

اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر شدت علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی  
The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on the severity of depressive and traumatic event symptoms in individuals with childhood trauma

Fariba Ahmadi Daryakenari

Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Javad Khalatbari \*

Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

[j.khalatbari@toniaiu.ac.ir](mailto:j.khalatbari@toniaiu.ac.ir)

Biuok Tajeri

Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

فریبا احمدی دریاکناری

گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

جواد خلعتبری (نویسنده مسئول)

گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

بیوک تاجری

گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

### Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on the severity of depressive symptoms and traumatic event in individuals with childhood trauma. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a one-month follow-up period. The statistical population of this study was individuals with childhood trauma referring to counseling and psychological service centers in Guilan province in 2025. 32 individuals were selected through purposive sampling and were randomly assigned to two experimental (n=16) and control (n=16) groups. The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003), Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996), and the Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss, 2007) were used to collect data. Individuals in the experimental group underwent individual intervention in eight sessions. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that compared to the control group, the scores of the experimental group in the variables of depressive symptoms and traumatic event decreased significantly from pre-test to post-test and follow-up ( $P < 0.05$ ); the findings also showed that there was no significant difference between the post-test and follow-up scores in the experimental group ( $P < 0.05$ ). Overall, it can be concluded that EMDR therapy was significantly effective in reducing depressive symptoms and traumatic event in individuals with childhood trauma.

**Keywords:** Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Depression, Traumatic Event.

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر شدت علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماه بود. جامعه آماری این پژوهش افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی در استان گیلان در سال ۱۴۰۴ بود. از این بین ۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) جایگذاری شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی (CTQ؛ برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳)، سیاهه افسردگی بک (BDI-II؛ بک و همکاران، ۱۹۹۶) و مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد (IES-R؛ ویس، ۲۰۰۷) استفاده شد. افراد گروه آزمایش در هشت جلسه به صورت فردی تحت مداخله قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، نمرات گروه آزمایش در متغیرهای علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معنادار کاهش یافته است ( $P < 0.05$ )؛ همچنین یافته‌ها نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم به‌طور معنادار بر کاهش علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی موثر بوده است.

**واژه‌های کلیدی:** حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم،

افسردگی، رویداد آسیب‌زا.

## مقدمه

دوران کودکی یکی از مهم‌ترین مراحل تحول انسان است که در آن زمینه‌های شکل‌گیری شخصیت و ویژگی‌های روانی فرد فراهم می‌گردد. یکی از عواملی که می‌تواند این فرایند را مختل نماید و به آسیب‌های روانی و اجتماعی منجر شود، تجارب رویدادهای آسیب‌زا در این دوران است (ژیا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). رویداد آسیب‌زا در دوران کودکی به هر نوع تجربه یا رویداد منفی و تهدیدکننده‌ای اطلاق می‌شود که در دوران کودکی (قبل از بلوغ) رخ می‌دهد و ممکن است تأثیرات عاطفی، روانی یا جسمی شدیدی بر کودک بگذارد (بارت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۶). این رویدادها می‌توانند شامل انواع مختلف آسیب‌ها مانند خشونت جسمی، جنسی یا روانی، غفلت، از دست دادن یک والدین (مانند مرگ یا جدایی)، شاهد بودن خشونت یا حوادث وحشتناک (مثل تصادفات یا بلایای طبیعی)، یا حتی تجربه آسیب‌های اجتماعی و محیطی مانند فقر شدید باشند (گراسر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این تجارب می‌توانند آثار عمیقی بر سلامت روانی فرد داشته باشند و منجر به پریشانی‌های روانشناختی متعدد در دوران بزرگسالی شوند (سعادت و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی می‌توانند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر تغییرات شیمیایی مغز و عملکرد سیستم‌های عصبی تأثیر بگذارند که این امر به‌ویژه در زمینه اختلالات روان‌شناختی، از جمله افسردگی نمود پیدا می‌کند (افشارزادا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۵).

افسردگی، به‌عنوان یک اختلال روانی پیچیده، معمولاً با احساسات عمیق ناامیدی، بی‌ارزشی، و از دست دادن علاقه به فعالیت‌های روزمره همراه است؛ این حالت می‌تواند به شدت بر عملکرد فرد در سطوح اجتماعی، شغلی و خانوادگی تأثیر بگذارد (بانتروک<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). در زمینه ارتباط افسردگی با تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان با تجربه آسیب، به‌ویژه کسانی که با انواع سوءاستفاده‌های جسمی یا عاطفی مواجه بوده‌اند، به‌طور قابل‌توجهی در معرض ابتلاء به افسردگی در بزرگسالی قرار خواهند گرفت (پنگ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۵؛ کین<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). به عنوان مثال نتایج پژوهش پنگ و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که سوء استفاده عاطفی و غفلت در دوران کودکی ارتباط قوی‌تری با افسردگی در بزرگسالی دارد. این دو نوع آسیب به‌ویژه نسبت به دیگر انواع آسیب‌ها مانند سوء استفاده جنسی، فیزیکی و خشونت خانگی ارتباط بیشتری با افزایش خطر افسردگی نشان دادند. همچنین نتایج مطالعه کین و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد آسیب‌های دوران کودکی می‌توانند ریسک افسردگی در دانشجویان را افزایش دهند و در این راستا غفلت و سوء استفاده عاطفی نقش مؤثرتری در ابتلا به افسردگی دارد. همچنین مشخص شد سوء استفاده جنسی/فیزیکی یا خشونت در خانواده ممکن است عوامل خطر غیر اختصاصی برای اختلال روانی نظری افسردگی باشد.

