشم و تحریک دوسویه استفاده شد. در نتیجه درمانجویان به جای پرداختن و اغراق در مورد افکار منفی به ویژه در خصوص عدم بهبود شرایط زندگی، اغراق در مورد حادثه و عدم احتمال ترمیم آن‌ها، عدم باور به توانایی‌های فردی در جهت رشد، سازگاری با شرایط و رهایی از افکار تهدیدزا و کابوس‌های شبانه، به جایگزینی افکار مثبت و تعدیل تغییرهای جسمانی از طریق حساسیت‌زدایی پرداختند.

فعالیت‌های لذت‌بخش و موفقیت‌آمیز در زندگی روزانه موجب کاهش تنش جسمانی و فشار روانی شد.

نتایج پژوهش کار (۲۰۱۱) حاکی از تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم PTSD ناشی از بلایای طبیعی در کودکان و نوجوانان بود. علاوه بر این، نتایج فراتحلیل بیسون و اندریو (۲۰۰۷) نشان داد درمان شناختی رفتاری یکی از روش‌های موفق روانشناختی در کاهش علائم اختلال PTSD است.

دومین بخش نتایج پژوهش، حاکی از اثربخشی هیپنوتراپی شناختی بر استرس پس از سانحه بود. این یافته هم‌سو با یافته‌های پژوهش فیش، برینگهاوس و تاوت (۲۰۱۷)، روتارو (۲۰۱۶)، انا و دافینیو (۲۰۱۳)، آتناس و همکاران (۲۰۱۳)، برایانت و همکاران (۲۰۰۶)، پورحمیدی، سروقدی، رضایی و بقولی (۱۳۹۷) و سادات مدنی و تولایی‌زواره (۱۳۹۷) بود.

انا و دافینیو (۲۰۱۲) در نتایج موردپژوهی خود نشان دادند اجرای مداخلات هیپنوتراپی شناختی طی ۲۸ جلسه، منجر به کاهش علائم اختلال پس از سانحه و حملات ترس مرضی شد. نتایج پژوهش لطفی‌فر، کریمی، شریفی‌درآمدی و فتحی (۱۳۹۲) نشان داد هیپنوتراپی بر اضطراب مراجعه‌کنندگان مؤثر است. برایانت و همکاران (۲۰۰۶) در نتایج پژوهش خود نشان داد هیپنوتراپی شناختی، درمان شناختی رفتاری و مشاوره حمایتی بر درمان استرس حاد و استرس پس از سانحه بیماران مؤثر بود. در این میان، هیپنوتراپی شناختی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم اختلال تأثیر بیشتری داشت. در تبیین نتیجه حاصل می‌توان بیان داشت، یکی از مشکلات بارز و مشهود در افراد مبتلا به PTSD، اجتناب از محرک‌های مرتبط با آسیب و احساس درماندگی است. به عبارت دیگر، فرد نسبت به تجربه آسیب‌زا، با استرس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رخداد را در ذهن خود به طور مکرر زنده می‌کند و می‌کوشد از یادآوری آن اجتناب کند. این عوارض می‌تواند سال‌ها فرد آسیب‌دیده را درگیر سازند.

هیپنوتراپی شناختی یکی از روش‌های مؤثر در کمک بازآفرینی موقعیت روانی در رسیدن به خاطرات آسیب‌زا و کاهش علائم استرس پس از سانحه به‌شمار می‌رود (انا و دافینیو، ۲۰۱۳). طی جلسات مداخله‌ای هیپنوتراپی شناختی به بیماران کمک شد تا فشارهای روانی حادث از تجربه آسیب‌زا را بهتر، مؤثرتر و تحت تأثیر

^۱. Dual attention

می‌شوند. از این طریق با تلفیقی از روش‌های شناختی - رفتاری و هیپنوتیزم به اصلاح، تغییر و تصویرسازی سازنده، در جهت کاهش استرس پس از سانحه می‌پردازد. از این‌رو، می‌توان از دو روش مداخلاتی مذکور به عنوان روش‌هایی مؤثر در درمان PTSD استفاده کرد.

علت تفاوت در نتایج برخی از تحقیقات بیان شده با پژوهش حاضر را شاید بتوان به علل مختلفی از جمله تفاوت در طرح درمان، جامعه آماری، انتخاب حجم نمونه، شیوه تحلیل داده‌ها، سن آزمودنی‌ها و به ویژه متغیرهای وابسته هر پژوهش نسبت داد.

