

## اثر مداخلات حمایتی روانی - اجتماعی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان آسیب دیده از زلزله بم

دکتر جواد محمودی قرائی\*، فلوی فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز

روانپزشکی روزبه

دکتر محمد رضا محمدی، استاد و فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز

روانپزشکی روزبه

دکتر یوسف فکور، رزیدنت روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز پزشکی امام حسین (ع)

مریم ممتاز بخش، مربی و کارشناس پرستاری، مرکز پزشکی شهید لبافی نژاد

### خلاصه

**هدف:** در نوجوانان حوادث طبیعی باعث تخریب عملکرد عملکرد فردی و اجتماعی و تهدید تمامیت فیزیکی و روانی می‌گردد. روش‌های مختلفی برای مقابله با اثرات اینگونه وقایع بکار رفته است. بازگویی روانشناختی و روش‌های شناختی رفتاری در پیشگیری و درمان نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بکار رفته‌اند. در مطالعات مختلف اثر این روش‌ها به‌طور جداگانه و اکثراً در بزرگسالان بررسی شده ولی مشخص نیست که ترکیبی از این دو روش مداخله، در تخفیف و یا کاهش شدت نشانه‌های این اختلال مؤثر باشد. به‌منظور ارزیابی اثر گروه درمانی مبتنی بر بازگویی روانشناختی همزمان با روشهای رفتاری - شناختی در نوجوانان این مطالعه انجام شده است.

**روش مطالعه:** در یک مطالعه تک گروهی از نوع قبل - بعد، نوجوانانی که برخی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه زلزله بم را بر اساس معیارهای DSM-IV داشته و نیازمند درمان دارویی بخاطر شدت اختلال و یا همزمانی سایر اختلالات روانپزشکی نبودند تحت مداخلات گروهی شامل یک جلسه بازگویی روانشناختی و ۳ جلسه درمان شناختی - رفتاری قرار گرفتند. نشانه‌های اختلال توسط مقیاس CAPS بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخله ارزیابی شد. نتایج از طریق آزمونهای T-Paired و Repeated measure قبل و بعد از انجام مداخله مقایسه شد.

**یافته‌ها:** تعداد ۳۰ نفر از بازماندگان زلزله بم با میانگین سنی ۱۶/۴ سال وارد مطالعه شدند و ۸ نفر بدلیل مهاجرت و یا تمایل شخصی از مطالعه خارج شدند. پس از انجام مداخلات تغییر تواتر نشانه‌های اختلال بلافاصله پس از مداخله معنی‌دار  $P < 0.05$  و پس از سه ماه معنی‌دار نبود. تغییر میانگین عمق و شدت نشانه‌ها بلافاصله پس از انجام مداخله و پس از سه ماه معنی‌دار نبود. تغییر میانگین شدت نشانه‌های یادآوری، اجتناب و برانگیختگی در طی دوره سه ماهه از نظر آماری معنی‌دار نبود  $P > 0.05$ . و فقط کاهش در شاخص تواتر نشانه‌های اجتناب بلافاصله پس از مداخله از نظر آماری معنی‌دار بود  $P < 0.05$ . ولی پس از سه ماه از مداخله تغییرات معنی‌دار نبود.

**نتیجه‌گیری:** انجام مداخلات درمانی شامل یک جلسه بازگویی روانشناختی و ۳ جلسه درمان رفتاری شناختی گروهی اگر چه در برخی موارد باعث کاهش شاخص تواتر نشانه‌های اختلال PTSD شد ولی به‌طور کلی و در دراز مدت مؤثر نبود.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال استرس پس از سانحه. درمان رفتاری - شناختی. بازگویی روانشناختی،

زلزله، بم

### مقدمه

پاسخهای علامت‌دار خاص در بسیاری از بازماندگان زلزله بم از مواجهه با واقعه آسیب‌زا نظیر فقدان افراد مورد علاقه، درهم ریختگی ساختار اجتماعی و از دست دادن حمایت‌های