با این حال باید این نکته را در نظر گرفت که تأثیرات منفی تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی نه تنها در قالب مشکلات بلندمدت روان‌شناختی مانند افسردگی ظاهر می‌شود، بلکه می‌تواند باعث ظهور علائم رفتاری و شناختی دیگری نیز گردد که به‌طور مستقیم با پردازش و واکنش به آن تجارب مرتبط است (لی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). این علائم اغلب به‌طور خاص در پاسخ به یادآوری رویدادهای آسیب‌زا ایجاد می‌شوند و می‌توانند به‌عنوان سازوکارهای دفاعی یا واکنش‌های تطبیقی در برابر تهدیدهای روانی عمل کنند. در این زمینه، سه علامت اصلی که معمولاً بعد از چنین رویدادهایی بروز می‌کنند عبارتند از افکار مزاحم، افکار اجتنابی و برانگیختگی، که هر کدام می‌توانند نشانه‌هایی از تعامل فرد با آسیب‌های گذشته باشند و تأثیرات عمیقی بر وضعیت روانی و اجتماعی وی بگذارند (ژائو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). این علائم اغلب به‌طور مستقیم با یادآوری و تداعی خاطرات آسیب‌زا در زندگی روزمره مرتبط است. افکار اجتنابی به معنای تلاش برای دوری از هرگونه یادآوری یا تجربه‌ای است که ممکن است فرد را به یاد رویداد آسیب‌زا بیندازد. افکار مزاحم، به تفکرات مکرر و ناخودآگاه در مورد رویداد آسیب‌زا اشاره دارند که می‌توانند بر کیفیت زندگی فرد تأثیر منفی بگذارند. در نهایت، برانگیختگی به افزایش حساسیت و تحریک‌پذیری اشاره دارد که ممکن است به ناتوانی فرد در مدیریت استرس و کنترل هیجانات منجر شود (گولترمن<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

1 Xie  
 2 Barrett  
 3 Grasser  
 4 Afsharzada  
 5 Buntrock  
 6 Peng  
 7 Qin  
 8 Li  
 9 Zhao  
 10 Goltmann

با توجه به اثرات عمیق و ماندگار تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی، که می‌تواند به پریشانی‌های روانی متعددی منجر شود، ضروری است که روش‌های درمانی ویژه‌ای برای این افراد در نظر گرفته شود. تاکنون درمان‌های متعددی برای کمک به افرادی که در معرض این نوع آسیب‌ها قرار گرفته‌اند، تدوین شده است که هدف آن‌ها کاهش پیامدهای منفی و کمک به فرد برای مقابله با تأثیرات آسیب‌زا است. یکی از مداخلات روانشناختی که به طور مکرر در افراد با تجربه رویداد آسیب‌زا انجام گرفته است درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم است (شاپیرو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷؛ رایت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). این روش درمانی به افراد با تجربه رویداد آسیب‌زا کمک می‌کند تا از علائم و رنج‌های عاطفی که به دلیل تجربیات منفی گذشته ایجاد شده‌اند، بهبود یابند. در واقع درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم به جای تمرکز بر جزئیات مشکل، بر تغییر احساسات، افکار یا رفتارهایی که ناشی از تجربیات آسیب‌زا هستند، تمرکز دارد (تورس-گینز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). در طول درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم فرد تحت هدایت درمانگر و با استفاده از حرکات خاص چشم، به یادآوری و پردازش خاطرات آسیب‌زا می‌پردازد. این فرآیند به مغز کمک می‌کند تا خاطرات منفی را دوباره پردازش کند و ارتباطات صحیح و سالمی بین آن‌ها برقرار نماید. به این ترتیب، احساسات منفی مربوط به آن رویدادها کاهش یافته و تجربه‌ی یادآوری آن‌ها به گونه‌ای که فرد دوباره آن رویدادها را زندگی کند، از بین می‌رود (شاپیرو، ۲۰۱۷؛ یاسار<sup>۴</sup>، ۲۰۲۴).

همچنین بررسی پیشینه پژوهش دلالت بر این دارد که درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر نشانگان اختلال استرس پس از سانحه (رضایی و احمدی‌زاده، ۱۴۰۰)، کاهش علائم استرس پس از سانحه (بهاروند و همکاران، ۱۳۹۹)، نگرانی، اضطراب و خاطرات آزاردهنده (قوشچی و خواجوند خوشلی، ۱۳۹۶)، اختلال استرس پس از سانحه، خودپنداره منفی، مشکلات در تنظیم هیجانات و مهارت‌های ارتباطی (دی یونگ و هافکمیجر<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳)، کاهش علائم برانگیختگی بیش از حد (بالکین<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، کاهش علائم رویداد آسیب‌زا (لوی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و کاهش پریشانی روانی افراد با تجربه رویداد آسیب‌زای ناشی از بلایای طبیعی (ناتا و دایچس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴) موثر است؛ اما در هیچ یک از این مطالعات کارایی این درمان بر علائم افسردگی و علائم رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی مورد توجه پژوهشگران نبوده است؛ بنابراین انجام این مطالعه می‌تواند به این شکاف پژوهشی پاسخ دهد.

