

اثر بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری گروهی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان زلزله بم

دکتر یوسف فکور^۱

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمدرضا محمدی

دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی،

گروه روانپزشکی

دکتر جواد محمودی قرایی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مهدی کریمی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر ماهیار آذر

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده

پزشکی، گروه روانپزشکی

مقدمه: بازگویی روانشناختی روشی است که در پیشگیری از بروز نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در آسیب‌های مختلف به کار رفته است. درمان‌های شناختی - رفتاری نیز در درمان این اختلال مؤثر بوده‌اند. به منظور ارزیابی اثر بازگویی روانشناختی همزمان با گروه‌درمانی با روش‌های شناختی - رفتاری، این مطالعه انجام شد. **روش:** در یک مطالعه مداخله‌ای (کارآزمایی عرصه‌ای) از نوع قبل - بعد، ۱۷۴ نفر از بازماندگان زلزله بم که نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه را داشتند و به دلیل شدت اختلال و یا همزمانی سایر اختلالات روانپزشکی، نیازمند درمان دارویی نبودند، تحت درمان گروهی (شامل یک جلسه بازگویی روانشناختی و سه جلسه درمان شناختی - رفتاری) قرار گرفتند. نشانه‌های اختلال با مقیاس CAPS بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله ارزیابی شد و نتایج از طریق آزمون‌های t جفتی و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر قبل و بعد از مداخله مقایسه شدند. **یافته‌ها:** از ۱۷۴ فرد مورد مطالعه، ۵۰ نفر به دلیل مهاجرت و یا تمایل شخصی از مطالعه خارج شدند. پس از انجام مداخلات، تغییر فراوانی نشانه‌های اختلال در یک دوره سه ماهه معنی‌دار بود، ولی اثر آن بر شدت نشانه‌ها از نظر آماری فقط در کوتاه مدت (بلافاصله پس از مداخله) معنی‌دار بود. تغییر میانگین نشانه‌های اجتنابی از نظر آماری معنی‌دار بود و این مداخلات بر نشانه‌های تجربه مجدد واقعه (در درازمدت) و نشانه‌های برانگیختگی (در کوتاه مدت و دراز مدت) اثری نداشتند. **نتیجه‌گیری:** انجام مداخلات درمانی شامل یک جلسه بازگویی روانشناختی و سه جلسه درمان شناختی - رفتاری گروهی ممکن است باعث کاهش برخی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه زلزله (از جمله نشانه‌های اجتنابی) شود، ولی بر نشانه‌های برانگیختگی اختلال اثری ندارد.

مقدمه

در دهه‌های اخیر، اثرات روانشناختی زلزله بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. مطالعاتی که به بررسی عواقب بلایای طبیعی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که بسیاری از بازماندگان زلزله پس از

مواجهه با واقعه استرس‌زا (نظیر فقدان افراد مورد علاقه، در هم ریختگی ساختار اجتماعی و از دست دادن حمایت‌های اجتماعی)، پاسخ‌های بالینی خاصی نشان می‌دهند (لیوانو^۱، بازوغلو^۲، سالسیوغلو^۳ و کالندر^۴، ۲۰۰۳). مطالعات نشان داده‌اند که زلزله‌های

2- Livanuo
4- Salcioglu

3- Bassoglu
5- Kalender

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

E-mail: yfakour@yahoo.com



روش برای درمان و یا تعدیل نشانه‌ها در فاصله طولانی مدت نسبت به زمان حادثه، کمتر به کار رفته است (چمتوب^۱، توماس^۲، لاو^۳ و کرمینتر^۴، ۱۹۹۷). همچنین به نظر می‌رسد که ترکیبی از روش‌های شناختی- رفتاری نظیر روش یول و بازگویی روانشناختی مفیدتر از کاربرد هر یک به تنهایی باشد (دیبل، ۲۰۰۰). در این مطالعه، ۱۲ هفته پس از حادثه، اثر گروه درمانی با استفاده از بازگویی روانشناختی و روش‌های رفتاری مرکز روانشناسی بحران برگن نروژ (اسمیت^۵، دیرگروف^۶ و یول، ۲۰۰۲) و اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در یک زمینه حمایتی بر نشانه‌های PTSD در بازماندگان زلزله بم بررسی شده است.