در دهه‌های اخیر اثرات روانشناختی زلزله بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که

بازگویی روانشناختی (Psychological Debriefing) نیز روش دیگری است که در ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از وقوع حادثه برای پیشگیری از وقوع اختلال بکار می‌رود [۱۴] و در طی آن با استفاده از روش‌هایی چون عادی سازی پاسخ‌ها، تعدیل هیجانات و ... در یک جلسه گروهی به پیشگیری از وقوع اختلال کمک می‌کند [۱۴]. اثر بخشی این روش در مطالعات مختلف بررسی شده است و در چند متآنالیز نتایج متفاوت بوده است [۱۵، ۱۶]. با اینحال این روش مداخله در فاصله طولانی نسبت به زمان واقعه کمتر بکار رفته است [۱۷]. همچنین به نظر می‌رسد که ترکیبی از روش‌های رفتاری-شناختی و بازگویی روانشناختی مفیدتر از کاربرد هریک به تنهایی است [۱۴].

در این مطالعه اثر گروه درمانی با استفاده از PD و روش‌های رفتاری مرکز روانشناسی بحران برگن نروژ [۱۸] را در یک زمینه حمایتی بر نشانه‌های اختلال PTSD، در بازماندگان نوجوان زلزله بم ۱۲ هفته پس از حادثه بررسی شد.

### مواد و روش‌ها

در یک مطالعه کارآزمایی عرصه‌ای Field trial از نوع قبل و بعد، اثر مداخلات حمایتی گروهی همراه با بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری شناختی شامل روش‌های تجسمی و آموزش آرامش بخشی عضلانی Relaxation training در نوجوانان سنین ۱۴ تا ۱۹ سال بازمانده از زلزله بم بررسی شد. آزمودنی‌ها همگی سابقه مواجهه با زلزله را از طریق مستقیم (حضور و یا مشاهده وقایع) و یا غیر مستقیم از طریق شنیدن وقایع داشتند و قبل از شرکت در جلسات درمانی از طریق مراجعه به محل سکونت توسط یک نفر روانپزشک و یک نفر از دستیاران روانپزشکی آموزش دیده غربالگری شدند و افرادی که حداقل دو نشانه اختلال PTSD را داشتند وارد مطالعه شدند.

افرادی که سابقه اختلال PTSD ناشی از سایر انواع تروما قبل از زلزله را داشته و یا افراد سایکوتیک، عقب افتاده ذهنی و یا مبتلا به ناتوانی‌های شدید جسمی 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 و انتخاب نمونه‌ها از طریق مراجعه به محل زندگی افراد یعنی چادرهای احداث شده بود. انتخاب اولین چادر و منطقه نمونه‌گیری در آن ناحیه تصادفی بود و نمونه‌گیری از اولین چادر به بعد با انجام غربالگری تا تکمیل حجم نمونه انجام شد. پس از توضیح روش

اجتماعی دیده می‌شود [۱]. مطالعات نشان داده‌اند که زلزله‌های شدید ایجاد ناتوانی‌های طولانی مدت می‌کنند.

در مطالعه‌ای که بدنبال زلزله سال ۱۹۹۹ ترکیه بر روی ۴۳۰ نفر از بازماندگان زلزله انجام شد، بروز ناتوانی و اختلالات روانی نظیر Post traumatic stress disorder (PTSD) با میزان نزدیکی و مواجهه با زلزله ارتباط مستقیم داشت [۲]. در مطالعه دیگری در ۵۸۶ نفر از بازماندگان زلزله ترکیه این نتیجه بدست آمد که زلزله‌های شدید و وحشتناک بخصوص در افرادی که سطح مواجهه بالائی داشته‌اند عواقب روانشناختی طولانی مدتی را در پی دارند [۳]. بطور معمول اختلال PTSD اولین پاسخ بازماندگان به تروماست که خود پیش بینی کننده مهم پیامد طولانی مدت وضعیت سلامت ذهنی و فیزیکی بعدی آنهاست [۴]. در کودکان و نوجوانان از دست دادن حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی نظیر فوت والدین با شدت نشانه‌های PTSD مرتبط بوده است [۵]. مطالعات نشان داده‌اند که ۱۸/۳٪ از افراد مواجهه شده با زلزله نشانه‌های PTSD را نشان می‌دهند [۶].