در مجموع با توجه به مباحث مطرح شده می‌توان بیان کرد دوران کودکی به‌عنوان مرحله‌ای حساس در شکل‌گیری شخصیت و سلامت روانی فرد، در معرض خطرات زیادی قرار دارد که می‌تواند به آسیب‌های روانی و اجتماعی در آینده منجر شود. تجارب آسیب‌زا مانند سوءاستفاده‌های جسمی و عاطفی، و جنسی به‌ویژه در دوران کودکی، می‌توانند آثار منفی عمیقی بر سلامت روانی فرد بگذارند و اختلالاتی چون افسردگی و علائم ناشی از یادآوری این تجارب را در بزرگسالی ایجاد کنند. با وجود پژوهش‌های متعدد در زمینه تأثیر تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی و درمان‌های مختلف برای کاهش آثار منفی آن‌ها، هنوز برخی از جوانب این حوزه نیازمند بررسی بیشتر است. با توجه به پیامدهای گسترده روانی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی ضرورت می‌یابد تا به بررسی و پژوهش در زمینه اثربخشی مداخلات روانشناختی مختلف پرداخته شود تا بتوان بهترین روش و راهبرد را برای کاهش پریشانی این افراد شناسایی کرد. باوجود شواهد اولیه مبنی بر اثربخشی حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم، همچنان درک کاملی از مکانیسم‌های زیربنایی آن و نحوه تأثیر آن بر شدت علائم مختلف وجود ندارد و مطالعات محدودی در این راستا انجام شده است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر شدت علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماه بود. جامعه آماری این پژوهش افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی در استان گیلان در سال ۱۴۰۴ بود. حداقل حجم نمونه در نرم افزار G\*Power با در نظر گرفتن سطح خطای ۰/۰۵، توان ۰/۹۰، اندازه اثر ۰/۲۵، به روش تحلیل واریانس مختلط

1 Shapiro

2 Wright

3 Torres-Giménez

4 Yaşar

5 De Jongh &amp; Hafkemeyer

6 Balkin

7 Lewey

8. Natha &amp; Daiches

اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر شدت علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی  
The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on the severity of depressive and ...

برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد؛ جهت پیشگیری از ریزش احتمالی هر گروه تا ۱۶ نفر افزایش داده شد. در مجموع ۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل دامنه سنی ۱۸ الی ۵۰ سال، کسب نمره برش ۴۹ و بیشتر در پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی (CTQ)، عدم وجود سابقه اختلالات مغز و شناخت یا آسیب‌های جدی مغزی (ارزیابی بر اساس پرسش‌های خودگزارشی)، عدم سوء مصرف مواد و الکل، سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر و تایید فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج در این پژوهش شامل عدم تمایل به حضور در جلسات درمانی، غیبت بیش از ۲ جلسه، شرکت همزمان در جلسات روان‌درمانی، نیاز به بستری و مصرف دارو و وجود افکار خودکشی بود. ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد شرکت‌کننده اطمینان داده شد که نام و اطلاعات هویتی آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج کلی داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت آگاهانه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد اختصاص داده شد؛ همچنین پیشنهاد این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با شناسه IR.IAU.TON.REC.1404.150 تایید شده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله تحت درمان فردی قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون و پس از گذشت یک ماه مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

#### ابزار سنجش

**پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی<sup>۱</sup> (CTQ):** این پرسشنامه توسط برنستاین<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) به منظور سنجش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی طراحی شد. پرسشنامه فوق دارای ۲۸ سوال است و تجارب تروماتیک دوران کودکی را در پنج زیرمقیاس سوءاستفاده‌ی جسمانی، سوءاستفاده‌ی هیجانی، سوءاستفاده جنسی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ تا ۵ می‌باشد که در مجموع، نمره نهایی فرد در دامنه‌ی بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. در این مقیاس کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی ترومای بیشتر و شدیدتر است و نمرات پایین‌تر آسیب تروماتیک کمتری را نشان می‌دهد. برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی بر روی نوجوانان پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ بدست آوردند که برای زیرمقیاس‌های سوء استفاده جسمانی برابر با ۰/۸۶، سوءاستفاده عاطفی ۰/۸۷، سوءاستفاده جنسی ۰/۹۵، غفلت جسمانی ۰/۸۹ و غفلت عاطفی ۰/۷۸ ارائه شد. روایی هم‌زمان این مقیاس نیز با مقیاس بدرفتاری با کودک بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز پایایی این مقیاس توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) به روش آلفای کرونباخ از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش شد. روایی هم‌زمان این ابزار نیز با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۳۹- بدست آمده است. در این مطالعه میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۵ محاسبه شد.

