

اثربخشی آموزش یادآوری خاص (روش جدید) بر علایم اختلال استرس

پس از سانحه (PTSD) در نوجوانان داغ‌دیده افغانستان

داکتر سید جعفر احمدی^۱، داکتر محمدباقر کجیاف^۲، داکتر حمید طاهر نشاط‌دوست^۳

۱- نویسنده مسئول، استاد دانشگاه کاتب، کابل Email: sjahmadi2002@yahoo.com

۲- دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان

۳- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان

چکیده

هدف این مطالعه، بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش یادآوری خاص بر علایم استرس پس از سانحه در نوجوانان داغ‌دیده شهر کابل و نوع تحقیق، شبه‌تجربی با طرح پیش‌تست - پست‌تست و پی‌گیری دو ماهه با گروه کنترل است. بدین منظور از بین پرورشگاه‌های شهر کابل یک پرورشگاه انتخاب شد و پس از فراخوان عمومی و انجام تست غربال‌گری و مصاحبه بالینی، نوجوانانی که ملاک‌های اختلال استرس پس از سانحه را داشتند به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش، پنج جلسه مداخله‌های درمانی را دریافت کردند. ابزار تحقیق، پرسش‌نامه تأثیر حوادث تجدیدنظر شده ۱۳ و پرسش‌نامه اطلاعات عمومی بود. اطلاعات به دست آمده از گروه‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-19 تجزیه و تحلیل شد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس، نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در نمرات کلی PTSD وجود دارد ($P < 0/01$). میزان اثربخشی مداخله آموزش یادآوری خاص بر علایم کلی PTSD مرحله پس‌آزمون ۰/۵۷ و در مرحله پی‌گیری ۰/۴۹ و مؤلفه برانگیختگی در مرحله پس‌آزمون ۰/۷۴ و مؤلفه افکار مزاحم در مرحله پی‌گیری ۰/۴۹ بوده است. در کل می‌توان نتیجه گرفت که این مداخله درمانی مؤثر بوده و از آن می‌توان در مراکز درمانی جهت کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه استفاده کرد.

کلمات کلیدی: آموزش یادآوری خاص، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) حافظه سرگذشتی،

خاطره‌پردازی و نوجوانان داغ‌دیده افغانستان

مقدمه

سه دهه جنگ در افغانستان، آسیب‌های بسیاری بر کشور و جامعه وارد کرده است. بر اثر آن، میلیون‌ها نفر کشته و زخمی شده‌اند و میلیون‌ها نفر به کشورهای دیگر مهاجر و پناهنده شده‌اند. افغانستان در حال حاضر، ترکیبی از دگرگیری‌های مسلحانه، فقر گسترده و بی‌عدالتی‌های اجتماعی را تحمل می‌کند. آموزش و پرورش، سیستم‌های مراقبت بهداشتی به عنوان شبکه‌های اجتماعی حمایت‌کننده شدیداً بحران‌زده و فلج شده‌اند (پالمر^۱، استرانگ، ولی^۲ و ساندورپ، ۲۰۰۶^۳ و سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸). بررسی‌ها نشان می‌دهد که طیف وسیعی از بزرگسالان با مشکلات روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه در مواجهه با حوادث ناگوار روبرو هستند (اسکالت، الف، و توتگل، ۲۰۰۴^۴ و کاردوز، ایلایا، گراوورد، ۲۰۰۴). این در حالی است که بررسی‌های منظم متمرکز بر کودکان و نوجوانان در این زمینه وجود ندارد. تنها یک مطالعه چاپ‌نشده یونیسف در سال ۱۹۹۷ گزارش می‌کند که از میان ۳۰۰ بچه مصاحبه شده در شهر کابل، ۹۰٪ فکر می‌کردند که آن‌ها در جنگ خواهند مرد. ۸۰٪ گفتند که آن‌ها غمگین و وحشت‌زده بوده و قادر به سازگاری با زندگی نیستند (واندپوت، ۲۰۰۳). برعکس در مطالعه کیفی سال ۲۰۰۱-۲۰۰۲ در شهر کابل، از طریق مصاحبه با ۴۳۶ کودک و ۲۱۵ مراقب بزرگسال، این سخن به میان آمد که زندگی افراد خردسال همراه با ترس و متأثر از حوادث جنگ نبوده است (دبری، افاضلی، فرشاد، نصیری و حکیمی، ۲۰۰۳).

به نظر می‌رسد که با توجه به جنگ و وضعیت جامعه افغانستان، میزان شیوع اختلال استرس پس از سانحه^۵ در افغانستان زیاد باشد. این اختلال، شامل مجموعه‌ای از علائم اضطرابی است که در پی مواجهه با عامل استرس‌زا بروز می‌کند. این مواجهه می‌تواند به صورت شاهد بودن، تجربه فردی و شنیدن باشد و فرد به صورت ترس و درماندگی به آن پاسخ می‌دهد (سادوک، ۱۳۸۶). این اختلال ممکن است پس از سال‌ها گذشت از یک تروما، ظاهر شود. ممکن است گروه‌های سنی مختلفی تحت تأثیر یک تروما دچار اختلال استرس پس از سانحه شوند؛ ولی امروزه توجه برنامه‌های سلامت عمومی بین‌المللی به سمت سلامت روانی کودکان و نوجوانان گرایش دارد (پاتل^۶،

8 - Cardozo
9 - Bilakha
10 - Van de Put
11 - De berry
12 - Post Traumatic stress Disorder (PTSD)
13 - Patel

1 - palmer
2 - Strong
3 - Wali
4 - Sondrop
5 - Scholt
6 - Olff
7 - Vetvogle

فیشر، اِهتریک^۲ و مک گاری،^۳ (۲۰۰۷). بر اساس تحقیقات، هنوز در مناطق جنگی، قحطی مرتبط با جنگ و جابجایی خردسالان وجود دارد (بویدن^۴ و دبری، ۲۰۰۴).