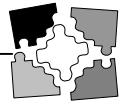
روش

در این مطالعه کارآزمایی عرصه‌ای^۷ (از نوع قبل و بعد)، سه ماه پس از زلزله اثر مداخلات حمایتی گروهی همراه با بازگویی روانشناختی و مداخلات شناختی- رفتاری (شامل روش‌های تجسمی و آموزش آرامش بخشی عضلانی^۸) در مردان و زنان ۱۴ ساله و بیشتر بازمانده از زلزله بم بررسی شد. آزمودنی‌ها همگی سابقه مواجهه مستقیم (حضور و یا مشاهده وقایع) و یا غیرمستقیم (از طریق شنیدن وقایع) با زلزله را داشتند و قبل از شرکت در جلسات درمانی از طریق مراجعه دو دستیار روانپزشکی آموزش دیده به محل سکونت آنها غربالگری شده بودند. افرادی که بر اساس معیارهای DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، حداقل دو نشانه از نشانه‌های تجربه مجدد^۹، اجتناب^{۱۰} و یا بیش‌برانگیختگی^{۱۱} مربوط به اختلال PTSD را داشتند، وارد مطالعه شدند. غربالگری از طریق

شدید ناتوانی‌های طولانی مدت ایجاد می‌کنند. در مطالعه‌ای که روی ۴۳۰ نفر از بازماندگان زلزله سال ۱۹۹۹ ترکیه انجام شد، بروز ناتوانی و اختلال روانی نظیر اختلال استرس پس از سانحه^۳ (PTSD) با میزان نزدیکی و مواجهه با زلزله ارتباط مستقیم داشت (کلیک^۱ و اولسوی^۲، ۲۰۰۱). در مطالعه دیگری روی ۵۸۶ نفر از بازماندگان زلزله ترکیه این نتیجه به دست آمد که زلزله‌های شدید و وحشتناک عواقب روانشناختی طولانی مدت در پی دارند، به خصوص در افرادی که سطح مواجهه بالایی داشته‌اند (سالسیوگلو، بازوگلو و لیوانو، ۲۰۰۳). به طور معمول اختلال استرس پس از سانحه اولین پاسخ بازماندگان به تروماست که خود پیش‌بینی کننده مهم پیامد طولانی مدت وضعیت سلامت ذهنی و فیزیکی بعدی آنهاست (مارش^۴، آمایا- جکسون^۵، موری^۶ و شولته^۷، ۱۹۹۸). یک مطالعه در تایوان نشان داد که ۷/۲۱ درصد از ۳۲۳ بازمانده زلزله، نشانه‌های PTSD داشتند، ولی در کل، گزارش‌های متعددی وجود دارد که از ۲/۵ تا ۳۳ درصد در افراد بالغ و ۲۸ تا ۷۰ درصد در کودکان متغیر است (هسو^۸، چونگ^۹، یانگ^{۱۰} و یین^{۱۱}، ۲۰۰۲). مطالعات دیگری نیز نشان داده‌اند که ۱۸/۳ درصد از زلزله‌زدگان نشانه‌های PTSD را نشان می‌دهند (کار^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۵). بنابراین، برای کاهش این ناتوانی‌ها، مداخلات پیشگیرانه و درمانی، مانند گروه‌درمانی‌های حمایتی و درمان‌های مبتنی بر روش‌های شناختی- رفتاری و سایر انواع روان‌درمانی، مورد توجه بوده‌اند (بازوگلو، لیوانو، سالسیوگلو و کالندر، ۲۰۰۳).

یول^{۱۳} و کانتربری^{۱۴} (۱۹۹۴) برای مقابله با نشانه‌های PTSD روش‌هایی را معرفی کرده‌اند که مبنای آن روش‌های تجسمی و شناختی- رفتاری است. بازگویی روانشناختی^{۱۵} (PD) نیز روش دیگری است که در ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از وقوع حادثه، برای پیشگیری از بروز اختلال به کار گرفته شده است و در طی آن از روش‌هایی چون عادی‌سازی پاسخ‌ها، تعدیل هیجان‌ها و نحوه مواجهه با نشانه‌های اختلال، در یک جلسه گروهی استفاده می‌شود (دیبل^{۱۶}، ۲۰۰۰). اثربخشی این روش در مطالعات مختلف بررسی شده که نتایج آن در متاآنالیزها متفاوت بوده است (وسلی^{۱۷}، رز^{۱۸} و بیسون^{۱۹}، ۲۰۰۱؛ کناردی^{۲۰} و همکاران، ۱۹۹۶). با این حال، این

