اثر گروه درمانی مبتنی بر روش‌های حمایتی و شناختی- رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه زلزله بم

دکتر یوسف فکور[۱]، دکتر جواد محمودی قرائی[۲]*، دکتر محمدرضا محمدی[۲]، مریم ممتازبخش[۳]

۱- مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲- مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۳- سازمان تأمین اجتماعی جمهوری اسلامی ایران

Title: *The effect of supportive and cognitive- behavioral group therapy on Bam earthquake survivors with post- traumatic stress disorder*

Author(s): *Fakour Y, (MD); Mahmoudi-gharaei J, (MD); Mohammadi MR, (MD); Momtazbakhsh M, (BS).*

Introduction: *Psychological debriefing is a way for prevention and reduction of post- traumatic stress disorder (PTSD) symptoms. Many studies have shown the efficacy of cognitive- behavioral therapy in treatment of post- traumatic stress disorder. Only some evidence is available about using these techniques in large scale disasters. This study was done to evaluate the efficacy of psychological debriefing and cognitive- behavioral group therapy combination on Bam earthquake related PTSD symptoms.*

Methods: *In a before-after trial, we evaluated the effect of single session psychological debriefing and three sessions of group cognitive-behavioral therapy on PTSD symptoms of Bam earthquake survivors Individuals with severe PTSD or other psychiatric disorders needing pharmacological interventions were excluded. Before, immediately and 3 months after interventions, we evaluated PTSD symptoms by clinically- administered PTSD scale for DSM-IV and analyzed them.*

Results: *95 persons were included in the study; 11 and 25 people were excluded during the first month of interventions and the 3 month follow- up period, respectively, because of migration. The frequency of PTSD symptoms and the frequency, intensity and severity of avoidance symptoms reduced during 3 month period of study which was statistically significant ($p<0.05$). No effect was obsereved regarding the frequency, intensity and severity of hyper- arousal, re-experience and the intensity and severity of total PTSD symptoms.*

Conclusion: *Psychological debriefing and group cognitive- behavioral therapy may be effective on avoidance and the frequency of total PTSD symptoms.*

Keywords: *Post- traumatic stress disorder, psychological debriefing, group cognitive- behavioral therapy, earthquake, Bam.*

Hakim 2006;9(2): 63- 69.

*نویسنده مسؤول: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بعد از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه. تلفن: ۵۵۴۱۹۱۵۱ نمابر:۵۵۴۱۲۷۵۶
پست الکترونیک: mahmoud_javad@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

چکیده

مقدمه: *بازگویی روان‌شناختی روشی است که در پیشگیری و کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) به‌کار رفته است. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات شناختی- رفتاری نیز در درمان این اختلال مؤثر بوده‌اند. شواهد اندکی در خصوص استفاده از این روش‌ها در بلایای وسیع طبیعی وجود دارد. این مطالعه به‌منظور ارزیابی اثر گروه درمانی مبتنی بر بازگویی روان‌شناختی، هم‌زمان با روش‌های رفتاری- شناختی انجام شده است.*

روش کار: *در این مطالعه قبل- بعد، تأثیر یک جلسه بازگویی روان‌شناختی و ۳ جلسه درمان شناختی- رفتاری را بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه ارزیابی نمودیم. بیمارانی که نوع شدید اختلال را داشته و یا نیازمند درمان دارویی بودند از مطالعه خارج شدند. نشانه‌های اختلال توسط مقیاس CAPS بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخله ارزیابی و آنالیز شد.*

یافته‌ها: *تعداد ۹۵ نفر از بازماندگان زلزله با میانگین سنی ۱۵/۸± ۳۵/۸ سال وارد مطالعه شدند و در طی ماه اول درمان و سه ماهه پی‌گیری به ترتیب ۱۱ و ۲۵ نفر به‌دلیل مهاجرت از مطالعه خارج شدند. پس از انجام مداخلات تواتر، عمق و شدت نشانه های اجتناب و تواتر کل نشانه‌های اختلال در یک دوره ۳ ماهه معنادار بود ($p<0/05$). این مداخلات اثری بر تواتر، عمق و شدت نشانه‌های برانگیختگی و یادآوری و عمق و شدت کل نشانه‌های PTSD نداشتند.*