گزارشات متعددی از میزان PTSD در بازماندگان زلزله وجود دارد که از ۲/۵٪ تا ۳۳٪ در بالغین و ۲۸٪ تا ۷۰٪ در کودکان متغیر است [۷]. بروز همزمان سایر اختلالات روانپزشکی از دیگر مشکلاتی است که موجب بروز ناتوانی در کودکان و نوجوانان می‌شود. در یک مطالعه در ۲۱۸ دانش آموز بازمانده از زلزله ارمنستان شدت نشانه‌های PTSD با میزان بروز نشانه‌های افسردگی مرتبط بود [۸]. بچه‌های مبتلا به PTSD نقائص عملکردی و رنج بالینی را تجربه می‌کنند که ممکن است بصورت اختلال عملکرد تحصیلی و یا اختلال در سایر زمینه‌های عملکردی باشد [۹]. بنابراین انجام مداخلات پیشگیرانه و درمانی برای کاهش این ناتوانی‌ها ضروری است و در کودکان و نوجوانان انواعی از مداخلات درمانی شامل روان درمانی فردی، گروه درمانی و درمان‌های مبتنی بر روش‌های شناختی- رفتاری شامل حساسیت زدائی، آموزش آرامش بخشی عضلانی، و سایر انواع درمان‌های رفتاری مؤثر گزارش شده‌اند [۱۰، ۱۱].

سایر انواع روان‌درمانی از دیر باز مورد توجه بوده است [۱۲]. گروه درمانی و گروه‌های حمایتی نیز در هنگامی که تعداد زیادی از افراد تحت تاثیر واقعه قرار می‌گیرند بکار می‌رود و در درمان PTSD بطور شایع بکار رفته‌اند [۱۱]. بر این اساس یول و همکارانش تکنیک‌های گروهی را برای مقابله با نشانه‌های PTSD معرفی نموده‌اند که مبتنی بر روش‌های رفتاری- شناختی است و در درمان این اختلال بکار می‌رود [۱۳].

- جلسه سوم: آموزش آرامش بخشی عضلانی به منظور کاهش نشانه های برانگیختگی
  - جلسه چهارم: حساسیت زدایی تدریجی با روش های تجسمی برای کاهش نشانه های اجتنابی.
- بلافاصله و ۳ ماه پس از مداخلات ارزیابی مجدد نشانه ها انجام شد. میانگین نمره هر شاخص تعیین و مقایسه آماری با استفاده از آزمون های t و Repeated measure و با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

### یافته ها

تعداد ۳۰ نفر از بازماندگان زلزله بم با میانگین سنی ۱۶/۴ سال (۲/۱±) وارد مطالعه شدند. از این تعداد ۵۶/۷٪ پسر و ۴۳/۳٪ دختر بودند. آزمودنی ها همگی مجرد بودند. ۲۰٪ آزمودنی ها تحصیلات راهنمایی و ۸۰٪ تحصیلات دبیرستان داشته و از نظر وضعیت اشتغال به ترتیب ۶/۷٪ شاغل، ۱۳/۳٪ بیکار، ۷۳/۳٪ محصل و مابقی خانه دار بودند. ۸ نفر در طی ماه های اول و سوم بدلیل جابجائی محل سکونت، مهاجرت و یا عدم تمایل شخصی به شرکت در مداخلات در ماه اول از مطالعه خارج شدند.

علاوه بر نشانه های اختلال PTSD، میزان دیسترس شخصی، افت عملکرد شغلی و اجتماعی آزمودنی ها نیز توسط مقیاس CAPS ارزیابی شد. جدول ۱ این شاخص ها را مقایسه می نماید.