1- Kilik	2- Ulusoy
3- Posttraumatic Stress Disorder	4- March
5- Amaya- jackson	6- Murray
7- Schulte	8- Hsu
9- Chong	10- Yang
11- Yen	12- Carr
13- Yule	14- Canterbury
15- Psychological Debriefing	16- Deabl
17- Wessely	18- Rose
19- Bisson	20- Kenardy
21- Chemtob	22- Tomas
23- Law	24- Cremniter
25- Smith	26- Dyregrov
27- field trial	29- relaxation training
29- re-experience	30- avoidance
31- hyperarousal	



روانشناختی در یک گروه حمایتی و سه جلسه استفاده از روش‌های تجسمی و شناختی- رفتاری (الگوی درمانی یول) (یول و کاتربری، ۱۹۹۴) بود که به صورت هفتگی و هر هفته یک جلسه در گروه‌های هشت تا ۱۲ نفره برگزار شد. محل اجرای مداخلات یکی از چادرهای مستقر در منطقه بود. جلسات درمانی مطابق الگوی زیر برگزار گردید:

جلسه اول. بازگویی روانشناختی (PD) به مدت حدود دو ساعت، شامل بازگویی خاطره واقعه، احساسات و افکار، همراه با عادی سازی پاسخ‌ها، تعدیل و تخلیه هیجان‌ها در یک محیط حمایت شده؛ همسان‌سازی احساسات در گروه؛ و تبیین نحوه مواجهه با نشانه‌های اختلال و ...

جلسه دوم. استفاده از روش‌های تجسمی، شامل روش تعویض جایگزینی ذهنی افکار مزاحم^۸ به هنگام مواجهه با افکار و خاطرات و نیز روش‌های کوچک کردن و دور کردن خاطرات به منظور مقابله با افکار مزاحم

جلسه سوم. آموزش آرامش بخشی عضلانی، به منظور کاهش نشانه‌های بیش‌برانگیختگی

جلسه چهارم. حساسیت زدایی تدریجی با روش‌های تجسمی، برای کاهش نشانه‌های اجتنابی بلافاصله و سه ماه پس از مداخله، نشانه‌ها مجدداً ارزیابی شدند و میانگین نمره هر شاخص تعیین و مقایسه آماری با استفاده از آزمون‌های t جفتی و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر^۹ و با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

۱۷۴ نفر از بازماندگان زلزله بم، با میانگین سنی ۳۵/۴ سال (انحراف معیار ۱۷/۶) وارد مطالعه شدند. از این تعداد، ۳۷ نفر در طی ماه اول به دلیل مهاجرت و یا عدم تمایل شخصی و ۱۳ نفر نیز به دلیل جابه‌جایی محل سکونت در طی سه ماه بعد (در مجموع ۵۰

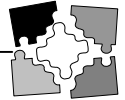
مصاحبه بالینی انجام شد. افرادی که سابقه اختلال (بر اثر سایر انواع تروما قبل از زلزله) را داشتند، افراد روان پریش، عقب افتاده ذهنی، مبتلایان به ناتوانی‌های شدید جسمی (به طوری که تحمل حضور در گروه را نداشتند) و یا مواردی که نیازمند مداخلات دارویی بودند، از مطالعه خارج شدند.

نمونه‌گیری در ناحیه بروات شهرستان بم انجام شد. با توجه به محدودیت‌های اعمال شده در منطقه و مهاجرت مکرر افراد از منطقه و نیز وجود افراد غیربومی در آنجا، نمونه‌ها به روش در دسترس و از طریق مراجعه به محل زندگی افراد، یعنی چادرهای احداث شده انتخاب شدند. انتخاب اولین چادر و منطقه نمونه‌گیری در آن ناحیه تصادفی بود و برای جداسازی بومیان و غیربومیان از راهنماهای محلی استفاده شد. پس از توضیح روش مداخله برای آزمودنی‌ها و کسب رضایت از آنها برای شرکت در پژوهش، قبل از مداخله، یک روانپزشک، یک دستیار روانپزشکی و دو روانشناس آموزش دیده ویژگی‌های جمعیت‌شناختی را به وسیله پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری و نشانه‌ها را با مقیاس CAPS^۱ (بلیک^۲ و همکاران، ۱۹۹۸ و ۲۰۰۰) ارزیابی کردند.