نتیجه‌گیری: *بازگویی روان‌شناختی و درمان شناختی- رفتاری گروهی ممکن است در کاهش علایم **PTSD** سوانح طبیعی مؤثر باشد.*

گل‌واژگان: *اختلال استرس پس از سانحه، درمان شناختی- رفتاری، بازگویی روان‌شناختی، زلزله، بم.*

مقدمه

در بسیاری از بازماندگان زلزله، پاسخ‌های بالینی علامت‌دار خاصی پس از مواجهه با واقعه استرس‌زا، نظیر فقدان افراد مورد علاقه، درهم ریختگی ساختار اجتماعی و از دست دادن حمایت‌های اجتماعی دیده می‌شود (۱). یول و همکارانش تکنیک‌هایی را برای مقابله با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه[1] معرفی نموده‌اند که مبتنی بر روش‌های تجسمی و شناختی- رفتاری است که در درمان این اختلال به‌کار می‌رود (۲). بازگویی روان‌شناختی[2] نیز روش دیگری است که در ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از وقوع حادثه برای پیشگیری از بروز اختلال به کار گرفته می‌شود (۳). اثربخشی این روش در مطالعات مختلف بررسی شده است و نتایج در فرابررسی‌های[3] انجام شده متفاوت بوده است (۴و۵). با این حال، این روش درمانی برای درمان و یا تعدیل نشانه‌ها و در فاصله‌ای طولانی نسبت به زمان حادثه، کمتر به کار رفته است (۶). همچنین به نظر می‌رسد که ترکیبی از روش‌های شناختی- رفتاری نظیر روش یول و بازگویی روان‌شناختی مفیدتر از کاربرد هر یک به تنهایی است (۳) در این مطالعه، اثر گروه درمانی با استفاده از بازگویی روان‌شناختی و روش‌های شناختی- رفتاری را در یک زمینه حمایتی بر نشانه‌های اختلال PTSD، در مبتلایان به اختلال PTSD بازمانده از زلزله بم، ۱۲ هفته پس از حادثه مورد بررسی قرار دادیم.

روش کار

در یک کارآزمایی بالینی از نوع قبل و بعد، اثر بازگویی روان‌شناختی و مداخلات رفتاری- شناختی گروهی در درمان مردان و زنان سنین ۱۴ سال و بالاتر بازمانده از زلزله بم مبتلا به اختلال PTSD بررسی شد. آزمودنی‌ها همگی سابقه مواجهه مستقیم و یا غیرمستقیم با زلزله را داشتند و قبل از شرکت در جلسات درمانی غربالگری شده بودند و افرادی که اختلال PTSD را بر مبنای معیارهای DSM-IV داشتند وارد مطالعه شدند. افرادی که سابقه اختلال PTSD ناشی از سایر انواع ترومای قبل از زلزله را داشته و یا افراد سایکوتیک، عقب افتاده ذهنی و یا مبتلا به ناتوانایی‌های شدید جسمی که تحمل حضور در گروه را نداشتند و یا مواردی که نیازمند مداخلات دارویی

[1] Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
[2] Psychological Debriefing (PD)
[3] Meta-analysis