میانگین تواتر، عمق و شدت نشانه ها قبل، بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخله با یکدیگر مقایسه شد که در جدول ۲ نشان داده شده است. همانگونه که در جدول نشان داده شده تغییر میانگین تواتر نشانه های PTSD بلافاصله بعد از مداخله معنی دار می باشد. ولی در مقایسه پیاپی میانگین نشانه ها در زمانهای قبل، بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخله، براساس آنالیز Repeated measure تغییرات معنی دار نبود.

همچنین تغییر میانگین عمق نشانه ها و شدت نشانه ها قبل از مداخله و بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخله معنی دار نبود و در کل دوره نیز در ارزیابی متوالی تغییر میانگین عمق و شدت نشانه ها بر اساس آنالیز Repeated measure معنی دار نبود.

مداخله برای آزمودنی ها و کسب رضایت آنها برای شرکت در مداخلات ارزیابی ویژگی های دموگرافیک توسط پرسشنامه خود ساخته محقق و ارزیابی نشانه ها توسط مقیاس Clinical administrated PTSD scale for DSM-IV (CAPS) [۲۰، ۱۹] قبل از انجام مداخلات توسط یک نفر روانپزشک و یک نفر از دستیاران روانپزشکی و دو نفر روانشناس آموزش دیده انجام شد. مقیاس CAPS یک مقیاس استاندارد برای ارزیابی نشانه های PTSD است که توسط انجمن ملی PTSD آمریکا تهیه شده است. این مقیاس برای هر علامت PTSD دارای ۳ شاخص تواتر (Frequency)، عمق (Intensity) و شدت (Severity) نشانه است که براساس تعریف شدت نشانه عبارت از مجموع نمره تواتر و عمق اثر هر نشانه می باشد. نمره دو شاخص اول بصورت صعودی از صفر تا چهار تعیین می گردد و نمره شدت اختلال بین صفر تا هشت قرار می گیرد که حداقل نمره چهار (برای اطمینان بیشتر نمره ۳) در شاخص شدت برای وجود آن علامت لازم است. این مقیاس قادر به ارزیابی میزان عملکرد فردی و اجتماعی و نیز دارای معیارهایی برای سنجش درجه بهبودی و نیز ارزیابی میزان اعتماد به پاسخها است.

مداخلات درمانی شامل یک جلسه بازگویی روانشناختی در یک گروه حمایتی و ۳ جلسه استفاده از روشهای تجسمی و رفتاری شناختی (الگوی درمانی یول) بود که بصورت هفتگی و هر هفته یک جلسه در گروههای ۸ الی ۱۲ نفره انجام شد و محل اجرای مداخلات یکی از چادرهای مستقر در منطقه بود. جلسات درمانی مطابق الگوی زیر انجام شد:

- جلسه اول: بازگویی روانشناختی (PD) بمدت حدود ۲ ساعت شامل بازگویی خاطره واقعه، احساسات و افکار همراه با عادی سازی پاسخها، تعدیل و تخلیه هیجانات در یک محیط حمایت شده و همسان سازی احساسات در گروه و تبیین نحوه مواجهه با نشانه های اختلال و ...
- جلسه دوم: استفاده از روش های تجسمی شامل روش تعویض جایگزینی ذهنی افکار مزاحم هنگام مواجهه با افکار و خاطرات و نیز روش های کوچک کردن، دور کردن خاطرات به منظور مقابله با افکار مزاحم (Intrusive thoughts).

جدول ۱- ارزیابی اولیه آزمودنیها از نظر شدت دیسترس و افت عملکرد

شاخص مقیاس CAPS	هیچ = صفر	خفیف = ۱	متوسط = ۲	شدید = ۳	بسیار شدید = ۴
دیسترس فردی	-	۵۶/۷	۴۰	۳/۳	-
افت عملکرد تحصیلی	-	۵۶/۷	۲۰	۲۰	۳/۳
افت عملکرد اجتماعی	-	۵۶/۷	۴۰	۳/۳	-

را در سه شاخص تواتر، عمق و شدت نشانه‌های PTSD را به تفکیک نشان می‌دهد.