**سیاهه افسردگی بک<sup>۳</sup> (BDI-II):** این ابزار ۲۱ آیتمی توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) ساخته شده است و شدت علائم افسردگی را بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۳ اندازه‌گیری می‌کند و دامنه نمرات بین صفر الی ۶۳ است و نمره بیشتر از ۱۵ در این سیاهه معیار تشخیص نشانگان افسردگی در افراد می‌باشد؛ پایایی این سیاهه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است و روایی ملاکی آن با سازه افکار خودکشی ۰/۶۵ محاسبه شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). در نمونه ایرانی پایایی به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده و روایی ملاکی با مقیاس افسردگی اضطراب و استرس ۲۱ سوالی ۰/۷۶ گزارش شده است (رحیمی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد.

**مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد<sup>۴</sup> (IES-R):** این مقیاس توسط ویس<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) با ۲۲ گویه به منظور علائم روانی ناشی از یک حادثه آسیب‌زا تدوین شده است. این مقیاس دارای سه مؤلفه افکار مزاحم، افکار اجتنابی و برانگیختگی است. نمره کلی بر اساس جمع نمرات مؤلفه‌ها به دست می‌آید. شیوه نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است و از (صفر=هرگز تا چهار=به شدت) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر علائم رویداد آسیب‌زا است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ

1. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

2. Bernstein

3. Beck Depression Inventory (BDI-II)

4. Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

5. Weiss

برای مؤلفه افکار مزاحم ۰/۸۴، اجتناب ۰/۸۷ و برانگیختگی ۰/۷۹ بدست آمده است؛ همچنین روایی ملاکی با سیاهه افسردگی بک ۰/۴۳ محاسبه شده است (بک و همکاران، ۲۰۰۸). در نمونه ایرانی شریف‌نیا و همکاران (۲۰۲۱) پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۴ و روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و در مجموع سه زیر مقیاس ۵۹/۲۲ درصد از واریانس را تبیین کردند و بار عاملی همه سوالات بالای ۰/۴۰ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

**مداخله درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم:** این درمان در هشت هفته به صورت فردی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) بر اساس پروتکل شاپیرو و فارست<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) طراحی شده است. خلاصه پروتکل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم

جلسات	هدف	محتوا
اول	اخذ تاریخچه و برنامه ریزی درمان	علاوه بر دریافت تاریخچه کامل و انجام ارزیابی‌های مناسب، درمانگر و بیمار با هم همکاری می‌کنند تا اهداف درمان را شناسایی کنند. این اهداف می‌توانند شامل خاطرات گذشته، محرک‌های فعلی و اهداف آینده باشند.
دوم	آماده‌سازی بیمار	در این مرحله، درمانگر در واقع به آموزش بیمار در مورد مکانیزم‌های حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم می‌پردازد و به او کمک می‌کند تا استراتژی‌هایی برای مقابله با استرس ناشی از رویداد آسیب‌زا توسعه دهد.
سوم	ارزیابی خاطره هدف	این مرحله شامل پرسش‌هایی است که به فعال‌سازی خاطره آسیب‌زای بیمار و آوردن آن به آگاهی بیمار کمک می‌کند.
چهارم	کاهش حساسیت	سه مرحله بعدی به‌طور پیاپی انجام می‌شوند تا به پردازش مجدد خاطره کمک کرده و آن را به یک نتیجه‌گیری برسانند. اولین مرحله از این سه مرحله، شناخته‌شده‌ترین مرحله پروتکل حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم است (حرکات چشم/تحریک دوطرفه). از بیمار خواسته می‌شود که به رویداد آسیب‌زا تمرکز کند در حالی که تحریک دوطرفه صورت می‌گیرد. این روند ادامه می‌یابد تا زمانی که نمره مقیاس میزان ناراحتی ذهنی بیمار به صفر برسد.
پنجم	کارگزاری باورهای مثبت	زمانی که کاهش حساسیت کامل شد، درمانگر از تحریک دوطرفه برای کمک به بیمار در ارتباط دادن و تقویت باور مثبت مورد نظر برای رویداد استفاده می‌کند. در این مرحله هدف، کارگزاری شناخت‌واره مثبت به جای شناخت‌واره منفی و افزایش نیرومندی آن است.
ششم	واررسی بدن	در این مرحله، درمانگر از بیمار می‌خواهد که بدن خود را از سر تا پا واررسی کند تا ببیند آیا هیچ احساس منفی ظاهر می‌شود یا خیر. اگر احساس منفی وجود داشته باشد، درمانگر به ارائه تحریک دوطرفه ادامه می‌دهد تا زمانی که هر گونه احساس منفی باقی‌مانده از بدن پاک شود.
هفتم	خاتمه (بستن)	این مرحله بر روی پایان دادن به جلسه و کمک به بیمار برای بازگشت به حالت آرامش در لحظه حاضر متمرکز است، و اطمینان حاصل می‌کند که بیمار در وضعیت مناسبی قرار دارد تا دوباره به دنیای بیرون بازگردد.
هشتم	ارزیابی مجدد	هر جلسه بعدی با زمانی برای بحث میان درمانگر و بیمار آغاز می‌شود تا سطح کنونی ناراحتی بیمار در رابطه با خاطره آسیب‌زا و تغییرات علائم او مورد بررسی قرار گیرد. اگر بیمار کاهش ناراحتی را گزارش دهد، می‌تواند به خاطره هدف بعدی منتقل شود. در غیر این صورت، جلسات اضافی ممکن است لازم باشد. مرحله ارزیابی همچنین نقطه شروع هر جلسه جدید است که به شناسایی اهداف و مقاصد آینده برای درمان کمک می‌کند.

## یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۲ نفر در دو گروه ۱۶ نفری مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش (۳۴/۸۱±۷/۸۵) و گروه کنترل (۳۳/۹±۸۸/۱۲) بر حسب سال همگون بود. از نظر جنسیت در گروه آزمایش ۱۳ نفر (۸۱/۳۰ درصد) زن و ۳ نفر (۱۸/۸۰ درصد) مرد بودند. در گروه کنترل ۱۱ نفر (۶۸/۸۰ درصد) زن و ۵ نفر (۳۱/۳۰ درصد) مرد بودند. از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش ۳ نفر (۱۸/۸۰

اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر شدت علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی  
The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on the severity of depressive and ...

درصد) دیپلم، ۹ نفر (۵۶/۳۰ درصد) کارشناسی، ۳ نفر (۱۸/۸۰ درصد) کارشناسی ارشد و ۱ نفر (۶/۳۰ درصد) دکتری بودند؛ همچنین در گروه کنترل ۴ نفر (۲۵ درصد) دیپلم، ۸ نفر (۵۰ درصد) کارشناسی، ۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) کارشناسی ارشد و ۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) دکتری بودند. از نظر وضعیت اشتغال در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) بیکار و ۱۴ نفر (۸۷/۵۰ درصد) شاغل بودند؛ همچنین در گروه کنترل ۳ نفر (۱۸/۸۰ درصد) بیکار و ۱۳ نفر (۸۱/۲۰ درصد) شاغل بودند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در دو گروه متاهل بودند. در جدول ۲ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیرهای علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل	گروه	میانگین	انحراف	
				استاندارد	شاپیرو ویلک
				آماره	معناداری
علائم افسردگی	پیش آزمون	آزمایش	۲۵/۸۸	۶/۴۵	۰/۹۷
		کنترل	۲۶/۱۳	۵/۷۳	۰/۹۸
	پس آزمون	آزمایش	۱۷/۰۶	۵/۸۱	۰/۹۱
		کنترل	۲۷/۵۰	۶/۳۲	۰/۹۲
	پیگیری	آزمایش	۱۶/۸۸	۶/۱۰	۰/۹۷
		کنترل	۲۶/۹۴	۶/۷۸	۰/۹۱
	پیش آزمون	آزمایش	۵۲/۳۸	۸/۵۲	۰/۹۶
		کنترل	۵۲/۳۱	۹/۰۴	۰/۹۱
	پس آزمون	آزمایش	۳۱/۰۶	۱۲/۱۲	۰/۹۶
		کنترل	۵۳/۹۵	۹/۶۰	۰/۹۳
	پیگیری	آزمایش	۳۱/۷۵	۱۱/۳۵	۰/۹۴
		کنترل	۵۲/۸۸	۸/۵۵	۰/۹۵

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه آزمایش نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا داشته است؛ در واقع روند تغییرات این دو متغیر در گروه آزمایش کاهش یافته است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌های هر دو متغیر در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال بودند ( $P > 0/05$ )؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر دو متغیر به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار بود ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیرهای علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا معنادار نبود، بر این اساس گزارش شاخص  $F$  در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به ملاحظات مورد نظر در پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۵۲	۱۰/۵۷	۴	۱۲۰	۰/۰۱	۰/۲۶	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۴۸	۱۳/۱۲	۴	۱۱۸	۰/۰۱	۰/۳۱	۱
	اثر هتلینگ	۱/۰۸	۱۵/۷۶	۴	۱۱۶	۰/۰۱	۰/۳۵	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۱/۰۸	۳۲/۵۹	۲	۶۰	۰/۰۱	۰/۵۲	۱