گزارش‌های چاپ‌نشده توجه اصلی خود را به شناسایی استرس‌های ناگوار و دیگر عواقب منفی جنگ قرار داده‌اند. ضروری است که ابعاد روان‌شناختی بهداشت روانی در مناطق درگیر و حوزه‌های بلایا، بررسی شود (بارن بام،^۵ راجکین،^۶ اسکاب-استون،^۷ ۲۰۰۴ و کمیته دایم وضعیت اضطراری، ۲۰۰۷). همچنین لازم است که عوامل اجتماعی و اقتصادی بروز جنگ شناسایی شود (بتانکورت^۸ و خان، ۲۰۰۸). کارهای چاپ‌نشده به فاصله و شکاف بین تحقیق، برنامه‌ریزی و تکالیف کودکان متأثر از جنگ تاکید دارند (موریس،^{۱۰} وانومرن،^{۱۱} بلفر^{۱۲} و ساکسون،^{۱۳} ۲۰۰۷؛ بتانکورت و خان، ۲۰۰۸ و جوردانس،^{۱۴} تول،^{۱۵} کامپارو^{۱۶} و دجانگ،^{۱۷} ۲۰۰۹)؛ در حالی که درخواست جدی تحقیق برای دستیابی و فهم سلامت روان‌شناختی و بهداشت روانی وجود دارد.

با توجه به شرایط جنگی افغانستان، متأسفانه تحقیقات و کارهای دقیق علمی در زمینه بهداشت روانی کودکان و نوجوانان افغانستان بسیار کم صورت گرفته است. در بسیاری از مناطق به علت ناامنی و شرایط اجتماعی - فرهنگی، امکان تحقیق و توجه به بهداشت روانی وجود ندارد؛ با این حال لازم است که متناسب با وضعیت اجتماعی و فرهنگی مردم افغانستان به خصوص کودکان و نوجوانان کارهای دقیق علمی صورت گیرد تا بتوان از نتایج آن برای افزایش بهداشت و سلامت روانی آنان استفاده کرد. این تحقیق دقیقاً همین هدف را دنبال می‌کند و برای اولین بار، چهار مداخله برای کاهش میزان علایم استرس پس از سانحه و افزایش خلق نوجوانان شهر کابل را بررسی می‌کند.

در تحقیقی در شهرهای کابل، مزارشریف و بامیان افغانستان، با مصاحبه با ۱۰۱۱ نوجوان، ۱۰۱۱ مراقب و سرپرست و ۳۵۸ معلم، مشکلات روان‌پزشکی دختران با اتفاقات ناگوار، محل سکونت و بهداشت روانی مراقبین و سرپرست‌ها ارتباط دارد. این متغیرها پیش‌بینی‌کننده افسردگی نیز هستند. دو سوم نوجوانان تجربه حوادث ناگوار را گزارش داده بودند. علایم اختلال استرس پس از سانحه با بیش از پنج حادثه ناگوار، به سلامت روانی مراقبین و سن کودک وابسته بود. تجربیات حوادث ناگوار کودکان

10 - Morris
11 - Vanommeren
12 - Belfer
13 - Saxson
14 - Jordans
15-Tol
16 - Komproa
17 - Dejong

1- Fisher
2 - Hetricch
3 - M c Garry
4 - Boyden
5 - Barenbaum
6 - Ruchkin
7 - Schwab-Ston
8 - Batancourt
9 - Khan

اغلب شامل تصادف، نمایش پزشکی، خشونت‌های خانوادگی و اجتماعی و حوادث مربوط به جنگ بودند (پانتر- بریک، ایگرم، گتزالز و صفر، ۲۰۰۹).

اختلال استرس پس از سانحه آخرین گروه اختلالات اضطرابی است که در آن نشانه‌های مرضی روان‌شناختی به دنبال یک رویداد فشارزا و غیرقابل تحمل از قبیل جنگ، زلزله، حوادث رانندگی، بمباران، وحشت و زندگی در اردوگاه‌های اسیران جنگی رخ می‌دهد. در همین راستا، تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل فشارزا می‌تواند پیامدهایی مانند کاهش سلامت و خلق را در پی داشته باشد. علاوه بر این عوامل در کودکان از دست دادن حمایت خانوادگی و اجتماعی مانند فوت والدین با شدت نشانه‌های اختلال پس از سانحه ارتباط داشته است.

اختلال استرس پس از سانحه در رسانه‌ها از ۱۱ سپتامبر با جنگ در عراق بیشتر مطرح شد و با حملات تروریستی عمومیت پیدا کرد (کوپلند- لیندر و سروینت ۲۰۰۸).

اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند در هر سنی، از جمله دوران کودکی روی دهد. نشانه‌ها معمولاً در خلال سه ماه نخست پس از آسیب شروع می‌شوند؛ ولی ممکن است پیش از ظهور نشانه‌ها، ماه‌ها یا حتی سال‌ها فاصله، وجود داشته باشد. بیشتر، این اختلال در آغاز به دلیل عواقب ناگوار فوری آسیب، با ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس حاد مطابقت می‌کند. فرهودیان و همکاران (۱۳۸۹) میزان شیوع PTSD و علایم آن را در بازماندگان زلزله بم بعد از ۸ ماه از زلزله مورد مطالعه قرار دادند. بر اساس این پژوهش شیوع اختلال استرس پس از سانحه در طول عمر ۵۹/۱ درصد، شیوع نسبی (برخی علایم) ۲۰٪/۲ و PTSD فعلی ۵۱/۹٪ بود. تفاوت شیوع در زنان و مردان از نظر آماری معنی‌دار نبود.