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

بودند از مطالعه خارج شدند. نمونه‌گیری در ناحیه بروات شهرستان بم انجام شد و انتخاب نمونه‌ها به روش در دسترس و از طریق مراجعه به محل زندگی افراد بود. غربالگری با شناسایی افراد مبتلا به اختلال PTSD بر اساس معیارهای DSM-IV از طریق مصاحبه روان‌پزشکی و توسط یک نفر روان‌پزشک انجام می‌شد. پس از شناسایی افراد و کسب رضایت آنها برای شرکت در مداخلات، ویژگی‌های جمعیتی آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه خودساخته محقق ثبت و ارزیابی نشانه‌ها توسط مقیاس CAPS[1](۷ و ۸) قبل از انجام مداخلات توسط یک نفر از دستیاران روان‌پزشکی و دو نفر روان‌شناس آموزش‌دیده انجام شد. مقیاس CAPS، یک مقیاس استاندارد برای ارزیابی نشانه‌های PTSD است که توسط انجمن ملی PTSD آمریکا تهیه شده است. این مقیاس برای هر علامت PTSD دارای ۳ شاخص تواتر[2]، عمق[3] و شدت[4] نشانه است که بر اساس تعریف، شدت عبارت است از مجموع نمره تواتر و عمق اثر هر نشانه. نمره دو شاخص اول به‌صورت صعودی از صفر تا چهار تعیین می‌گردد؛ بنابراین نمره شدت هر نشانه بین صفر تا هشت قرار می‌گیرد که حداقل نمره چهار در شاخص شدت برای تأیید وجود آن نشانه لازم است. این مقیاس قادر به ارزیابی میزان عملکرد فردی و اجتماعی است و معیارهایی برای سنجش درجه بهبودی و نیز ارزیابی میزان اعتماد به پاسخ‌ها دارد.

مداخلات درمانی شامل یک جلسه بازگویی روان‌شناختی و ۳ جلسه استفاده از روش‌های تجسمی و شناختی- رفتاری بود که به‌صورت هفتگی و هر هفته یک جلسه در گروه‌های ۸ الی ۱۲ نفره انجام می‌شد. محل اجرای مداخلات یکی از چادرهای مستقر در منطقه بود. جلسات درمانی مطابق الگوی زیر بر اساس راهنمای مرکز مداخله در بحران نروژ (۹) انجام شده است:

- جلسه اول: بازگویی روان‌شناختی به‌مدت حدود ۲ ساعت شامل بازگویی خاطرات واقعه، احساسات و افکار همراه با عادی‌سازی پاسخ‌ها، تعدیل و تخلیه هیجانات در یک محیط حمایت شده و تبیین نحوه مواجهه با نشانه‌های اختلال و ...
- جلسه دوم: استفاده از روش‌های تجسمی شامل روش جایگزینی ذهنی افکار و خاطرات به‌هنگام یادآوری خودبه‌خود افکار و خاطرات مزاحم و نیز روش‌های کوچک کردن، دور کردن تصویر خاطرات به‌منظور مقابله با افکار مزاحم[5].
- جلسه سوم: آموزش آرامش‌بخشی عضلانی به‌منظور کاهش نشانه‌های برانگیختگی.
- جلسه چهارم: حساسیت‌زدایی تدریجی با روش‌های تجسمی[6] برای کاهش نشانه‌های اجتنابی.

نحوه انجام مطالعه و مداخلات از نظر اخلاقی به تأیید شورای پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی رسید. و قبل از انجام مداخلات در مورد روش مداخله توضیح و رضایت شفاهی شرکت کنندگان اخذ شد. بلافاصله و ۳ ماه پس از انجام مداخلات، ارزیابی نشانه‌ها انجام شد. میانگین نمره هر شاخص قبل، بلافاصله و ۳ ماه بعد از انجام مداخله تعیین و مقایسه آماری در پایان ماه اول در سطح آلفای ۰/۰۵ با استفاده از آزمون تی‌جفتی[7] و در کل دوره مطالعه با توجه به ۳ مرتبه سنجش متوالی نشانه‌ها، مقایسه در سطح آلفای ۰/۰۱ با استفاده از آزمون ارزیابی متوالی میانگین‌ها[8] و نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ در محیط ویندوز انجام شد.

نتایج

تعداد ۹۵ نفر از بازماندگان زلزله بم با میانگین سنی ۱۵/۸ ± ۳۵/۸ سال وارد مطالعه شدند. از این تعداد، ۱۱ نفر (۱۱/۵٪) به‌دلیل مهاجرت و یا تمایل شخصی در ماه اول از مطالعه خارج شدند و ۸۴ نفر با میانگین سنی ۱۵/۹ ± ۳۵/۴ در مطالعه باقی ماندند. جدول ۱ تعداد و ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. میزان دیسترس، همچنین افت عملکرد شغلی و اجتماعی آزمودنی‌ها نیز توسط مقیاس CAPS ارزیابی شد.