برای ارزیابی نشانه‌های PTSD، مقیاس CAPS یک مقیاس استاندارد می‌باشد که به وسیله انجمن ملی PTSD آمریکا تهیه شده است. این مقیاس برای هر نشانه PTSD سه شاخص فراوانی^۳، عمق^۴ و شدت^۵ در نظر گرفته است که بر اساس تعریف، شدت نشانه عبارت است از مجموع نمره فراوانی و عمق اثر هر نشانه. نمره دو شاخص اول به صورت صعودی از صفر تا چهار تعیین می‌گردد و نمره شدت اختلال بین صفر تا هشت قرار می‌گیرد که کسب حداقل نمره چهار (برای اطمینان بیشتر نمره سه) در شاخص شدت، برای وجود آن علامت لازم است. این مقیاس قادر است میزان عملکرد فردی و اجتماعی را ارزیابی کند و برای سنجش درجه بهبودی و نیز ارزیابی میزان اعتماد به پاسخ‌ها هم معیارهایی دارد. در یک مطالعه در جمعیت ایرانی (آکوچکیان^۶ و امانت^۷، ۲۰۰۴) اعتبار کلی مقیاس ۸۰ درصد و آلفای کرونباخ برای شاخص‌های تواتر و عمق نشانه‌ها به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۳ به دست آمده است.

مداخلات درمانی شامل برگزاری یک جلسه بازگویی

1- Clinical Administrated PTSD Scale for DSM-IV
2- Blake 3 - frequency
4- intensity 5 - severity
6- Akuchekian 7 - Amanat
8- intrusive thoughts 9- repeated - measure



مقایسه نشانه‌های PTSD نشان داد که میانگین شدت نشانه‌های تجربه مجدد واقعه بعد از انجام مداخلات کاهش یافته است، اگرچه از نظر آماری معنی‌دار نیست. در ارزیابی ماه سوم این میانگین افزایش یافت و ارزیابی تغییر میانگین شدت نشانه‌ها در تجزیه و تحلیل اندازه‌گیری مکرر نشان داد که تغییرات در جهت بدتر شدن علایم معنی‌دار است. تغییر میانگین شدت نشانه‌های اجتناب بلافاصله بعد از مداخله معنی‌دار و در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نیز تغییر میانگین‌ها بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله معنی‌دار بود. همچنین نتایج نشانه‌های برانگیختگی نشان داد که میانگین شدت نشانه‌ها پس از مداخله و در کل دوره ارزیابی، کاهش یافته است، اگرچه تغییرات معنی‌دار نیست. جدول ۳، تغییر میانگین علایم PTSD را به طور کلی و در سه شاخص تواتر، عمق و شدت نشانه‌ها، به تفکیک نشان می‌دهد.

جدول ۲- ارزیابی اولیه دیسترس و عملکرد آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس CAPS

شاخص ارزیابی	نمره مقیاس	فراوانی (%)
میزان دیسترس فردی	هیچ (صفر)	۰ (۰)
	خفیف (۱)	۳۶ (۲۶/۳)
	متوسط (۲)	۹۰ (۶۵/۷)
	شدید (۳)	۱۱ (۸)
	بسیار شدید (۴)	۰ (۰)
افت عملکرد شغلی	هیچ (صفر)	۶ (۴/۴)
	خفیف (۱)	۵۱ (۳۷/۲)
	متوسط (۲)	۵۵ (۴۰/۱)
	شدید (۳)	۲۲ (۱۶/۱)
	بسیار شدید (۴)	۳ (۲/۲)
افت عملکرد اجتماعی	هیچ (صفر)	۹ (۶/۶)
	خفیف (۱)	۵۵ (۴۰/۱)
	متوسط (۲)	۵۶ (۴۰/۹)
	شدید (۳)	۱۵ (۱۰/۹)
	بسیار شدید (۴)	۲ (۵/۱)