مطالعات اجتماعی، شیوع مادام‌العمر اختلال استرس پس از سانحه را تقریباً ۸ درصد در بزرگسالان و در نوجوانان آمریکایی ۳٪ تا ۶٪ گزارش می‌کند که در بین دختران میزان آن بیشتر است (کوپلند- لیندر و سروینت، ۲۰۰۸). مطالعات انجام‌شده روی افراد در معرض خطر (یعنی گروه‌هایی که در معرض رویدادهای آسیب‌زای ویژه قرار گرفته‌اند) میزان شیوع متفاوتی به دست آورده‌اند (که دامنه آن از یک‌سوم تا بیش از نصف افراد در معرض رویداد است) و در بازماندگان از تجاوز جنسی، جنگ، اسارت، زندان با انگیزه سیاسی و قومی و قتل‌عام بالاترین نسبت را تشکیل می‌دهد. نتایج یک پژوهش بر روی ۲۲۹ نوجوان فلسطینی ساکن نوارغزه که به دنبال قیام دوم انتفاضه در معرض اعمال خشونت‌آمیز قرار گرفته بودند نشان داد که ۶۸/۹٪ در آن‌ها دارای PTSD می‌باشند (البدور و همکاران،

4 - Copeland-Linder
5 - Serwint
6 - Elbedour

1 - Panter-Brick
2 - Eggerman
3 - Gozalez

(۲۰۰۷). پژوهشی بر روی ۳۰۰ دانش‌آموز شهر کرمان که صحنه‌های زمین‌لرزه بم را از تلویزیون تماشا کرده بودند نشان داد ۴۰ نفر تجربه مجدد حادثه را در ذهن تکرار می‌کردند. ۲۰ نفر رفتارهای اجتنابی داشتند. ۱۹ نفر زورنچی را نشان دادند و ده نفر تمام علائم PTSD را دارا بودند (خسروپور، فرهمند و یزدانی، ۲۰۱۰).

در افغانستان میزان شیوع PTSD دقیقاً معلوم نیست. در گزارش کاردوزو و همکاران (۲۰۰۴) با مصاحبه با ۶۶۹ فرد سالم و ۱۰۰ معلول بالای ۱۵ سال مشخص شده است که این افراد در طول ۱۰ سال گذشته بیش از چهار حادثه ناگوار را تجربه کرده‌اند. با وجود این حوادث برای هر دو گروه میزان وجود علائم PTSD، ۴۲٪ بوده است. پاتر بریک، ایگرم، گونزالز و همکاران (۲۰۰۹) با انجام تحقیق در نوجوانان ۱۱ تا ۱۶ ساله (۱۰۱۱ نفر) در شهرهای کابل، مزارشریف و بامیان گزارش می‌کنند که دوسوم این افراد حداقل ۱ حادثه ناگوار و ۴٪ بیش از ۵ حادثه ناگوار را تجربه کرده‌اند. در این گزارش مشخص نشده است که آیا این حوادث منجر به PTSD شده است یا خیر و میزان آن چقدر است.

تبیین نظری اختلال استرس پس از سانحه تا حدودی ضعیف است. جهت‌گیری‌های روان‌پویایی بر کنترل کم یا زیاد هیجان‌ها و نقش اجتناب از شناخت‌های برانگیزاننده اضطراب متمرکز هستند. بدین معنا که اجتناب فرد از این شناخت‌ها سرانجام به ظهور فشار افزایش یافته، کابوس‌ها و وسوسه‌های فکری و عملی منتهی می‌شود. رادو و دیگران این نظریه را ابراز داشته‌اند که یادآوری خاطرات آکنده از اضطراب و تجربه عاطفی همراه با آن، منجر به ضعف، نارسایی و سبب‌شناسی این اختلال شده است (هالجین، ۱۳۸۸).

درمانگران رفتاری، این اختلال را به عنوان نمونه‌ای از «تعمیم محرک- پاسخ» در نظر می‌گیرند. بعضی از آنان این اختلال را به عنوان پاسخی اجتنابی نگریسته‌اند. گروه اول، آنان را یک تجربه شرطی شده کلاسیک ساده دانسته‌اند که در خلال آن به علت شدت شرایط فشارزای اولیه تعمیم محرک امری متداول است و شخص در موقعیت‌هایی که از جهاتی با حادثه مخرب‌گر اولیه مشابه است آماده ظهور پاسخ‌هایی به صورت اختلال فشاری است. بر اساس نظریه گروه دوم، فرد از موقعیت‌هایی که موجب احساس ناراحتی می‌شود اجتناب می‌ورزد؛ در نتیجه پاسخ اجتناب‌آمیز، هیچ‌گاه عادی نشده یا خاموش نمی‌شود (هالجین، ۱۳۸۸).

در تئوری شناختی و پردازش اطلاعات، بروز فشار، این‌گونه مطرح می‌شود که تجربه ممکن است به صورت زنده باقی بماند (یادآوری شود) و مرتباً به آگاهی تحمیل شود. چون این تجربیات دردناک هستند شخص تلاش می‌کند که از آن اجتناب یا آن را انکار کند. با این اجتناب‌ها اضطراب او کاهش می‌یابد. در PTSD فازهای مهم تهاجم فکر و اجتناب با هم جانشین‌سازی می‌شوند. درجه ناخوشایندی را می‌توان با آزمون‌های خاصی اندازه‌گیری کرد. الگوی تحلیل اطلاعات نحوه پیشرفت بیماری را

توضیح می‌دهد. ترس ممکن است در حافظه ذخیره شود و اطلاعات هم در مورد محرک‌های مرتبط با خطر به حافظه سپرده شوند؛ زیرا ترومایی که زندگی را به خطر می‌اندازد پاسخ‌های قوی را ایجاد می‌کند. از بین آنچه بی‌خطر است و آنچه خطرناک است نامشخص می‌ماند و اشخاصی که تحت تأثیر این ترس‌ها هستند ممکن است احساس از دست دادن کنترل را داشته باشند و با توجه به محیط خود قدرت پیش‌بینی را از دست بدهند (نوت، دیویسون^۲ و زهر،^۳ ۲۰۰۰).