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها

ویژگی جمعیتی	شاخص‌های فرعی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (٪)
جنس:	مرد	۲۷	۳۲/۱
	زن	۵۷	۶۷/۹
وضعیت تأهل:	مجرد	۲۵	۲۹/۸
	متاهل	۵۴	۶۴/۳
	بیوه و یا مطلقه	۵	۶
وضعیت تحصیلی:	بی‌سواد	۴	۴/۸
	ابتدایی	۲۰	۲۳/۸
	راهنمایی	۱۲	۱۴/۳
	دبیرستان	۴۶	۵۴/۸
	دانشگاهی	۲	۲/۴
وضعیت اشتغال:	شاغل	۲۱	۲۵
	بیکار	۸	۹/۵
	محصل	۹	۱۰/۷
	خانه‌دار	۴۶	۵۴/۸

[1] Clinical administrated PTSD scale for DSM-IV
[2] Frequency
[3] Intensity
[4] Severity
[5] Intrusive thoughts
[6] Guided imagery
[7] t –paired
[8] Repeated measure

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جدول ۲، فراوانی این شاخص‌ها را نشان می‌دهد. ۲۵ نفر در طی سه ماه بعد به‌دلیل مهاجرت به شهرهای اطراف، از مطالعه خارج شدند.

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

شاخص مورد ارزیابی	نمره مقیاس CAPS	فراوانی مطلق	فراوانی (٪)
میزان دیسترس فردی:	هیچ (صفر)	–	–
	خفیف (۱)	۹	۱۰/۷
	متوسط (۲)	۶۴	۷۶/۲
	شدید (۳)	۱۱	۱۳/۱
	بسیار شدید (۴)	–	–
افت عملکرد شغلی:	هیچ (صفر)	–	–
	خفیف (۱)	۲۲	۲۶/۲
	متوسط (۲)	۴۲	۵۰
	شدید (۳)	۱۷	۲۰/۲
	بسیار شدید (۴)	۳	۳/۶
افت عملکرد اجتماعی:	هیچ (صفر)	۲	۲/۴
	خفیف (۱)	۲۷	۳۲/۱
	متوسط (۲)	۴۱	۴۸/۸
	شدید (۳)	۱۳	۱۵/۵
	بسیار شدید (۴)	۱	۱/۲

در ارزیابی میانگین کل نشانه‌های PTSD، میانگین تواتر نشانه‌ها از ۵/۸ ± ۳۶/۶ قبل از مداخله به ۱۰/۱ ± ۳۱/۳ و ۱۲/۱ ± ۳۰/۴ بلافاصله و ۳ ماه پس از مداخله رسید. تغییر میانگین تواتر نشانه‌ها بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخلات، معنادار بود. تغییرات میانگین شدت نشانه‌ها قبل و بلافاصله بعد از مداخله (آزمون آماری تی‌جفتی) معنادار بود، در طول دوره ۴ ماهه بر اساس آنالیز متوالی میانگین‌ها، تغییرات ارزیابی شد (p= ۰/۰۲). تغییر میانگین عمق نشانه‌ها نیز بلافاصله بعد از مداخله معنادار، ولی در طول دوره مطالعه معنادار نبود.

در مقایسه نشانه‌های PTSD به تفکیک، نتایج نشان می‌دهند که تغییر میانگین شدت نشانه‌های یادآوری واقعه[1] قبل و بلافاصله بعد از انجام مداخلات و در آنالیز متوالی میانگین‌ها در طول مطالعه معنادار نیست. تغییر میانگین شدت نشانه‌های اجتناب[2] بلافاصله و در طول مطالعه در ارزیابی متوالی میانگین‌ها معنادار است. همچنین نتایج مربوط به نشانه‌های برانگیختگی[3] نشان می‌دهد که تغییر میانگین شدت این نشانه‌ها بلافاصله پس از مداخله و در طول مطالعه در آنالیز تغییر میانگین زمان‌های صفر، بلافاصله و ۳ ماه پس از مداخله تحلیل متوالی میانگین‌ها معنادار نیست.