### بحث

انجام این مطالعه با توجه به وسعت آسیب ناشی از زلزله بم و شیوع قابل توجه اختلال استرس پس از سانحه بدنال وقایع طبیعی اهمیت زیادی داشت. این مطالعه علاوه بر اینکه در یک واقعه طبیعی بسیار شدید و گسترده و در نوجوانان آسیب دیده انجام شد و از نظر ابزار (مقیاس CAPS) و همچنین بررسی اثر مداخلات بر سه شاخص تواتر، عمق و شدت علائم به تفکیک نسبت به مطالعات دیگر ارجحیت داشت از این نظر

در مقایسه نشانه‌های PTSD، میانگین شدت نشانه‌های یادآوری واقعه (Re-experience)، اجتناب (Avoidance) و برانگیختگی (Hyper-arousal) بلافاصله و ۳ ماه پس از مداخله کاهش یافته ولی از نظر آماری در آنالیز Repeated measure معنی دار نبود. تغییر میانگین مربوط به شاخص تواتر یادآوری واقعه بلافاصله پس از مداخله کاهش معنی‌دار از نظر آماری نشان داد ( $p < 0.05$ ) که پس از سه ماه از گذشت مداخلات تفاوت میانگین در این شاخص معنی‌دار نبود ( $p > 0.05$ ) ولی شاخص مربوط به میانگین تواتر نشانه‌های اجتناب از واقعه بلافاصله و سه ماه پس از مداخله معنی‌دار بود ( $p < 0.05$ ). جدول ۳ تغییر میانگین سه دسته علائم PTSD

جدول شماره ۲: تغییر میانگین شاخص‌های تواتر، عمق و شدت نشانه‌های PTSD در طول مطالعه

شاخص CAPS	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	میانگین (انحراف معیار)	P Value*	میانگین (انحراف معیار)	P Value†
تواتر	۲۹/۸ (±۸/۶)	<۰/۰۵	۲۵/۰ (±۸/۹)	>۰/۰۵
عمق	۲۰/۹ (±۵/۲)	>۰/۰۵	۱۹/۲ (±۹/۳)	>۰/۰۵
شدت	۵۰/۷ (±۱۵/۰)	>۰/۰۵	۴۴/۳ (±۱۷/۹)	>۰/۰۵

\* t- Paired sample test

† Repeated measure analysis

جدول ۳- تغییر میانگین نمرات شاخص‌های مربوط به علائم PTSD به تفکیک

نشانه‌ها	شاخص	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
		میانگین (انحراف معیار)	P value*	میانگین (انحراف معیار)	P value†
یادآوری	تواتر	۸/۴ (±۳/۱)	<۰/۰۵	۶/۶ (±۳/۷)	>۰/۰۵
	عمق	۵/۶ (±۲/۳)	>۰/۰۵	۵/۰ (±۳/۳)	>۰/۰۵
	شدت	۱۴/۰ (±۵/۳)	>۰/۰۵	۱۱/۶ (±۶/۸)	>۰/۰۵
اجتناب	تواتر	۱۲/۶ (±۴/۰)	<۰/۰۵	۱۰/۶ (±۴/۱)	<۰/۰۵
	عمق	۹/۳ (±۳/۴)	>۰/۰۵	۸/۴ (±۴/۵)	>۰/۰۵
	شدت	۲۱/۹ (±۷/۲)	>۰/۰۵	۱۹/۰ (±۸/۴)	>۰/۰۵
برانگیختگی	تواتر	۸/۸۲ (±۳/۶)	>۰/۰۵	۷/۸۶ (±۲/۹)	>۰/۰۵
	عمق	۶/۰ (±۲/۵)	>۰/۰۵	۵/۸ (±۲/۸)	>۰/۰۵
	شدت	۱۴/۸ (±۶/۰)	>۰/۰۵	۱۳/۷ (±۵/۶)	>۰/۰۵

\* t- Paired sample test

† Repeated measure analysis

اختلال PTSD و سایر اختلالات مرتبط با تروما نشده بود [۲۴].