در نهایت، نتایج نشان داد درمان شناختی - رفتاری از اثربخشی بیشتری نسبت به درمان EMDR برخوردار بود. هم‌سو با یافته به دست آمده، نتایج پژوهش فروه، دی آرلانو و ترنر (۱۹۹۹) حاکی از میزان تأثیر بیشتر EMDR نسبت به درمان شناختی - رفتاری بود. دانلی و آمایا جکسون (۲۰۰۲) نیز در یک بررسی فراتحلیلی به این نتیجه دست یافتند که شواهد تجربی مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری نسبت به سایر روش‌های دیگری چون EMDR، روان‌پوشی، دارودرمانی و... بیشتر بود. دویلی و اسپنس (۱۹۹۹) در نتایج پژوهش خود نشان دادند درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آسیب از اثربخشی بیشتری بر درمان استرس پس از سانحه، نسبت به درمان EMDR در مراحل پس از آزمون و پیگیری بود.

از آنجا که فرد مبتلا به استرس پس از سانحه با مشکلات شایعی چون خودسرزنش‌گری، تلقی دنیا به عنوان مکانی خطرناک، احساس ناتوانی در مقابله با بحران، احساس گناه، تکرار مداوم حادثه، تغییر در طرز فکر و خلق‌وخو مواجه هستند، به نظر می‌رسد درمان شناختی - رفتاری با تأکید بر تأثیر باورها و تحریف‌های شناختی بر هیجانات و رفتارهای مشکل‌آفرین فرد در کاهش علائم استرس پس از سانحه از تأثیر بیشتری برخوردار است (مکوند حسینی، کثیری، نجفی و شاهی، ۱۳۹۴). چرا که مراجعان در طول جلسات CBT به کمک شناسایی افکار برانگیزاننده استرس خود، پی بردن به ارزیابی‌های نادرست از حادثه و نشانه‌های مرتبط با آن، شناسایی روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد، بازسازی شناختی و بهره‌مندی از روش‌های سودمند رفتاری چون تن‌آرامی، تنش‌زدایی پیش‌رونده عضلانی، توقف فکر، تمرین مهارت‌های حل مسأله و مواجهه تجسمی، به تغییر شناخت‌ها و رفتارهای ناکارآمد خود که از آن اجتناب می‌کردند، دست زدند و از این‌رو بهبود بیشتری را نسبت به سایر مداخلات رقیب نشان دادند.

در نتیجه به وسیله فراخوانی مجدد پاسخ‌های هیجانی، آشفستگی فکری و مرور خاطرات آزاردهنده و افکار منفی، تجربه باورهای منفی، سرزنش تحریف شده، تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا، اجتناب، تغییرات منفی در خلق‌وخو و شناخت، برانگیختگی و واکنش‌پذیری شدید در ایشان کاهش یافت. هم‌سو با نتایج پژوهش حاضر، ماردپور، نادری، مهرابی‌زاده هنرمند، احدی و حیدری (۱۳۹۴) نیز نشان دادند حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش مجدد در اختلال پس از سانحه رزمندگان بستری و دارای پروند در بیمارستان روانپزشکی از تأثیر معناداری برخوردار بود. همچنین، نتایج پژوهش صبوری‌مقدم، بخشی‌پور و دوسری و قهرمان‌محرم‌پور (۱۳۹۳) نیز حاکی از اثربخشی روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در درمان اختلال پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی زنان بود.

نتایج به دست آمده حاکی از عدم تفاوت معنادار میزان تأثیر درمان شناختی - رفتاری با هیپنوتراپی شناختی بود. این یافته با نتایج پژوهش احمدی‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) و نمازی و همکاران (۲۰۱۳) هم‌سو بود. نتایج پژوهش شبنم (۱۳۹۳) حاکی از تأثیر هیپنوتراپی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش وزن زنان چاق بود. در این بین، میزان تأثیر هیپنوتراپی نسبت به مداخله رقیب بیشتر بود. همچنین، نتایج پژوهش پورحمیدی، سروقد و رضایی (۱۳۹۸) نشان داد درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی - رفتاری بر کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول که از اضطراب امتحان رنج می‌بردند، مؤثر بود. اما میزان تأثیر هیپنوتراپی شناختی - رفتاری نسبت به درمان شناختی - رفتاری بیشتر بود. بادله و همکاران (۱۳۹۲) نیز هم‌سو با یافته پژوهش حاضر مبنی بر عدم تفاوت معنی‌دار میزان تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری با هیپنوتراپی شناختی رفتاری در عزت‌نفس نوجوانان بود.