نفر) از مطالعه خارج شدند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

علاوه بر نشانه‌های PTSD، میزان دیسترس شخصی و افت عملکرد شغلی و اجتماعی آزمودنی‌ها نیز با مقیاس CAPS ارزیابی شد. جدول ۲ این شاخص‌ها را مقایسه می‌کند. با توجه به جدول ۳ بر اساس نتایج به دست آمده، تغییر میانگین فراوانی نشانه‌های PTSD قبل و بلافاصله بعد از مداخله معنی‌دار می‌باشد. در مقایسه پیاپی نیز تغییر میانگین فراوانی نشانه‌ها در زمان‌های صفر، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله بر اساس تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر معنی‌دار بود. تغییر میانگین عمق نشانه‌های PTSD، بلافاصله بعد از مداخله بر اساس تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر معنی‌دار نبود. همچنین تغییر میانگین شدت نشانه‌های PTSD، بلافاصله بعد از مداخله معنی‌دار، ولی در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تغییر میانگین‌ها معنی‌دار نبود.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

ویژگی‌های جمعیتی	فراوانی (%)
جنس	
مرد	۴۹ (۳۵/۸)
زن	۸۸ (۶۴/۲)
وضعیت تأهل	
مجرد	۵۱ (۳۷/۲)
متاهل	۸۰ (۵۸/۴)
بیوه یا مطلقه	۶ (۴/۴)
سطح تحصیلی	
بی‌سواد	۵ (۳/۶)
ابتدایی	۳۱ (۲۲/۶)
راهنمایی	۲۲ (۱۶/۱)
دبیرستان	۶۸ (۴۹/۶)
دانشگاهی	۱۱ (۸)
وضعیت اشتغال	
شاغل	۳۸ (۲۷/۷)
بیکار	۱۳ (۹/۵)
محصل	۲۵ (۱۸/۲)
خانه‌دار	۶۱ (۴۴/۵)



جدول ۳- تغییرات مجموع نمرات نشانه‌های PTSD در طول مطالعه

نشانه‌ها	شاخص‌های مقیاس CAPS	قبل از مداخله		بلافاصله پس از مداخله		t(df)	سه ماه بعد از مداخله		F(df)**
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		میانگین	انحراف معیار	
تجربه مجدد	فراوانی	۸/۶	۲/۸	۷/۶	۳/۷	۳(۱۳۶)*	۸/۷	۴/۷	۲(۲)
عمق اثر		۵/۸	۲/۲	۶	۳/۳	-۰/۵۸(۱۳۶)	۷/۸	۴/۵	۱۲(۲)*
شدت		۱۴/۵	۴/۹	۱۳/۶	۶/۸	۱/۳۸(۱۳۶)	۱۶/۴	۹	۴/۶(۲)*
اجتناب	فراوانی	۱۳/۴	۴/۲	۱۱/۱	۴/۸	۵/۴۸(۱۳۸)*	۹/۲	۴/۶	۳۲(۲)*
عمق اثر		۱۰/۱	۳/۷	۹	۴/۴	۲/۸۸(۱۳۷)*	۸/۴	۴/۵	۴/۱(۲)*
شدت		۲۳/۵	۷/۸	۲۰/۲	۸/۹	۴/۴۱(۱۳۸)*	۱۷/۶	۹	۱۶(۲)*
برانگیختگی	فراوانی	۹/۸	۳/۱	۹/۱	۳/۸	۲/۳۹(۱۳۷)*	۹	۴/۶	۳/۳(۲)*
عمق اثر		۷	۲/۴	۷/۱	۳/۱	-۰/۴۷(۱۳۷)	۷/۶	۴	۲/۹(۲)
شدت		۱۶/۹	۵/۴	۱۶/۲	۶/۸	۱/۲۲(۱۳۷)	۱۶/۷	۸/۵	۰/۵۶(۲)
مجموع علائم	فراوانی	۳۲	۸/۴	۲۷/۸	۱۰/۸	۴/۸(۱۳۵)*	۲۷/۴	۱۲/۲	۱۱/۷(۲)*
عمق اثر		۲۳/۱	۷	۲۲/۳	۹/۶	۱/۰۹(۱۳۴)	۲۴/۶	۱۱/۷	۱/۹(۲)
شدت		۵۵/۲	۱۵	۵۰/۱	۲۰	۳/۲۱(۱۳۵)*	۵۲	۲۳/۷	۳/۶(۲)