مطالعاتی که بررسی اثر روش‌های شناختی رفتاری در نوجوانان و بزرگسالان پرداخته‌اند اکثراً نتایج مثبت داشته‌اند [۲۵، ۲۶، ۲۷]. در یک مطالعه در ترکیه در ۲۳۱ نفر از بازماندگان مبتلا به PTSD ناشی از زلزله درمانهای رفتاری کوتاه مدت ۳ تا ۴ جلسه‌ای در متوسط فاصله زمانی ۱۳ ماه از زلزله موجب کاهش در تمامی نشانه‌های اختلال شده بود [۲۸]. در مطالعه دیگری اثر مداخلات رفتاری شناختی ۴ جلسه‌ای بدنبال آسیب فیزیکی بررسی شد که موجب کاهش در شاخصهای مقیاس Impact of Events Scale (IES) گردید [۲۹]. در کودکان نیز اثر اینگونه مداخلات بررسی شده است و درمان ۴ جلسه‌ای موجب کاهش در علائم اختلال PTSD در کودکانی شد که ۲ سال بعد از وقایع طبیعی همچنان نشانه‌های اختلال را گزارش می‌کردند [۳۰]. در مطالعه‌ای یول و همکارانش در دختران بازمانده از حادثه غرق کشتی Jopiter در طی ۵ تا ۹ ماه اثر این مداخلات را بررسی کردند که در گروه تحت درمان شاخصهای مقیاس IES مشخصاً کاهش یافته بود [۸].

در مطالعه ما عدم تأثیر این مداخلات می‌تواند ناشی از تأثیر عوامل مداخله کننده محیطی باشد که به‌عنوان استرسورهای ثانویه پس از وقایع طبیعی بزرگ عمل می‌کنند و مداخلات درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تأثیر معنی‌دار مداخلات بر برخی شاخص‌ها از جمله تواتر نشانه‌های اجتنابی و این موضوع که در بسیاری از شاخص‌ها بدنبال مداخله، میانگین آن شاخص کاهش یافته ولی پس از ۳ ماه از اتمام مداخلات مجدداً افزایش میانگین دیده می‌شود که حتی فراتر از میانگین آن شاخص قبل از مداخله است، نشان می‌دهد که تأثیر عوامل مداخله کننده در جهت بدتر شدن نشانه‌ها است و چون در این مطالعه گروه شاهد وجود نداشت امکان حذف این عامل از مطالعه فراهم نشد. از سوی دیگر حجم کم نمونه عامل دیگری است که ممکن است باعث شود اثر معنی‌دار مداخلات از نظر آماری دیده نشود. تعداد کم جلسات مداخلات درمانی (یعنی چهار جلسه که یک جلسه آن نیز اختصاص به بازگویی روانشناختی داشت) می‌تواند عامل تأثیر گذار دیگری باشد. با توجه به روند نزولی میانگین شاخص‌ها در طول مداخلات یعنی در طی چهار هفته اول و افزایش آن پس از قطع مداخلات، با توجه به شدت بالای واقعه و آسیب‌های ناشی از آن بنظر می‌رسد که بیش از چهار جلسه مداخله درمانی لازم باشد.

که ترکیب دو روش مداخله که قبلاً مجزا بررسی شدند را تماماً بکار برد نیز منحصر بفرد بود و در بررسی انجام شده مطالعه مشابهی یافت نشد. بر اساس نتایج این مطالعه مداخلات حمایتی سایکوسوشیال شامل یک جلسه بازگویی روانشناختی و سه جلسه گروه درمانی شناختی رفتاری اگرچه در بسیاری از شاخصهای اختلال PTSD بر اساس معیارهای مقیاس CAPS موجب کاهش در میانگین‌ها در ارزیابی‌های متوالی شده است ولی این کاهش فقط در مورد تواتر نشانه‌ها و آنهم بلافاصله بعد از مداخله معنی‌دار بود و تغییر میانگین در سایر شاخصها نظیر عمق و شدت نشانه‌های PTSD معنی‌دار نبود.