بر اساس نتایج به دست آمده، می‌توان چنین استنباط کرد که درمان شناختی رفتاری با اصلاح و تغییر مؤلفه‌های شناختی ناکارآمد (چون، افکار خودآیند، باورهای واسطه‌ای، باورهای اساسی) که موجب افزایش استرس پس از سانحه می‌گردند، تغییر در رفتار و احساسات مراجع را پدید می‌آورد. در مقابل، هیپنوتراپی شناختی که شباهت زیادی به درمان شناختی - رفتاری دارد، با این پیش‌فرض که علل مشکلات مراجع حاصل اشکال منفی خودهیپنوتیزمی هستند که در آن افکار منفی در فضایی غیر قضاوتی و بدون آگاهی پذیرفته

تجاوز جنسی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۹(۳۴)، ۸۱-۵۷.

علاءالدین، آسن (۱۳۹۴). هیپنوتراپی شناختی: رویکردی کامل در درمان اختلالات هیجانی. ترجمه فرزانه مهدیان‌فر، شیرین میان‌بندی و مریم فلاحتی، مشهد: فرانتگیزش.

ماردپور، علیرضا؛ نادری، فرح و مهربابی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۴). اثربخشی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) در اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) مزمن رزمندگان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۵۹، ۳۲-۲۲.

نیرمانی، محمد و رجیبی، سوران (۱۳۸۸). مقایسه‌ی تأثیر روش حساسیت‌زدایی توأم با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) با درمان شناختی - رفتاری (CBT) در درمان اختلال استرس. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۹(۴)، ۲۴۵-۲۳۶.

American Psychological Association (2017). *Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Treatment of PTSD. Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD.* <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-behavioral-therapy>

Armour, C., Fried, E.I., Deserno, M.K., Tsai, J., & Pietrzak, R.H. (2017). A network analysis of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms and correlates in U.S. military veterans. *Journal of Anxiety Disorders*, 45, 49-59.

Berger, R., Pat-Horenczyk, R., Gelkopf, M. (2007). School-based intervention for prevention and treatment of elementary-students' terror-related distress in Israel: a quasi-randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 541-51.

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(3), 33-88.

Bryant, R.A., Moulds, M.L., Nixon, R.D.V., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., & Hopwood, S. (2006). Hypnotherapy and cognitive behavior therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1331-335.

Cusack, K., Jonas, D.E., Forneris, C.A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J.C., Feltner, C., Brownley, K.A., Olmsted, K.R., Greenblatt, A., Weil, A. & Gaynes, B.N., (2015). Psychological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.

Donnelly, C.L., & Amaya-Jackson, L. (2002). Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: Epidemiology, Diagnosis and Treatment Options. *Pediatric Drugs*, 4, 159-170.

Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for PTSD: development and evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 43, 413-431.

البته در پژوهش‌های دیگری چون نیرمانی و رجیبی (۱۳۸۸)، میزان اثربخشی EMDR نسبت به درمان شناختی - رفتاری بیشتر گزارش شده است. علت این تفاوت را می‌توان در طرح درمان، نمونه مورد بررسی، نوع آسیب و جنسیت آزمودنی‌ها جستجو کرد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که نتایج و یافته‌های بدست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد. پژوهش حاضر با زنان میانسال PTSD شهر پلدختر انجام شده است. با توجه به گستره آسیب‌های روانی ناشی از سیل، به ویژه در کودکان، نوجوانان، زنان باردار و افراد سالمند حادثه‌دیده و در پی تأیید تأثیر مداخله‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود اثربخشی و تفاوت میزان آن در پژوهش‌های آتی بررسی شود. همچنین انجام پژوهشی جهت مقایسه مداخلات انجام شده بر استرس پس از سانحه سایر آسیب‌دیدگان ناشی از حوادث طبیعی، جنگ و سایر سوانح نیز پیشنهاد می‌شود.

منابع

احمدی‌زاده، محمدجواد؛ اسکندی، حسین؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا و برجعلی، احمد (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی الگوهای درمان «شناختی - رفتاری» و «حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد» بر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ. مجله طب نظامی، ۱۲(۳)، ۱۷۸-۱۷۳.

احمدی، مریم؛ مردادی، علیرضا و حسینی، جعفر (۱۳۹۵). عملکرد نوجوانان مبتلاء به اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در حافظه فعال و سرعت پردازش. مجله روانشناسی شناختی، ۴(۱ و ۲)، ۶۲-۵۲.

سادات مدنی، سیدعبداله و تولایی‌زاوهر، عباس (۱۳۹۷). اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم و درمان اضطراب. مجله پژوهش سلامت، ۴(۱)، ۲۲-۱۶.