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان ( $F=10/57, P=0/01$ )،  $\eta^2=0/26$  (اثربخشی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام یک از گروه‌ها در ترکیب متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
علائم افسردگی	زمان	۳۲۷/۷۷	۲	۱۶۳/۸۸	۴/۲۶	۰/۰۱	۰/۱۲	۱
	زمان*گروه	۵۳۳/۸۹	۲	۲۶۶/۹۴	۶/۹۳	۰/۰۱	۰/۱۹	۱
	خطا	۲۳۰۹/۶۷	۶۰	۳۸/۵۰				
علائم رویداد	بین گروهی	۱۱۴۸/۱۷	۱	۱۱۴۸/۱۷	۲۹/۵۰	۰/۰۱	۰/۵۰	۱
	زمان	۲۱۰۷/۳۱	۲	۱۰۵۳/۶۵	۲۹/۲۱	۰/۰۱	۰/۴۹	۱
	خطا	۲۱۶۴/۴۲	۶۰	۳۶/۰۷				
آسیب‌زا	زمان*گروه	۲۶۰۸/۲۷	۲	۱۳۰۴/۱۴	۳۶/۱۵	۰/۰۱	۰/۵۵	۱
	خطا	۲۱۶۴/۴۲	۶۰	۳۶/۰۷				
	بین گروهی	۵۱۴۸/۰۱	۱	۵۱۴۸/۰۱	۲۲/۸۰	۰/۰۱	۰/۴۳	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر علائم افسردگی ( $F=29/50, P=0/01$ )،  $\eta^2=0/50$  و علائم رویداد آسیب‌زا ( $F=22/80, P=0/01, \eta^2=0/43$ ) تفاوت معنادار وجود دارد؛ در واقع مداخله نقش موثری بر کاهش علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا داشته است. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی متغیرهای علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا

متغیرها	مراحل سنجش	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
علائم افسردگی	پیش‌آزمون	۸/۸۱	۰/۰۱	۱/۳۷	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	۹/۰۰	۰/۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
	پس‌آزمون	۰/۱۹	۱/۰۰	۰/۵۶	۱/۰۰
علائم رویداد آسیب‌زا	پیش‌آزمون	۲۱/۳۱	۰/۰۱	۱/۶۲	۰/۴۱
	پیش‌آزمون	۲۰/۶۲	۰/۰۱	۱/۰۰	۱/۰۰
	پس‌آزمون	۰/۶۷	۱/۰۰	۰/۹۳	۰/۹۳

نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول ۵ نشان داد که فقط در گروه مداخله بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود داشت ( $P=0/01$ )؛ این در حالی است که در گروه مداخله بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت که نشان دهنده کاهش نمرات علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا در طول زمان است ( $P<0/05$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر شدت علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر شدت علائم افسردگی در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های دی یونگ و هافکمیر (۲۰۲۳)، بالکین و همکاران (۲۰۲۲) و ناتا و دایچس (۲۰۱۴) همسو است؛ در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که این مداخله مستقیماً بر ذخیره‌سازی ناکارآمد خاطرات آسیب‌زای دوران کودکی می‌پردازد که اغلب به عنوان ریشه افسردگی در بزرگسالی عمل می‌کنند. طبق مدل پردازش اطلاعات تطبیقی (AIP)<sup>۱</sup>، آسیب‌های دوران کودکی می‌توانند بر پردازش هیجانی تأثیر بگذارند، شدت عاطفی اولیه خود را حفظ کنند و باورهای منفی مانند "من بی‌ارزش هستم" یا "من ناام هستم" را تقویت کنند. با استفاده از تحریک دو طرفه (همچون حرکات چشم هدایت شده) در این مداخله، توانایی طبیعی مغز برای پردازش مجدد این خاطرات افزایش پیدا کرده و ادغام آنها در شبکه‌های کاربردی‌تر و تطبیقی تسهیل می‌شود (یاسار، ۲۰۲۴). این فرآیند، وضوح آسیب را کاهش می‌دهد و برانگیختگی فیزیولوژیکی و درد هیجانی را که مشخصه اصلی افسردگی است، به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد. با خنثی شدن بار عاطفی سنگین گذشته، فرد قادر است طرحواره‌های منفی اصلی خود را با شناخت‌های مثبت‌تر و توانمندتر جایگزین کند. این تغییر نه تنها غم و اندوه مداوم و سایر علائم افسردگی را کاهش می‌دهد، بلکه ظرفیت فرد را برای تنظیم هیجان و تاب‌آوری نیز بازیابی می‌کند (رایت و همکاران، ۲۰۲۴).