جدول ۳ تغییر میانگین سه دسته علایم PTSD را در سه شاخص تواتر، عمق و شدت نشانه‌ها به تفکیک نشان می‌دهد. با توجه این که شرکت کنندگان از نظر جنس، سن و تأهل توزیع یکنواخت نداشتند برای حذف اثر این عوامل، ارزیابی متوالی میانگین‌ها و ANOVA بر حسب این سه عامل انجام شد. در مورد فرکانس و شدت کل نشانه‌های PTSD که در آنالیز قبلی

[1] Re-experience
[2] Avoidance
[3] Hyper arousal

جدول ۳- تغییرات میانگین مجموع نمرات نشانه‌های PTSD **در آنالیز ۱ ماهه و ۳ ماهه**

گروه‌ها	شاخص مقیاس	قبل از مداخله		بعد از یک ماه		ارزش P*	۳ ماه بعد		ارزش P**	توان آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		میانگین	SD		
یادآوری:	تواتر	۹/۹	۲/۳	۸/۶	۳/۸	۰/۰۰۴	۹/۵	۵	۰/۱۲	۰/۴۲
	عمق اثر	۶/۸	۱/۸	۶/۸	۳/۴	۰/۹	۹	۵	۰/۰۰	۰/۹۸
	شدت	۱۶/۷	۳/۹	۱۵/۴	۶/۹	۰/۱	۱۸/۵	۹/۸	۰/۰۳	۰/۶۴
اجتناب:	تواتر	۱۵/۵	۳	۱۲/۴	۴/۷	۰/۰۰	۱۰/۴	۴/۶	۰/۰۰	۱
	عمق اثر	۱۲/۲	۲/۷	۱۰/۱	۴/۲	۰/۰۰	۹/۸	۴/۷	۰/۰۰	۰/۹۵
	شدت	۲۷/۷	۵/۵	۲۲/۶	۸/۷	۰/۰۰	۲۰/۱	۹/۱	۰/۰۰	۱
برانگیختگی:	تواتر	۱۱	۲/۴	۱۰/۳	۳/۵	۰/۰۵۳	۱۰/۴	۴/۶	۰/۲۲	۰/۳۱
	عمق اثر	۸	۱/۸	۸/۱	۲/۶	۰/۸۶	۸/۷	۴/۲	۰/۰۸	۰/۴۸
	شدت	۱۹/۱	۴	۱۸/۴	۶	۰/۲۶	۱۹/۲	۸/۷	۰/۷	۰/۰۹۸
مجموع علایم:	تواتر	۳۶/۶	۵/۸	۳۱/۳	۱۰/۱	۰/۰۰	۳۰/۴	۱۲/۱	۰/۰۰	۰/۹۹
	عمق اثر	۲۷/۱	۵	۲۵/۱	۸/۷	۰/۰۳۸	۲۷/۶	۱۲	۰/۱۸	۰/۳۵
	شدت	۶۳/۷	۱۰/۳	۵۶/۵	۱۸/۳	۰/۰۰	۵۸	۲۳/۸	۰/۰۲	۰/۶۸

* آ زمون تی جفتی (بین ماه صفر و ماه اول)

** ارزیابی متوالی میانگین‌ها

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

تغییرات قابل توجه بود با در نظر گرفتن سن، جنس و تأهل به ترتیب مقدار p برای متغیر درون آزمایش[1] مساوی با ۰/۰۷ (توان = ۰/۵۲) و ۰/۱۳ (توان = ۰/۳۷) می‌باشد. مقدار p در مورد متغیر بین آزمایش[2] برای سن، جنس و تأهل در مورد تواتر نشانه‌ها به ترتیب ۰/۰۹، ۰/۰۷ و ۰/۰۱ و در مورد شدت نشانه‌ها ۰/۰۷، ۰/۰۸ و ۰/۰۱ می‌باشد. در مورد نشانه‌های اجتنابی نیز که در آنالیز قبلی تغییرات معنادار بود تحلیل مجدد بر اساس این سه عامل انجام شد که تغییرات قابل توجه نیست.