شبنم، محمدرضا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش وزن زنان چاق. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران.

صادقی، خیراله؛ ارجمندنی، علی‌اکبر و نامجو، سارا (۱۳۹۴). تأثیر روش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر بازنمایی‌های عاطفی منفی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. نشریه روان‌پرستاری، ۳(۳)، ۴۰-۲۹.

صبوری‌مقدم، حسن؛ بخشی‌پور رودسری، عباس و قهرمان محرم‌پور، نسیم (۱۳۹۳). اثربخشی روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در درمان اختلال استرس پس از سانحه ناشی از

- Women: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 297(8), 820-830.
- Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 241-51.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., & et al. (2007). Cognitive-behavioural therapy in children and adolescents with PTSD: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1051-61.
- Solomon, R.M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR practice and Research*, 2, 315-325.
- Tarquinio, C., Brennstuhl, M.J., Reichenbach, S., Rydberg, J.A., Tarquinio, P. (2012). Early Treatment of Rape Victims: Presentation of an Emergency EMDR Protocol. *Sexologies*, 21, 113-121.
- Untas, A., Chauveau, P., Dupré-Goudable, C., Kolko, A., Lakdja, F., & Cazenave, N. (2013). The effects of hypnosis on anxiety, depression, fatigue, and sleepiness in people undergoing hemodialysis: a clinical report. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 61, 475-483.
- van den Hout, MA., Rijkeboer, M.M., Engelhard, I.M., Klugkist, I., Hornsveld, H., Toffolo, MJB., Cath, DC. (2012). Tones inferior to eye movements in the EMDR treatment of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 275-279.
- Vigod, S., Ross, L., & Steiner, M. (2009). Understanding and Treating Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: An update for the Women's Health Practitioner. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(4), 907-924.
- Willis, S., Chou, S., & Hunt, N.C. (2015). A systematic review on the effect of political imprisonment on mental health. *Aggression and violent behavior*, 25, 173-183.
- Enea, V., & Dafinoiu, I. (2012). Cognitive Hypnotherapy in Addressing the Posttraumatic Stress Disorder. *Social and Behavioral Sciences*, 78, 36-40.
- Elena, A.M., Cristina, B., & Catalina, K. (2009). Helping child flood victims using group EMDR intervention in Argentina: Treatment outcome and gender differences. *International Journal of Stress Management*, 16(2), 138-153.
- Fisch, S., Brinkhaus, B., & Teut, M. (2017). Hypnosis in patients with perceived stress – a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17, 323, 1-12.
- Frueh, B.C., De Arellano, M.A., & Turner, S.M. (1997). Systematic desensitization as an alternative exposure strategy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 287-8.
- Haugen, PT., Evces, M., & Weiss, DS. (2012). Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 370-80.
- Hoeksema, SN. (2001). *Abnormal psychology*. New York, McGraw Hill. (Pp56-62)
- Kangas, M., Henry, J.L., & Bryant, R.A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499-524.
- Kar, N. (2011). Cognitive ° behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 167-181.
- Kenardy, J.A., Spence, S., Macleod, A. (2006). Screening for Posttraumatic Stress Disorder in Children after Accident Injury. *Pediatrics*, 118, 134-144.
- Little, M., Kenemans, J.L., Baas, J.M.P., Logemann, HNA., Rijken, N., Remijn, M., Hassink, RJ., Engelhard, IM., & van den Hout, MA. (2017). The Effects of β -Adrenergic Blockade on the Degrading Effects of Eye Movements on Negative Autobiographical Memories. *Biol Psychiatry*, 82(8), 587-593.
- Namazi, S., Hakimaton Mokhtar, M.B., Sahandri Ghani, M., Tashk, M. (2013). Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy and Eye Movement Desensitization and Reprocessing Among Iranian Children with Post Traumatic Stress Disorder. *Psychological Models and Methods*, 3(11), 99-112.
- Parker, A., Parkin, A., & Dagnall, N. (2017). Effects of handedness & saccadic bilateral eye movements on the specificity of past autobiographical memory & episodic future thinking. *Brain and Cognition*, 114, 40-51.
- Randeniya, E. (2018). Flooding disaster: The effect on the adolescents at Angoda Rahula College, Sri Lanka. *Procedia Engineering*, 212, 723-728.
- Reyes, G., Elhai, G.D., & Ford, D. (2008). *The Encyclopedia of psychological trauma*. U.S.A: John Wiley & sons, Inc.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Engel, C.C., Foa, EB., Shea, M.T., and et al. (2007). Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in