در راستای درمان PTSD در کودکان و نوجوانان طرح‌ها و مداخلات متعددی بر اساس رویکردهای متفاوت مطرح شده است. از جمله می‌توان به نمایش دارویی (فریدمن،^۴ ۱۹۹۸ و ارگورپولس،^۵ ۲۰۰۰) مداخلات غیردارویی مانند روان‌درمانی‌های حمایتی فردی، گروهی، روش‌های رفتاری- شناختی و سایر روان‌درمانی‌ها اشاره کرد (ففر بام،^۶ ۱۹۹۶؛ پری^۷ و آزاد،^۸ ۱۹۹۹؛ باسوقلو،^۹ لوانون^{۱۰} و سالسیاقلو،^{۱۱} ۲۰۰۳ و یول^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵).

مداخله یا طرح درمانی جدید که برای نخستین‌بار در تحقیقات داخلی و خارجی در زمینه بهبود علایم PTSD و خلق نوجوانان مطرح می‌شود «آموزش یادآوری خاص»^{۱۳} است که در این روش درمانی به بهبود حافظه سرگذشتی^{۱۴} توجه می‌شود.

آموزش یادآوری خاص با رویکرد شناختی، روش جدیدی برای بهسازی و ساماندهی حافظه سرگذشتی است. حافظه سرگذشتی یا حافظه مربوط به حوادث زندگی، ثبت، تنظیم و یادآوری دقیق حوادث و رویدادهای زندگی را به عهده دارد. افرادی که عملکرد این بخش از حافظه‌شان بهنجار است به خوبی زمان، مکان و ترتیب حوادث و رویدادهای زندگی‌شان را به یاد می‌آورند. بنابراین، این حافظه نقش مهمی در تشکیل سازمان خود و شخصیت دارد (بدلی،^{۱۵} ۱۹۹۰). از آن جا که حافظه سرگذشتی، مجموعه وقایعی که فرد در گذشته تجربه کرده است را حفظ کرده و سازمان می‌بخشد این حافظه نقش اساسی در عملکرد روان‌شناختی، مفهوم خود، جهت‌یابی در جهان، اهداف فردی و اجتماعی و بهداشت روانی دارد (ویلیامز^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۷).

- 9 - Basoglu
- 10 - Livanon
- 11 - Salcioglou
- 12 - Yule
- 13 - Specific Recall Training
- 14 - Autobiographical memory
- 15 - Baddely
- 16 - Williams

- 1 - Nutt
- 2 - Davidson
- 3 - Zohar
- 4 - Fridman
- 5 - Argourpolos
- 6 - Phefferbaum
- 7 - Perry
- 8 - Azad

رایج‌ترین شیوه مطالعه حافظه سرگذشتی، روش آزمون حافظه با ارائه لغات سرنخ است. این روش مشابه روشی است که نخستین بار توسط فرانسویس گالتون به کار رفت. این روش در سال‌های اخیر به وسیله ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) جهت مطالعه حافظه سرگذشتی افراد افسرده به کار رفته است. در این آزمون، هر بار به آزمودنی یک لغت نشان داده می‌شود و از او خواسته می‌شود آن لغت را با صدای بلند بخواند. از زمان خواندن آن لغت، آزمودنی ۳۰ ثانیه فرصت دارد تا خاطره رویداد خاصی که آن لغت به یاد او می‌اندازد را بیان دارد. همچنین به آزمودنی گفته می‌شود رویدادی که یادآوری می‌شود باید در زمان و مکان خاص در گذشته دور یا نزدیک اتفاق افتاده باشد و کمتر از یک روز طول کشیده باشد. معمولاً آزمودنی‌ها با خواندن لغات سرنخ (مثلاً لغت تولد) ۴ نوع پاسخ ممکن است ارائه دهند: «یادآوری رویداد خاص»^۲ (مثال: امسال در جشن تولدم، پدر و مادرم یک کامپیوتر به من هدیه دادند)؛ «یادآوری رویداد طولانی مدت»^۳ (مثال: سال گذشته ۳ روز پی‌درپی جشن تولد گرفتم)؛ «یادآوری رویداد مقوله‌ای»^۴ (مثال: تا حالا همه جشن تولدهایم به من خوش گذشته است) و این که «هیچ خاطره‌ای»^۵ به یاد نیاورند. مجموعه یادآوری‌های رویدادهای طولانی مدت و یادآوردهای رویدادهای

مطالعات انجام گرفته بر روی افراد افسرده و افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، نشان داده است این افراد در مقایسه با افراد بدون مشکلات روان‌شناختی، در آزمون حافظه سرگذشتی، یادآوری‌های عام بیش‌تری دارند (ورلینک، پپلاس،^۶ فیلیپات،^۸ ۲۰۰۶؛ دالگیش^۷ و همکاران، ۲۰۰۸ و میزایی و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که نتایج آزمون حافظه سرگذشتی، شاخص بسیار دقیقی برای تشخیص افسردگی است. (نشاط دوست، ۲۰۱۲) این یافته‌ها بسیار شبیه یافته‌های مجموعه مطالعات انجام گرفته در مورد جنبه‌های شناختی اختلال افسردگی است (بک، ۱۹۷۶^۱ و بک، ۱۹۸۷). این مطالعات نشان داده‌اند که تبیین‌های افراد افسرده در مورد رویدادهای منفی، کلی و عام است، در صورتی که تبیین‌های افراد غیر مبتلا به اختلالات روان‌شناختی، اختصاصی و خاص است (بک، ۱۹۸۷). به عبارت دیگر افراد افسرده، شکست‌ها و حوادث منفی را تعمیم یافته، کلی و فراگیر می‌دانند. کاویانی، رحیمی و نقوی (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای بر روی افراد افسرده متمایل به خودکشی نشان دادند که در این افراد حافظه عام بیش‌تر و سرعت پاسخ‌گویی در لغات مثبت کم‌تر از منفی است