* $p < 0.05$ ، ** تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

بحث

مطالعه حاضر از این نظر که پس از یک واقعه طبیعی بسیار شدید و گسترده انجام شد و از نظر ابزار (مقیاس CAPS) و اینکه اثر مداخلات بر سه شاخص فراوانی، عمق و شدت علائم ارزیابی گردید و همچنین از این نظر که ترکیب دو روش مداخله (که قبلاً مجزا بررسی شده‌اند) را به کار برده است، منحصر به فرد می‌باشد. بر اساس نتایج این مطالعه، مداخلات حمایتی روانی - اجتماعی شامل یک جلسه بازگویی روانشناختی و سه جلسه گروه درمانی شناختی - رفتاری فقط بر فراوانی نشانه‌های PTSD اثر پایدار داشته و بر عمق نشانه‌ها اثر نداشته است. این مداخلات بر شدت علائم کوتاه مدت PTSD اثر داشت و محدود به زمان مداخله بود و پس از گذشت سه ماه از زمان مداخله، تغییرات دیگر معنی‌دار نبود.

همچنین بر اساس نتایج، اثر قابل توجه این مداخلات بر نشانه‌های اجتنابی بود و بر سایر علائم تأثیر چندانی نداشت و حتی در مورد نشانه‌های یادآوری واقعه، تشدید نشانه‌ها مشهود بود. این نتایج نشان می‌دهد که این گونه مداخلات قادر نیستند از بروز اختلال PTSD

در دراز مدت جلوگیری کنند و یا باعث کاهش نشانه‌های یادآوری و یا بیش‌برانگیختگی اختلال شوند و مهمترین اثر آنها بر نشانه‌های اجتنابی است.

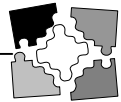
اثر بازگویی روانشناختی و رفتار درمانی شناختی در مطالعات مختلف و به روش‌های دیگر و با ابزارهای متفاوت، به تفکیک، بررسی شده است. در این مطالعات، که اولین هدف آنها، جلوگیری از بروز PTSD است، نتایج اثر بازگویی روانشناختی متفاوت بوده است. با توجه به دامنه وسیع اهداف، مثل طبیعی سازی پاسخ‌ها، کلامی کردن تجربیات واقعه و تقویت و گسترش حمایت گروه، این روش روان‌درمانی محسوب نمی‌شود و اختلاف نظر بر سر اثربخشی آن زیاد است. بر اساس گزارش مک فارلین این مداخلات اگرچه ممکن است در کوتاه مدت اثر مثبت داشته باشند، ولی در درازمدت اثر منفی دارند. بر خلاف این نظر جنکینز^۱ و شالو^۲ در مطالعات خود اثرات این گونه مداخلات را گزارش کرده‌اند (به نقل از آرنت^۳ و الکلیت^۴، ۲۰۰۱). در یک مطالعه، اثر گروه درمانی با

1- Jenkins

2- Shalev

3- Arendt

4- Elklit



کوتاه مدت اثر بخشی داشته و سه ماه پس از پایان مداخلات، علائم بدتر شده‌اند که این بیسانگر اثر عوامل مداخله کننده (اگرچه اثر غیراختصاصی) در جهت بدتر شدن علایم است و نه بهبود آن. عدم تأثیر این مداخلات بر بیش برانگیختگی نیز می‌تواند ناشی از این عوامل مداخله کننده (از جمله عوامل فشارزای ثانویه و نیز پس لرزه‌های زلزله) باشد که می‌تواند مانع اثربخشی این مداخلات در این شرایط شود. بنابراین نتایج این مطالعه را باید با احتیاط تفسیر کرد. برای حذف عوامل مداخله کننده نیز انجام مطالعات کنترل شده توصیه می‌شود.

در این مطالعه، نمونه‌گیری در منطقه بروات انجام شد و انتخاب تصادفی منطقه درمانی هم امکان پذیر نبود، زیرا مناطق تحت تأثیر قوانین منطقه و بر اساس ترتیب مراجعه گروه‌های درمانی انتخاب شده و برای برخی مناطق، قبل از مطالعه ما، مداخلات درمانی انجام شده بود. بنابراین به ناچار از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. محدودیت دیگر مطالعه، ریزش نسبتاً زیاد حجم نمونه بود که دلیل اصلی آن جابه‌جایی و مهاجرت افراد بود که امکان دسترسی به آنها را محدود می‌کرد. لذا پیشنهاد می‌شود برای بررسی بهتر اثربخشی این نوع مداخلات، مطالعات آتی کنترل شده باشد و در آنها از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود.