در مورد عمق نشانه‌های یادآوری نیز که تغییرات در جهت افزایش معنادار بود در آنالیز مجدد با توان مساوی ۰/۲۲ تغییرات معنادار نبوده (p= ۰/۳۶) و متغیر بین آزمایش برای سن، جنس و تأهل به ترتیب ۰/۰۲، ۰/۱ و ۰/۰۰۴ می‌باشد. در سایر موارد که در آنالیز قبلی تغییرات معنادار نبوده است در آنالیز مجدد نیز تغییرات قابل توجه نیست.

بحث

از آنجایی که این مطالعه در یک واقعه طبیعی بسیار شدید و گسترده انجام شده و با توجه به این که در آن از یک ابزار (مقیاس CAPS) با قابلیت سنجش وسیع‌تر نشانه‌ها نسبت به مقیاس‌های دیگر استفاده شده و اثر مداخلات را بر سه شاخص تواتر، عمق، و شدت علایم ارزیابی کرده است، همچنین ترکیب دو روش مداخله که قبلا مجزا بررسی شده بودند را به‌کار گرفته است، منحصربه فرد بوده و مطالعه مشابهی تاکنون انجام نشده است. بنابراین نتایج این مطالعه در برنامه‌ریزی‌های آینده در وضعیت‌های مشابه قابل استفاده است. بر اساس نتایج جدول ۲ اکثر شرکت کنندگان در این مطالعه میزان متوسطی از دیسترس، افت عملکرد شغلی و اجتماعی را گزارش کرده بودند و در این سطح آسیب، مداخلات گروهی شامل یک جلسه بازگویی روان‌شناختی و سه جلسه گروه‌درمانی شناختی- رفتاری احتمالاً در کاهش تواتر نشانه‌های PTSD مؤثر است و بر عمق نشانه‌ها فقط بلافاصله بعد از انجام مداخلات مؤثر بوده و با گذشت زمان تأثیر آن پایدار نیست. مداخلات بر شدت نشانه‌های اختلال در کوتاه‌مدت (پس از یک ماه) مؤثر و در درازمدت (۳ ماه بعد) کاملاً مؤثر نبوده و به لحاظ آماری در حد بینابینی است.

همچنین بر اساس نتایج، اثر این مداخلات بیشتر بر نشانه‌های اجتنابی است و بر سایر علایم تأثیر چندانی ندارد و حتی در مورد عمق نشانه‌های یادآوری، واقعه تشدید نشانه‌ها مشهود است. این نتایج نشان می‌دهد که این‌گونه مداخلات قادر نیستند در درازمدت باعث کاهش نشانه‌های یادآوری و یا برانگیختگی اختلال گردند ولی در کاهش نشانه‌های اجتنابی مؤثرند.

در سایر مطالعات نتایج مربوط به اثر بازگویی روان‌شناختی متفاوت بوده است. اولین هدف این‌گونه مداخلات جلوگیری از بروز اختلال PTSD است و با توجه به دامنه وسیع اهداف در روش بازگویی روان‌شناختی مثل هنجارسازی پاسخ‌ها، کلامی نمودن تجربیات واقعه و تقویت و گسترش حمایت گروه، این روش روان‌درمانی محسوب نمی‌شود و اختلاف نظر بر سر اثربخشی آن زیاد است (۱۰). مک‌فارلان[3] گزارش نمود که این مداخلات اگرچه در کوتاه‌مدت ممکن است اثر مثبت داشته باشند ولی در درازمدت اثرات منفی داشته‌اند. بر خلاف این نظر جنکینز[4] و شالو[5] در مطالعات خود اثرات مثبتی را برای این‌گونه مداخلات گزارش نمودند (۱۰). مطالعه ما تاحدی نتایج مطالعه مک‌فارلان را در برخی شاخص‌ها تأیید می‌کند هر چند در مداخلات ما علاوه بر بازگویی روان‌شناختی مداخلات شناختی- رفتاری نیز انجام شده است. در مطالعه دیگری اثر گروه‌درمانی با استفاده از بازگویی روان‌شناختی در بازماندگان وقایع طبیعی ۶ ماه پس از واقعه بررسی شد که کاهش علایم در هر دو گروه مداخله و شاهد گزارش شد (۱۱). در یک مطالعه نیز بازگویی روان‌شناختی در پرسنل آتش‌نشانی و پلیس استفاده شد که در گروه مداخله موجب کاهش وقوع اختلال PTSD گردید (۱۲). در یک مطالعه فرابررسی اثر این‌گونه مداخلات در جلوگیری از PTSD مزمن و سایر اختلالات مرتبط با تروما بررسی شد و بر اساس نتایج آن، این مداخلات موجب کاهش نشانه‌های اختلال PTSD و سایر اختلالات مرتبط با تروما نشده بود (۱۳).