اثر عمده این مداخلات بر تواتر نشانه‌های اجتنابی بود و بر سایر علائم تأثیر چندانی نداشت و در مورد تواتر نشانه‌های یادآوری واقعه نیز تغییر میانگین بلافاصله پس از واقعه معنی‌دار بود. این نتایج نشان می‌دهد که این گونه مداخلات قادر نیست در دراز مدت از بروز اختلال PTSD جلوگیری نموده و یا باعث کاهش نشانه‌های اختلال شوند. در مطالعات مختلف به روشهای دیگر و با ابزارهای متفاوتی اثر بازگویی روانشناختی و رفتار درمانی شناختی را به تفکیک بررسی نموده‌اند.

در این 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 مثل طبیعی سازی پاسخ‌ها، کلامی نمودن تجربیات واقعه و تقویت و گسترش حمایت گروه و این روش سایکوتراپی محسوب نمی‌شود و اختلاف نظر بر سر اثر بخشی آن زیاد است [۲۱].

Mc farlane گزارش نمود که این مداخلات اگرچه در کوتاه مدت ممکن است اثر مثبت داشته باشند ولی در دراز مدت اثرات منفی داشته‌اند [۲۱]. بر خلاف این نظر Jenkins و Shalev در مطالعات خود اثرات مثبتی را برای اینگونه مداخلات گزارش نمودند [۲۱]. در یک مطالعه اثر گروه درمانی با استفاده از بازگویی روانشناختی در بازماندگان وقایع طبیعی ۶ ماه پس از واقعه بررسی شد که کاهش علائم در هر دو گروه مداخله و شاهد گزارش شد [۲۲]. در یک مطالعه نیز بازگویی روانشناختی در پرسنل آتش نشانی و پلیس استفاده شد که در گروه مداخله موجب کاهش وقوع اختلال PTSD گردید [۲۳].

در یک متاآنالیز اثر اینگونه مداخلات در جلوگیری از PTSD مزمن و سایر اختلالات مرتبط با تروما بررسی شد و براساس نتایج آن این مداخلات موجب کاهش نشانه‌های

## نتیجه‌گیری

انجام مداخلات درمانی شامل یک جلسه بازگویی روانشناختی و ۳ جلسه درمان رفتاری شناختی گروهی اگر چه در برخی موارد باعث کاهش شاخص تواتر نشانه‌های اختلال PTSD شده است ولی بطور کلی و در دراز مدت مؤثر نبوده است. با توجه به این موارد در مطالعات بعدی استفاده از گروه کنترل، و مطالعاتی با حجم نمونه و تعداد جلسات درمانی بیشتر پیشنهاد می‌شود.

## سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه تحصیلی درجه تخصصی روانپزشکی مربوط به دکتر یوسف فکور بوده و در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ثبت گردیده است. از مساعدت جناب آقای دکتر یاسمی و اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز آقای دکتر محمد فرج پور و ستاد مداخلات روانی اجتماعی بم صمیمانه سپاسگزاریم.

Archive of SID

## Psychosocial group interventions on Bam earthquake related PTSD symptoms in adolescents

**MM Gharaei \* MD**, Pediatric Psychiatry Fellow, Tehran University of Medical Sciences  
**MR Mohammadi MD**, Professor of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences  
**Y Fakour MD**, Resident in Psychiatry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences  
**M Momtazbakhsh MS**, Nurse, Labbafinejad Hospital

### Abstract

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

**Methods:** In a before-after trial, we evaluated the efficacy of one session psychological debriefing and three sessions of group cognitive-behavioral therapy in Bam earthquake adolescents survivors with PTSD symptoms. The mean age of participants was 16.4 years and no one had severe PTSD or other psychiatric disorder that needed pharmacological intervention. Before, immediately and 3 months after interventions we evaluated PTSD symptoms using Clinical Administrated PTSD Scale for DSM-IV and analyzed them.