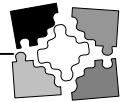
مداخلات درمانی شامل یک جلسه بازگویی روانشناختی و سه جلسه درمان شناختی- رفتاری گروهی ممکن است باعث کاهش برخی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه زلزله (از جمله نشانه‌های اجتنابی) شود، ولی بر نشانه‌های بیش برانگیختگی اختلال اثری ندارد. احتمالاً این مداخلات در دراز مدت بر فراوانی نشانه‌های این اختلال اثر کاهنده دارند و در کوتاه مدت علاوه بر تواتر بر شدت اختلال نیز تأثیر می‌گذارند.

استفاده از بازگویی روانشناختی بر بازماندگان وقایع طبیعی، شش ماه پس از واقعه بررسی شد که نتایج حاکی از کاهش علایم در هر دو گروه مداخله شده و شاهد بود (چمتوب و همکاران، ۱۹۹۷). در یک مطالعه نیز از بازگویی روانشناختی برای کارکنان آتش‌نشانی و پلیس استفاده شد که موجب کاهش وقوع اختلال PTSD در گروه مداخله شده گردید (اسمیت^۱ و دوشنی^۲، ۱۹۹۴). در یک متاآنالیز، اثر این گونه مداخلات در جلوگیری از PTSD مزمن و سایر اختلالات مرتبط با تروما بررسی شد که بر اساس نتایج آن، این مداخلات موجب کاهش نشانه‌های PTSD و سایر اختلالات مرتبط با تروما نشده بود (ون امریک^۳، کامفیوس^۴، هولسبوس^۵ و املکمپ^۶، ۲۰۰۲).

مطالعاتی که به بررسی اثر روش‌های شناختی- رفتاری پرداخته‌اند، اکثراً نتایج مثبت داشته‌اند (واگنر^۷، ۲۰۰۳؛ کوهن^۸، ۲۰۰۳؛ ون اتن^۹ و تیلور^{۱۰}، ۱۹۹۸). مطالعه روی ۲۳۱ نفر از بازماندگان مبتلا به PTSD زلزله‌ای در ترکیه نشان داد که درمان‌های رفتاری کوتاه مدت سه تا چهار جلسه‌ای در متوسط فاصله زمانی ۱۳ ماه پس از زلزله، موجب کاهش تمامی نشانه‌های اختلال شدند (بازوخلو و همکاران، ۲۰۰۳) که تا حدی با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه دیگری، اثر مداخلات شناختی- رفتاری چهار جلسه‌ای به دنبال آسیب فیزیکی بررسی شد که موجب کاهش شاخص‌های مقیاس IES^{۱۱} گردید (بیسون، شفرد^{۱۲}، جوی^{۱۳}، پروبرت^{۱۴} و نیوکمب^{۱۵}، ۲۰۰۴). بررسی اثر این گونه مداخلات به کودکان نیز نشان می‌دهد درمان چهار جلسه‌ای، نشانه‌های PTSD را کاهش داده، اما دو سال بعد از وقایع طبیعی نشانه‌های اختلال همچنان گزارش شده است (چمتوب، ناکاشیما^{۱۶} و هامادا^{۱۷}، ۲۰۰۲). اگرچه به دلیل نبود گروه کنترل در مطالعه ما، ممکن است اثر دراز مدت این مداخلات بر فراوانی کل نشانه‌های PTSD و بر شدت نشانه‌های اجتنابی و نیز اثر کوتاه مدت مداخلات بر شدت نشانه‌ها، تحت تأثیر سایر عوامل (مثل عامل زمان) باشد، ولی همان‌طور که در نتایج مشهود است، در چند مورد از جمله شدت یادآوری واقعه و نیز عمق نشانه‌های PTSD، میانگین نشانه‌ها در کوتاه مدت کاهش و در دراز مدت افزایش داشته است. این نتایج نشان می‌دهند که مداخلات در

1- Smith
3- Van Emmerik
5- Hulsbosch
7- Wagner
9- Van Etten
11- Impact of Event Scale
13- Joy
15- Newcombe
17- Hamada

2- de Chesna
4- Kamphuis
6- Emmelkamp
8- Cohen
10- Taylor
12- Shepherd
14- Probert
16- Nakashima



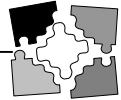
سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه تحصیلی درجه تخصصی روانپزشکی مربوط به دکتر یوسف فکور بوده و در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی ثبت گردیده است.