مطالعاتی که بررسی اثر روش‌های شناختی رفتاری پرداخته‌اند اکثراً نتایج مثبت داشته‌اند (۱۶-۱۴). در یک مطالعه در ترکیه در ۲۳۱ نفر از بازماندگان مبتلا به PTSD ناشی از زلزله درمان‌های رفتاری کوتاه‌مدت ۳ تا ۴ جلسه‌ای در متوسط فاصله زمانی ۱۳ ماه از زلزله، موجب کاهش تمامی نشانه‌های اختلال شده بود (۱۷) و نتایج آن از این نظر که در مطالعه ما نیز نشانه‌های اجتنابی کاهش یافته‌اند، تا حدی با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد. در مطالعه دیگری اثر مداخلات شناختی- رفتاری ۴ جلسه ای به‌دنبال آسیب فیزیکی بررسی شد که موجب کاهش در

[1] Within subject effect
[2] Between subject effect
[3] Mc farlane
[4] Jenkins
[5] Shalev

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

شاخص‌های مقیاس اثر استرس[1] گردید (۱۸). در کودکان نیز اثر این‌گونه مداخلات بررسی شده است و درمان ۴ جلسه‌ای موجب کاهش در علایم اختلال PTSD در کودکانی شد که ۲ سال بعد از وقایع طبیعی هم‌چنان نشانه‌های اختلال را گزارش می‌کردند (۱۹).

با توجه به این‌که عواملی چون سن، جنس و تأهل از توزیع یکنواختی برخوردار نبودند و به‌نظر می‌رسید که بر تغییرات ناشی از مداخلات مؤثر باشند لذا برای داده‌ها، ANOVA با در نظر گرفتن این عوامل انجام شد که در این صورت تغییرات در هیچ یک از شاخص‌ها معنادار نبوده و به‌نظر می‌رسد این عوامل هستند که موجب کاهش میانگین نشانه‌ها شده‌اند و مداخلات درمانی چندان مؤثر نبوده‌اند. براساس یافته‌های مربوط به اثر بین‌گروهی، ابتدا وضعیت تأهل و بعد از آن تأثیر سن بارزتر بوده است و جنس کمترین اثر را بر نتایج داشته است. ولی از آنجا که پس از انجام ANOVA، توان آزمون به شدت کاهش پیدا می کند به نظر می‌رسد که حجم نمونه در حدی نیست که بتوان چنین گروه‌بندی را انجام داد و چنان‌چه حجم نمونه بیشتر باشد ممکن است مجدداً تغییرات معنادار شوند.

محدودیت دیگر، فقدان گروه کنترل است. ممکن است اثر درازمدت این مداخلات بر تواتر کل نشانه‌های PTSD و بر شدت نشانه‌های اجتنابی و نیز اثر کوتاه‌مدت مداخلات بر شدت نشانه‌ها تحت تأثیر سایر عوامل مثل عامل زمان باشد ولی همان طور که در نتایج مشهود است در چند مورد از جمله شدت یادآوری واقعه و نیز عمق نشانه‌های PTSD، میانگین نشانه‌ها در کوتاه‌مدت کاهش و در درازمدت افزایش یافته است. این نتایج نشان می‌دهند که مداخلات در کوتاه‌مدت اثربخشی داشته و با اتمام مداخلات بعد از سه ماه، علایم بدتر شده‌اند که بیانگر اثر عوامل مداخله کننده در جهت بدتر شدن علایم و نه بهبود است. عدم تأثیر این مداخلات بر نشانه‌ها برانگیختگی اختلال نیز ممکن است ناشی از این فاکتورهای مداخله کننده و از جمله استرسورهای ثانویه و نیز پس‌لرزه‌های زلزله باشد که می‌تواند مانع اثربخشی این مداخلات در این شرایط شود.