7 - Vrielynck
8 - Deplus
9 - Philippot
10 - Dalglish
11 - Beck

1 - cue words
2 - specific recall
3 - extended recall
4 - categorical recall
5 - no memory
6 - general recall

و در تکالیف حل مسئله راهبردهای مؤثر کمتری در نظر می‌گیرند. با توجه به مشابهت تبیین‌های (عام و کلی) افراد افسرده با عملکرد این افراد در حافظه سرگذشتی (یعنی یادآورهای عام) و تمرکز روش‌های شناختی بر تعدیل تبیین‌های افراد افسرده (از عام به خاص و از کلی به اختصاصی) هدف این روش، درمان افراد افسرده از طریق تغییر الگوی یادآوری در حافظه سرگذشتی (از عام به خاص) است. با توجه به مشابهت عملکرد افراد افسرده و افراد دارای اختلال پس از ضربه در حافظه سرگذشتی، به نظر می‌رسد این روش در افراد دارای اختلال استرس پس از ضربه نیز مؤثر باشد.

در رویکردهای جدید آسیب‌شناسی روانی، مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی و علائم آن را نتیجه تعامل سیستم‌های مختلف زیستی، شناختی، روانی، عاطفی و رفتاری می‌دانند (راچمن، ۱۹۸۷). به نظر می‌رسد این سیستم‌ها با یکدیگر ارتباط و تعامل دارند و تغییر در یک سیستم می‌تواند موجب تغییر در دیگر سیستم‌ها شود. بنابراین، نمایش روان‌شناختی، مداخلات خود را بر یک یا بیش از یکی از این سیستم‌ها متمرکز می‌کند. این مداخلات، به‌منظور تغییر در این سیستم‌ها، یا عوامل پدیدآورنده و زیربنایی اختلال را مورد هجوم قرار داده، علائم و نشانه‌های آن اختلال را هدف می‌گیرند و یا به‌طور هم‌زمان علل و علائم را مورد هدف قرار می‌دهند. منطق زیربنایی این مداخلات، اصل ارتباط نظام‌های مختلف در انسان و ارتباط و تأثیر متقابل ظاهر بر باطن و باطن بر ظاهر است. در این راستا، تغییر در عمق شخصیت (مثلاً تغییر در نظام شناختی فرد)، در رفتار و عواطف متجلی وی می‌شود و تغییر در رفتار و عواطف نیز در طول زمان موجب تغییر در عمق شخصیت می‌شود. در این روش درمانی، فرض بر این است که تغییر در الگوی یادآوری حافظه سرگذشتی موجب تغییر در دیگر نظام‌ها از جمله نظام عاطفی و کاهش افسردگی خواهد شد.

آموزش یادآوری دقیق حوادث خاص شامل ۵ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای است. در این جلسات معمولاً در ابتدا بار عاطفی کلمات توضیح داده می‌شود. سپس حافظه سرگذشتی و انواع یادآوری خاطراتی که یک فرد با شنیدن یا دیدن یک لغت به یاد خواهد آورد (یادآوری رویداد خاص، یادآوری رویداد طولانی‌مدت و یادآوری رویداد مقوله‌ای) با استفاده از مثال‌های متعدد توضیح داده خواهد شد و آزمودنی‌ها در جلسات و در تکالیف خانگی به تمرین در جهت کنترل اختیاری در یادآوری خواهند پرداخت.

اخیراً تحقیقات جالبی بر روی خاطره‌پردازی^۱ و ارتباط با عملکرد حافظه سرگذشتی انجام شده است (ویستر، ۱۹۹۳؛ بلاک و لوبین، ۱۹۹۸ و بلاک و همکاران، ۲۰۰۵). بلاک و آلیا؛ هابرمس و رابین^۷ (۲۰۰۵) در مورد عملکردهای حافظه سرگذشتی بحث می‌کنند. تحقیقات در این حوزه دارای یک توافق عمومی است که حافظه سرگذشتی سه وظیفه و عملکرد را انجام می‌دهد: عملکرد درباره «خود»، عملکرد هدایتی و عملکرد اجتماعی. وظیفه هدایتی یا رهنمودی بسیار شبیه به عملکرد حل مسئله در دیگر طبقه‌بندی‌ها است. وظیفه یا کارکرد خود شامل استفاده از حافظه‌های شخصی برای حفظ و نگهداری احساسی از تداوم و وابستگی و ارتباط است. عملکرد اجتماعی حافظه سرگذشتی توسعه و رشد، بقا و پروراندن ارتباطات اجتماعی را به عهده دارد. وجود این عملکردها در یک مطالعه اکتشافی با ۱۶۷ نمونه از دانشجویان تحصیلات تکمیلی تأیید شد (بلاک و همکاران، ۲۰۰۵). در این مطالعه، پرسش‌نامه TALE اجرا شد که ۲۸ آیتم آن در تشخیص سطحی از سه عملکرد استفاده شده در حافظه سرگذشتی بررسی شد. تحلیل عامل اکتشافی معلوم کرد که تعدادی از عناصر ساخت معنایی، قسمتی از عامل هدایتی هستند. این یافته‌ها همسو با تئوری بدلی و پیلمر^۸ (به نقل از بلاک، ۲۰۰۵) است که می‌گویند: «اگر افراد به طور متناوب معنی و علت اتفاقات گذشته را به روز و پالایش کنند با استفاده از حافظه سرگذشتی اغلب به طور مؤثر می‌توانند رفتارهای حال و آینده خود را هدایت کنند.»