**Findings:** 30 persons were included in the study, 8 of whom were excluded during interventions because of migration. The mean frequency of PTSD symptoms reduced immediately after interventions which was statistically significant ( $P < 0.05$ ). There was no efficacy for intensity and severity.

**Conclusions:** Psychological debriefing and group cognitive-behavioral therapy may be effective in reducing the frequency of avoidance symptoms.

**Key Words:** Post traumatic stress disorder, PTSD, Psychological debriefing, Group cognitive-behavioral therapy, Bam, Earthquake

\*Correspondence author,  
Address: Rozbeh Hospital,  
South Karegar St, Tehran, IR  
Iran.  
E-mail:  
mahmoudi\_javad@yahoo.com

Received: 30/6/05  
Accepted: 9/10/05

### REFERENCES

1. Livanuo M, Bassoglu M, Salcioglu EB, et al. Traumatic stress responses in treatment seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis.* 2002; 190(12):816-23.
2. Kilic C, Ulusoy M. Treatment strategies for post-traumatic stress disorder: need for brief and effective interventions. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 104(6):409-10.
3. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191(3):154-60.
4. March JS, Amaya-Jackson L, Murray MC, et al. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 1998; 37(6):585-93.
5. Stippelbein L, Green L. Post traumatic stress disorder in partially bereaved children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 2000; 39(9):1112-9.
6. Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA, et al. Psychological sequelae of the 1989 Newcastle earthquake. *Psychol Med.* 1995; 25(3): 539-55.

7. Hsu CC, Chong MY, Yang P, et al. Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 41(7):875-81.
8. Georgian AK, Karayan I, Pinoos RS, et al. Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(4):536-42.
9. Stein MT, Heyneman EK, Stern EJ. Recurrent nightmare, aggressive doll play, separation anxiety and witnessing domestic violence in a 9 year old girl. *J Dev Behav Pediatr*. 2004;25(6):419-22.
10. Perry BD, Azad I. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 1999; 11(4):310-6.
11. Pfefferbaum B. Post traumatic stress disorder in children: A review of the 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(11): 1503-1511.
12. 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.
13. Yul W, Canterbury R. The treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry*. 1994; 6:141-51.
14. Deabl M. Psychological debriefing. In: Nutt D, Davidson JRT, Zohar J. Post-traumatic stress disorder. London, Martin Dunitz. 2000. Pp 115-31.
15. 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.
16. 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.
17. Chemtob CM, Tomas S, Law W, et al. Post disaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatry*. 1997;154(3):415-7.
18. Smith P, Dyregrov A, Yul W. Children and disaster: teaching recovery techniques. Center for Crisis Psychology, Bergen, Norway 2002.
19. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. Clinical Administrated PTSD Scale for DSM-IV: Revised 1998. Boston VA Medical Center.
20. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. Clinical Administrated PTSD Scale for DSM-IV. In: Nutt D, Davidson JRT, Zohar J. Post-traumatic stress disorder. London, Martin Dunitz. 2000 Pp: 211-42.
21. Arendt M, Elklit A. Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104(6):423-37.
22. 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.
23. 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.
24. van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, et al. Single session debriefing after psychological trauma: A meta analysis. *Lancet*. 2002; 360:766-71.
25. van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*. 1998; 5:126-45.
26. Wagner AW. Cognitive-behavioral therapy for post traumatic stress disorder applications to injured trauma survivors. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2003; 8(3):175-87.
27. Cohen JA. Treating acute post traumatic reactions in children and adolescents. *Biol Psychiatry*. 2003; 53(9):827-33.
28. 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.
29. 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.
30. Chemtob 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.