از مساعدت ریاست محترم اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر محمدتقی یاسمی و نیز ریاست ستاد مداخلات روانی اجتماعی بم، جناب آقای دکتر محمد فرج‌پور و تمامی همکارانی که ما را یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.). Washington D.C.: APA.
- Akuchekian, S. H., & Amanat, S. (2004). The comparison of Topiramate and placebo in the treatment of Post traumatic Stress Disorder: A Randomized double blind study. *Journal of Research in medical sciences*, 9(5), 42-46.
- Arendt, M., Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta psychiatrica scandinavica*, 104(6), 423-437.
- Basoglu, M., Livanou, M., Salcioglu, E., & Kalender, D. (2003). A brief behavioral treatment of chronic post traumatic stress disorder in earthquake survivors: Results from an open clinical trial. *Psychological Medicine*, 33 (4), 647-54.
- Bisson, J. I., Shepherd, J. P., Joy, D., Probert, R., & Newcombe, R. G. (2004). Early cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder after physical injury. Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63-9.
- Blake, D.D., Weathers, F. W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Charney, D.S., & Keane, T. M. (1998). *Clinical Administrated PTSD Scale for DSM-IV: Revised*. Boston VA medical center.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L.M., Kaloupek, D. G., Charney, D.S., & Keane, T. M. (2000). Clinical Administrated PTSD Scale for DSM-IV. In Nutt, D., Davidsons, J.R.T., Zohar, J. (Eds), *Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, Management and Treatment* (pp. 211-242). Brackwell Science, Martin Dunitz.
- Carr, V. J., Lewin, T. J., Webster, R. A., Hazell, P. L., Kenardy, J. A., & Carter, G. L. (1995). Psychological sequelae of the 1989 Newcastle earthquake. *Psychological medicine*, 25(3), 539-55.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J. P., & Hamada, R. S. (2002). Psychological intervention for post disaster trauma symptoms in elementary school children: A controlled community field study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(3), 211-6.
- Chemtob, C. M., tomas, S., Law, W., & Cremniter, D. (1997). Postdisaster psychosocial intervention: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 415-7.
- Cohen, J.A. (2003). Treating acute post traumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 53(9), 827-33.
- Deabl, M., (2000). Psychological debriefing. In Nutt, D., Davidsons, J.R., & Zohar, J (Eds), *Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, Management and Treatment*. (pp .115-131). Blackwell Science, Martin Dunitz.
- Hsu, C. C., Chong, M. Y., Yang, P., & Yen, C. F. (2002). Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan. *Journal of American Academy for child and Adolescence Psychiatry*, 41(7), 875-881.
- Kenardy, J. A., Webster, R. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., Hazell, P. L., & Carter, G. L. (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of traumatic stress*, 9(1), 37-49.
- Kilic, C., & Ulusoy, M. (2001). Treatment strategies for post-traumatic stress disorder: need for brief and effective interventions. *Acta psychiatrica scandinavica*, 104(6), 409-410.
- Livanuo, M., Bassoglu, M., Salcioglu, E. B., & Kalendar, D. B., (2003). Traumatic stress responses in treatment seeking earthquake survivors in turkey. *The Journal of Nervous and Mental Disease Inc*, 190(12), 816-823.
- March, J. S., Amaya-jackson, L., Murray, M. C., Schulte, A. (1998). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescent with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *Journal of American Academy for child and Adolescence Psychiatry*, 37(6), 585-593. 3.
- Salcioglu, E., Basoglu, M., & Livanou, M. (2003). Long-term psychological outcome for non - treatment - seeking earthquake survivors in turkey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(3), 154-160.
- Smith, C. L., & de Chesnay, M. (1994). Critical incident stress debriefings for crisis management in post traumatic stress disorders. *Medicine and Law*, 13(1-2), 185-91.
- Smith, P., Dyregrov, A., & Yule, W. (2002). *Children and disaster: Teaching recovery techniques*. Center for crisis psychology, Bergen, Norway.
- Van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta analysis. *Lancet*, 360 (9335), 766-71.



Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-45.

Wagner, A. W. (2003). Cognitive-behavioral therapy for post traumatic stress disorder applications to injured trauma survivors. *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 8(3), 175-87.

Wessely, S., Rose, S., & Bisson, J. (2001). Brief psychological interventions (debriefing) for trauma-related symptoms and prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Database Systemic Review (Online)*. 2001;(3):CD000560.

Yule, W., & Canterbury, R. (1994). The treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents. *International review of psychiatry*, 6, 141-515.