روش تحقیق

این پژوهش از نوع پژوهش‌های شبه تجربی با گروه آزمایش و گروه کنترل و طرح پس‌آزمون و پی‌گیری دوماهه است.

جامعه آماری: تمام نوجوانان افغانستانی شهر کابل که پدرشان و یا هر دو والد خود را در جنگ‌های افغانستان و یا عوامل دیگر از دست داده‌اند؛ مبتلا به اختلال PTSD (حادثه جنگ) بر اساس ملاک‌های DSM_IV_TR هستند. تعداد دقیق این افراد در حال حاضر نامعلوم است.

روش و طرح نمونه‌برداری: در ابتدا یک فرم غربال‌گری بر اساس علائم PTSD در مراکز حمایتی نوجوانان پسر داغ‌دیده شهر کابل تکمیل شد. سپس نوجوانان مشکوک به PTSD برای مصاحبه تشخیصی دعوت شدند. پس از ارزیابی کلینیکی و اجرای مقیاس تأثیر حوادث^۹ -۱۳، به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در این طرح یک گروه مداخله آموزش یادآوری

- 7 - Rubin
- 8 - Think about life experience
Questionnaire
- 9 - pillmer

- 1 - Reminiscence
- 2 - Webster
- 3 - Bluck
- 4 - Levine
- 5 - Alia
- 6 - Habermes

خاص را به صورت مجزا تجربه کردند. گروه دوم، گروه کنترل بودند که در لیست انتظار برای درمان قرار داشتند. در این طرح به خاطر امکان ریزش نمونه‌ها، برای هر گروه ۱۵ نفر به عنوان نمونه مقدماتی در نظر گرفته شده بود. در جریان مصاحبه و بر اساس ملاک‌های ورود در طرح و رضایت آزمودنی، ۱۶ نوجوان پسر در دو گروه آزمایشی و ۸ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها

- مقیاس تأثیر حوادث تجدیدنظر شده -۱۳:^۱

مقیاس تجدیدنظر شده حوادث- ۱۳ یک پرسش‌نامه خودسنجی ۱۳ ماده‌ای است که میزان نشانه‌های پس از حادثه مانند اجتناب، برانگیختگی و علایم آزاردهنده (افکار مزاحم) را در مقیاس‌های جداگانه در طول یک هفته اخیر می‌سنجد. همسانی درونی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰-۰/۹۰ به دست آمده است و پایایی آزمون به روش بازآزمایی مناسب بوده است (عبدی، مولوی و اکرمیان، ۱۳۸۸). در پژوهش نشاط‌دوست و همکاران (۲۰۱۲) ضریب پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است.

- پرسش‌نامه اطلاعات عمومی: این پرسش‌نامه توسط محقق تدوین شده و شامل پرسش‌هایی در مورد سن، تحصیلات، مدت گذشت حادثه، مدت اقامت در پرورشگاه و سن وقوع داغ‌دیدگی است.

ابزار تجزیه و تحلیل

در این طرح از آمارهای توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک مانند تحلیل کواریانس برای میزان اثرگذاری مداخلات در مقایسه با گروه کنترل استفاده شده است. بدین منظور از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ استفاده کردیم.

چگونگی اجرای طرح: پس از گماردن نوجوانان پسر داغ‌دیده در گروه‌های آزمایش و گواه و تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در تحقیق، گروه آزمایش ۵ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای آموزش یادآوری خاص را دریافت کردند. گروه کنترل بدون مداخله در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. پس از اجرای مداخله گروه‌های آزمایش و کنترل پرسش‌نامه تأثیر حوادث تجدیدنظر شده-۱۳ را تکمیل کردند. (پست تست) پس از دو ماه از گروه‌های آزمایش و کنترل خواسته شد که پرسش‌نامه تأثیر حوادث تجدیدنظر شده-

۱۳ را تکمیل کنند. (پی‌گیری) پس جمع‌آوری اطلاعات، اطلاعات توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها و نتایج

اطلاعات پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که گروه آزمایش با میانگین سنی و انحراف استاندارد ۱۵/۴۲ (۱/۵۱)، میانگین تحصیلات و انحراف استاندارد ۸/۷۵ (۱/۰۳) و میانگین مدت گذشت از حادثه و انحراف استاندارد ۶/۶ (۲/۵) در این تحقیق شرکت داشتند. گروه کنترل با میانگین سنی و انحراف استاندارد ۱۵ (۲/۶۱)، میانگین تحصیلات و انحراف استاندارد ۷ (۲/۰۷) و میانگین مدت گذشت از حادثه و انحراف استاندارد ۸/۲ (۲/۷) در این تحقیق شرکت داشتند. در ابتدا میانگین و انحراف معیار نمرات PTSD و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱) مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات PTSD و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پی‌گیری