ریزش نسبتاً زیاد جمعیت آزمودنی‌ها عمدتاً در طول ۳ ماه پی‌گیری بعد از درمان، محدودیت دیگری است که بر نتایج درازمدت تأثیر دارد و چنان‌چه حجم نمونه در همان سطح اول باقی می‌ماند ممکن بود تفاوت‌ها مشخص‌تر شوند. با توجه به این محدودیت‌ها باید این نتایج را با احتیاط تفسیر نمود و برای حذف عوامل مداخله‌کننده، انجام مطالعات کنترل شده با حجم نمونه بیشتر توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

انجام مداخلات درمانی شامل یک جلسه بازگویی روان‌شناختی و ۳ 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 یادآوری و برانگیختگی اختلال اثری ندارد. به طور کلی این مداخلات بر تواتر نشانه‌های این اختلال اثر کاهنده دارند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، بخشی از پایان‌نامه 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 یاسمی صمیمانه سپاسگزاریم.

1 Impact of Stress Scale (IES)

References

1. Livanuo M, Bassoglu M, Salcioglu EB, et al. Traumatic stress responses in treatment seeking earthquake survivors in turkey. J Nerv Mental Disorder 2002; 190(12): 816-823.
2. Yul W, Canterbury R. The treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents. Int Rev Psychiatry 1994; 6: 141-51.
3. Deabl M. Psychological debriefing. Nutt D, Davidsone JRT, Zohar J (Editors). Post-traumatic stress disorder. Martin Dunitz 2000; pp: 115-131.
4. Wessely S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions (debriefing) for trauma-related symptoms and prevention of post traumatic stress Disorder. Cochrane database Syst Rev 2001; (3): CD000560.
5. Kenardy JA, Webster RA, Lewin TJ, et al. Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. J Trauma Stress 1996; 9(1): 37-49.
6. Chemtob CM, Tomas S, Law W, et al. Postdisaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. Am J Psychiatry 1997; 154(3): 415-7.
7. Smith P, Dyregrov A, Yul W. Children and disaster:

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

teaching recovery techniques. Bergen: Children and War Foundation/ Center for Crisis Psychology; 2002.
8. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. Clinical Administrated PTSD Scale for DSM-IV: Revised 1998. Boston VA Medical Center.
9. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. Clinical Administrated PTSD Scale for DSM-IV. Nutt D, Davidsone JRT, Zohar J (Editors). Post-traumatic stress disorder. Martin Dunitz 2000; 211-242.
10. Arendt M, Elklit A. Effectiveness of psychological debriefing. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2001; 104(6): 423-437.
11. Chemtob CM, Tomas S, Law W, et al. Post disaster psychosocial interventions: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. Am J Psychiatry 1997; 154(3): 415-7.
12. Smith CL, de Chesnay M. Critical incident stress debriefings for crisis management in post traumatic stress disorders. Med Law 1994; 13(1-2): 185-91.
13. Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, et al. Single session debriefing after psychological trauma: A meta analysis. Lancet 2002; 360 (9335): 766-71.
14. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post traumatic stress disorder: a meta-analysis. Clinical Psychol Psychother 1998; 5: 126-45.
15. Wagner AW. Cognitive-behavioral therapy for post traumatic stress disorder applications to injured trauma survivors. Semin Clin Neuropsychiatry 2003; 8(3): 175-87.
16. Cohen JA. Treating acute post traumatic reactions in children and adolescents. Biol Psychiatry 2003; 53(9): 827-33.
17. Basoglu M, Livanou M, Salcioglu E, et al. A brief behavioral treatment of chronic post-traumatic stress disorder in earthquake survivors: result from an open clinical trial. Psychol Med 2003; 33(4): 647-54.
18. Bisson JI, Shepherd JP, Joy D, et al. Early cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder after physical injury. Randomized controlled trial. Br J Psychiatry 2004; 184: 63-9.
19. Chembtob CM, Nakashima JP, Hamada RS. Psychological intervention for post disaster trauma symptoms in elementary school children: a controlled community field study. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156(3): 211-6.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]