یافته دوم نشان که درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر شدت علائم رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های رضایی و احمدی‌زاده (۱۴۰۰)، بهاروند و همکاران (۱۳۹۹)، قوشچی و خواجهوند خوشلی (۱۳۹۶) و لوی و همکاران (۲۰۱۸) همسو است؛ در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم به سبب پردازش مجدد خاطرات هیجانی فریز شده در آمیگدال می‌تواند نقش موثری بر تعدیل علائم رویداد آسیب‌زا داشته باشد. طبق مدل پردازش اطلاعات تطبیقی، آسیب‌های دوران کودکی اغلب منجر به ذخیره خاطرات در حالت خام و تکه تکه می‌شود، جایی که وحشت و درماندگی اصلی دائماً فعال باقی می‌مانند. این مداخله از تحریک دو طرفه برای تسهیل ارتباط بین نیمکره‌های مغز استفاده می‌کند و به این گره‌های آسیب‌زای جدا شده اجازه می‌دهد تا سرانجام با دیدگاه‌های سازگارتر و بالغانه ادغام شوند (شاپیرو، ۲۰۱۷). این فرآیند به طور مؤثر تحریک‌پذیری آمیگدال را کاهش می‌دهد، که در غیر این صورت فرد را در حالت مداوم هوشیاری بیش از حد و طغیان هیجانی نگه می‌دارد. با حفظ آگاهی دوگانه<sup>۲</sup> (تمرکز بر پیریشانی گذشته در حالی که در امنیت زمان حال باقی می‌ماند) بیمار می‌تواند وضوح رویداد آسیب‌زا را از بین ببرد. همانطور که خاطره هضم می‌شود و به حافظه بلندمدت منتقل می‌شود، فلش‌بک‌ها و کابوس‌های مزاحم که مشخصه اختلال استرس پس از سانحه روانی هستند، شروع به محو شدن می‌کنند (رضایی و احمدی‌زاده، ۱۴۰۰). علاوه بر این، این درمان سیستم هشدار فیزیولوژیکی عمیقی را که در اوایل رشد ایجاد شده است، مختل می‌کند و آن را با حس تسلط و آرامش جسمی جایگزین می‌کند. این بازسازی شناختی و جسمی به افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی اجازه می‌دهد تا از حالت بقا به حالت ایمنی تغییر کند و اساساً نحوه واکنش مغز به محرک‌ها را تغییر دهد (تورس-گینز و همکاران، ۲۰۲۴).

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر شدت علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی موثر است. با توجه به یافته‌های مورد اشاره، می‌توان استنتاج کرد که رویکرد درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم به عنوان یک مداخله کارآمد، با بازسازماندهی تجارب آسیب‌زای تثبیت شده در حافظه، نه تنها بار هیجانی ناشی از آسیب‌های دوران کودکی را تخلیه می‌کند، بلکه با قطع پیوند میان خاطرات دردناک و تظاهرات بالینی فعلی، به شکلی معنا دار موجب کاهش همزمان سطح افسردگی و علائم رویداد آسیب‌زا در بزرگسالی می‌گردد.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به ماهیت غیرتصادفی نمونه‌گیری (هدفمند) اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج به کل جامعه را با احتیاط مواجه می‌کند؛ همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های یادآوری رویدادهای آسیب‌زا قرار گیرد و کوتاه بودن دوره پیگیری یک ماه، امکان بررسی پایداری اثرات درمان در بلندمدت را محدود می‌سازد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، اجرای این پژوهش به روش کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده

1 Adaptive Information Processing (AIP)

2 dual awareness

در سایر مناطق جغرافیایی جهت افزایش روایی بیرونی استفاده شود. همچنین با اجرای دوره‌های پیگیری شش ماهه و یک ساله، ماندگاری دستاوردهای درمانی بر علائم افسردگی و علائم رویداد آسیب‌زا با دقت بیشتری ارزیابی گردد. در زمینه کاربردی پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی جهت بهبود علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی از درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم استفاده شود.

## منابع

- ابراهیمی، ح.، دژکام، م.، و ثقه‌السلام، ط. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۸۲-۲۷۵. <https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-fa.html>
- بهاروند، و.، درتاج، ف.، نصری، ص.، و نصرالهی، ب. (۱۳۹۹). 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 سیل زده. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۶)، ۲۰۳-۲۱۲. <https://psychologicalscience.ir/article-1-607-fa.html>
- رحیمی، چ. (۱۳۹۳). کاربرد پرسشنامه افسردگی بک-۲ در دانشجویان ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۲(۱)، ۱۷۳-۱۸۸. [https://cpap.shahed.ac.ir/article\\_2711.html?lang=fa](https://cpap.shahed.ac.ir/article_2711.html?lang=fa)
- رضایی، م.، و احمدی زاده، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی تحریک الکتریکی جریان مستقیم فراجمجمه‌ای (tDCS) با حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) مزمن. *مجله طب نظامی*، ۲۳(۷)، ۵۷۳-۵۸۳. [https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article\\_1001087.html](https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1001087.html)
- قوشچی، ن.، و خواجه‌وند خوشلی، الف. (۱۳۹۶). تعیین اثربخشی آموزش تکنیک درمانی مبتنی بر حساسیت‌زدایی حرکات چشم (EMDR) بر خاطرات آزاردهنده و اضطراب و نگرانی در زنان عضو انجمن الاغان شهر گرگان. *اصول بهداشت روانی*، ۱۹، ۳۳۳-۳۳۶. [https://jfmh.mums.ac.ir/article\\_9687.html](https://jfmh.mums.ac.ir/article_9687.html)
- Afsharzada, M. S., Saadat, S., Afsharzada, M. E., Lindström, L., Fahiz, M. F., & Fazel, F. R. (2025). Dari version of interna Buntrock, C., Harrer, M., Sprenger, A. A., Illing, S., Sakata, M., Furukawa, T. A., ... & Wong, S. Y. (2024). Psychological interventions to prevent the onset of major depression in adults: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 11(12), 990-1001. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00316-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00316-X)
- Balkin, R. S., Lenz, A. S., Russo, G. M., Powell, B. W., & Gregory, H. M. (2022). Effectiveness of EMDR for decreasing symptoms of over-arousal: A meta-analysis. *Journal of Counseling & Development*, 100(2), 115-122. <https://psycnet.apa.org/record/2022-09302-001>
- Barrett, E. L., Grummitt, L., Jones, S., Rowlinson, K., Vasilopoulos, F., Teesson, M., ... & Sunderland, M. (2026). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and associations with mental disorders, suicide and physical health in adulthood: An Australian nationally representative cross-sectional study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 60(1), 80-90. <https://doi.org/10.1177/00048674251381004>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory, Second Edition (BDII)*. San Antonio, TX: The Psychological Association. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4419-9893-4#page=79>
- Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., & Palyo, S. A. (2008). The impact of event scale-revised: psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of anxiety disorders*, 22(2), 187-198. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17369016/>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- De Jongh, A., & Hafkemeijer, L. C. S. (2024). Trauma-focused treatment of a client with Complex PTSD and comorbid pathology using EMDR therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 80(4), 824-835. <https://doi.org/10.1002/jclp.23521>
- Goltermann, J., Meinert, S., Hülsmann, C., Dohm, K., Grotegerd, D., Redlich, R., ... & Dannlowski, U. (2023). Temporal stability and state-dependence of retrospective self-reports of childhood maltreatment in healthy and depressed adults. *Psychological assessment*, 35(1), 12. <https://doi.org/10.1037/pas0001175>
- Grasser, L. R., Yang, R., Brotman, M. A., & Wiggins, J. L. (2025). The contribution of childhood trauma to irritability symptoms. *JCPP advances*, 5(1), e12260. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12260>
- Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of child & adolescent trauma*, 11, 457-472. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>
- Li, Y., Zhang, L., Qin, B., Wen, Y., Chen, H., Liu, X., ... & Zhou, X. (2025). Childhood trauma, inflammatory signatures, and fluoxetine response in adolescent depression: A cross-sectional and longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 398, 121036. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41448397/>
- Natha, F., & Daiches, A. (2014). The Effectiveness of EMDR in Reducing Psychological Distress in Survivors of Natural Disasters: A Review. *Journal of EMDR Practice & Research*, 8(3). <https://psycnet.apa.org/record/2015-30406-006>

اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر شدت علائم افسردگی و رویداد آسیب‌زا در افراد با تجربه آسیب در دوران کودکی  
The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on the severity of depressive and ...

- Peng, Y., Rehman, S., Liu, J., Ju, Y., Wang, M., Sun, J., ... & Li, L. (2025). Associations between childhood maltreatment and personality traits in individuals with and without depression: a CTQ-based assessment. *BMC psychology*, 13(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02431-7>
- Qin, Q., Jiang, Y., Mei, X., Zhu, Y., Li, H., Li, S., ... & Wang, W. (2024). The effect of childhood trauma on depression in college students: A moderated mediation model. *Journal of Affective Disorders*, 352, 490-497. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.067>
- Saadat, S., Bjärtå, A., Azizi, B. A., Hamad, J., Wahidh, T., & Afsharzada, M. S. (2025). Dari version of the childhood Trauma questionnaire-short form (CTQ-SF) in a sample of Afghan students. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100605. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468749925001061>
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Publications.
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (2016). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. Hachette UK.
- Sharif Nia, H., Kaur, H., Fomani, F. K., Rahmatpour, P., Kaveh, O., Pahlevan Sharif, S., ... & Hosseini, L. (2021). Psychometric properties of the impact of events scale-revised (IES-R) among general Iranian population during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 12, 692498. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.692498/full>
- tional trauma questionnaire-child and adolescent version (ITQ-CA): In a sample of Afghan children and adolescents exposed to trauma. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100540. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468749925000420>
- Torres-Giménez, A., Garcia-Gibert, C., Gelabert, E., Mallorquí, A., Segú, X., Roca-Lecumberri, A., ... & Sureda, B. (2024). Efficacy of EMDR for early intervention after a traumatic event: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 174, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.04.019>
- Weiss, D. S. (2007). The impact of event scale: revised. In *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 219-238). Boston, MA: Springer US. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-70990-1\\_10](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-70990-1_10)
- Wright, S. L., Karyotaki, E., Cuijpers, P., Bisson, J., Papola, D., Witteveen, A., ... & Sijbrandij, M. (2024). EMDR v. other psychological therapies for PTSD: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychological medicine*, 54(8), 1580-1588. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003446>
- Xie, Z., Li, M., Sun, H., Zhou, C., Fu, C., Wang, Q., ... & Zhu, D. (2025). Childhood, adulthood, and cumulative traumatic events experienced from childhood to adulthood and dementia risk: a population-based cohort study. *Journal of Public Health*, 33(8), 1625-1635. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-023-02140-8>
- Yaşar, A. B. (2024). *Change In the Brain with EMDR Therapy*. Psikonet Publishing Co.
- Zhao, N., Tang, M., Wang, L., Liu, T., Zhao, T., Xie, K., ... & Zeng, W. (2025). Effects of childhood trauma on depression and cognitive function in first-diagnosed, drug-naïve depressed patients: an observational case-control study. *BMC psychiatry*, 25(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06764-w>