گروه‌ها	مؤلفه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پی‌گیری
			انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
			استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
آموزش	افکار مزاحم	۸	۱۳/۳۷	۱۳/۱	۵/۲۵	۳/۸۸	۴/۸۸
	اجتناب	۸	۱۴/۱۲	۴/۴۲	۹/۷۵	۶/۱۱	۹/۱۲
یادآوری	برانگیختگی	۸	۱۲/۱۲	۷/۱	۴/۲۵	۲/۱۲	۸/۵
	نمره کل	۸	۳۹/۶۲	۱/۶۴	۱۹/۲۵	۶/۶	۲۲/۵
کنترل	PTSD						
	افکار مزاحم	۸	۸/۸۷	۵/۱۶	۸/۸۷	۴/۶۷	۹/۳۷
	اجتناب	۸	۱۱/۲۵	۲/۶	۱۰/۳۷	۲/۸۷	۱۱/۲۵
	برانگیختگی	۸	۱۲/۸۷	۳/۷۹	۱۳	۳/۶۹	۱۲/۱۲
	نمره کل	۸	۳۳	۶/۹۸	۳۲/۷۵	۶/۴۳	۳۲/۷۵
	PTSD						

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است؛ میانگین کل نمره PTSD در گروه آزمایشی آموزش یادآوری خاص در مرحله پیش‌آزمون ۳۹/۶۲ است که این مقدار بعد از مداخله درمانی در مرحله پس‌آزمون به ۱۹/۲۵ و در مرحله پی‌گیری به ۲۲/۵ رسیده است. در گروه گواه، روند به‌گونه‌ای دیگر است. میانگین کل نمره PTSD در این گروه، در مرحله پیش‌آزمون برابر ۳۳ است که در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری به ۳۲/۷۵ رسیده است.

به منظور استفاده از تحلیل کوواریانس لازم است که پیش‌فرض‌های آن رعایت شود. بدین منظور در ابتدا شرط نرمال بودن بررسی شد. اساس پیش‌فرض نرمال بودن آن است که تفاوت بین توزیع نمرات نمونه و توزیع نمرات نرمال در جامعه صفر است. برای آزمون این پیش‌فرض، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون برای نمرات پیش‌آزمون متغیر PTSD همراه با زیر مقیاس‌های آن، نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در گروه‌های آزمایش و گواه رد نمی‌شود. ($P > 0/05$)

پیش‌فرض دیگر برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، تساوی واریانس گروه‌ها است. اساس پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها آن است که واریانس نمرات دو گروه در جامعه با هم برابر است و از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد. برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده می‌شود (مولوی، ۱۳۸۶). نتایج این آزمون، برای نمرات پس‌آزمون PTSD و زیر مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و گواه نشان داد که پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تنها در بعد اجتناب، در مرحله پس‌آزمون تأیید نمی‌شود. در سایر زیرمقیاس‌ها این پیش‌فرض تأیید می‌شود. با این حال، به دلیل این که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شده است و حجم نمونه دو گروه آزمایش و گواه برابر است ($n = 8$) استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است.

میزان اثرگذاری مداخلات درمانی بر PTSD و یا مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل توسط تحلیل کوواریانس انجام شد که در آن اثر متغیر مداخله‌گر پیش‌آزمون کنترل گردید. نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌ها در متغیر وابسته PTSD و زیر مقیاس‌های آن بعد از کنترل متغیر مداخله‌گر پیش‌آزمون، در مرحله پس‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۲) نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آموزش یادآوری خاص و کنترل در متغیر وابسته علائم PTSD
بعد از کنترل متغیر مداخله‌گر، در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری

متغیرها	مراحل	منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
افکار مزاحم	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۵۷/۸۹	۲/۹۸	۰/۱۰	۰/۱۸۶	۰/۳۶
	پیش‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۱/۷۸	۰/۲۶۶	۰/۶۱	۰/۰۲	۰/۰۷
	پی‌گیری	عضویت گروهی	۱	۸۲/۱۱	۱۲/۲۷	۰/۰۰۴	۰/۴۹	۰/۹۰
اجتناب	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۳۴/۵۵	۱/۵۸	۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۲۱
	پیش‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۱۲/۰۶	۰/۵۵	۰/۴۷	۰/۰۴	۰/۱۱
	پی‌گیری	عضویت گروهی	۱	۳۲/۳۹	۱/۲۲	۰/۲۹	۰/۰۹	۰/۱۸
برانگیختگی	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۳۰۶/۲۰	۳۷/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۱۲/۹۴	۱/۰۸	۰/۳۲	۰/۰۸	۰/۱۶
	پی‌گیری	عضویت گروهی	۱	۴۸/۷۱	۴/۰۶	۰/۰۶	۰/۲۴	۰/۴۶
نمره کل	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۷۵۱/۳۳	۱۷/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۷
	پیش‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۶۰/۱۳	۱/۵۶	۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۲۱
	پی‌گیری	عضویت گروهی	۱	۴۷۶/۵۸	۱۲/۳۶	۰/۰۰۴	۰/۴۹	۰/۹۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت بین دو گروه آموزش یادآوری خاص و گواه در مرحله پس‌آزمون در متغیر افکار مزاحم معنی‌دار نیست ($P = 0/10$) و در مرحله پی‌گیری معنی‌دار است. ($P = 0/04$) این نتیجه بیانگر این است که تفاوت مشاهده‌شده در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمره افکار مزاحم افراد گروه آموزش خاص ($5/25$) و گروه کنترل ($8/87$) که از جدول ۱ به دست آمده است معنادار نیست. در نتیجه آموزش یادآوری خاص بر کاهش میزان افکار مزاحم در سطح $P < 0/05$ مؤثر نبوده است. این در حالی است که تفاوت مشاهده شده در مرحله پی‌گیری بین میانگین نمره افکار مزاحم افراد گروه آموزش یادآوری خاص ($4/87$) و گروه کنترل ($9/37$) که از جدول ۱ به دست آمده است معنادار است. در نتیجه آموزش یادآوری خاص بر کاهش میزان افکار مزاحم در سطح $P < 0/05$ مؤثر بوده است.

سایر یافته‌ها نشان می‌دهد که پیش‌آزمون افکار مزاحم بر نتایج پس‌آزمون تأثیر معنادار نداشته است. با این حال در این پژوهش کنترل شده است. مطابق با جدول میزان تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۱۹ درصد و توان آماری $0/36$ است. میزان تأثیر آموزش یادآوری خاص در مرحله پی‌گیری ۴۹ درصد و توان آماری $0/90$ است. براین اساس میزان خطای نوع اول $0/10$ است.

بر اساس جدول ۲، تفاوت بین دو گروه آموزش یادآوری خاص و گواه در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری در متغیر اجتناب معنی‌دار نیست. ($P = 0/47$ و $P = 0/39$) این نتیجه بیانگر آن است که تفاوت مشاهده شده در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمره اجتناب افراد گروه آموزش خاص ($9/75$) و گروه کنترل ($10/37$) که از جدول ۱ به دست آمده است معنادار نیست. در نتیجه آموزش یادآوری خاص بر کاهش میزان اجتناب در سطح $P < 0/05$ مؤثر نبوده است. در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت بین دو گروه آموزش یادآوری خاص و گواه در مرحله پس‌آزمون در متغیر برانگیختگی معنی‌دار است ($P = 0/001$) و در مرحله پی‌گیری معنی‌دار نیست. ($P = 0/06$). این نتیجه بیانگر آن است که تفاوت مشاهده‌شده در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمره برانگیختگی افراد گروه آموزش خاص ($4/25$) و گروه کنترل (13) که از جدول ۱ به دست آمده معنادار است. در نتیجه آموزش یادآوری خاص بر کاهش میزان برانگیختگی در سطح $P < 0/05$ مؤثر بوده است. این در حالی است که تفاوت مشاهده‌شده در مرحله پی‌گیری بین میانگین نمره برانگیختگی افراد گروه آموزش یادآوری خاص ($8/5$) و گروه کنترل ($12/12$) که از جدول ۱ به دست آمده است معنادار نیست. در نتیجه آموزش یادآوری خاص بر کاهش میزان برانگیختگی در سطح $P < 0/05$ مؤثر نبوده است.

سایر یافته‌ها نشان می‌دهد که پیش‌آزمون برانگیختگی بر نتایج پس‌آزمون تأثیر معنادار نداشته است. با این حال در این پژوهش کنترل شده است. مطابق با جدول ۲ میزان تأثیر در مرحله پس‌آزمون

۷۴ درصد و توان آماری ۱/۰۰ است. این امر نشان‌دهنده آن است که میزان حجم نمونه برای بررسی این فرضیه کافی بوده است. میزان تأثیر آموزش یادآوری خاص بر برانگیختگی در مرحله پی‌گیری ۲۴ درصد و توان آماری ۰/۴۶ است. میزان معنی‌داری در پی‌گیری ۰/۰۶ است. این میزان نزدیک به سطح $P < 0.05$ است و از طرفی توان آماری کم‌تر از ۰/۷۰ است. این نتایج نشان‌گر آن است که حجم نمونه برای بررسی این فرضیه کافی نیست و با افزایش حجم نمونه احتمال تأیید فرضیه تحقیق وجود دارد. همچنین بر اساس نتایج میزان خطای نوع اول ۰/۵۴ است.

در نهایت همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت بین دو گروه آموزش یادآوری خاص و گواه در مرحله پس‌آزمون و مرحله پی‌گیری در متغیر نمره کل PTSD معنی‌دار است. ($P = 0.004$ و $P = 0.001$) این نتیجه بیانگر آن است که تفاوت مشاهده شده در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمره کل PTSD افراد گروه آموزش یادآوری خاص (۱۹/۲۵) و گروه کنترل (۳۲/۷۵) که از جدول ۱ به دست آمده معنادار است. در نتیجه آموزش یادآوری خاص بر کاهش نمره کل PTSD در سطح $P < 0.05$ مؤثر بوده است. همچنین تفاوت مشاهده شده در مرحله پی‌گیری بین میانگین نمره کل PTSD افراد گروه آموزش یادآوری خاص (۲۲/۵) و گروه کنترل (۳۲/۷۵) که از جدول ۱ به دست آمده است؛ معنادار است. در نتیجه آموزش یادآوری خاص بر کاهش نمره کل PTSD در سطح $P < 0.05$ مؤثر بوده است.

سایر یافته‌ها نشان می‌دهد که پیش‌آزمون نمره کل PTSD بر نتایج پس‌آزمون تأثیر معنادار نداشته است. با این حال در این پژوهش کنترل شده است. مطابق با جدول ۲ میزان تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۵۷ درصد و توان آماری ۰/۹۷ است. این امر نشان‌دهنده آن است که میزان حجم نمونه برای بررسی این فرضیه کافی بوده است. میزان تأثیر آموزش یادآوری خاص بر نمره کل PTSD در مرحله پی‌گیری ۴۹ درصد و توان آماری ۰/۹۰ است. بر این اساس نتایج میزان خطای نوع اول ۰/۳ است. در ضمن بر اساس این نتایج میزان حجم نمونه برای بررسی فرضیه تحقیق کافی به نظر می‌رسد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج جدول ۲ فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. ($P < 0.01$) این بدان معنی است که مداخله آموزش یادآوری خاص باعث کاهش علائم کلی PTSD در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری شده است. با کنترل میزان اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری، میزان اثربخشی مداخله آموزش یادآوری خاص بر علائم کلی PTSD در مرحله پس‌آزمون ۰/۵۷ و در مرحله پی‌گیری ۰/۴۹ بوده است. یعنی ۵۷٪ واریانس نمره کلی علائم PTSD در مرحله پس‌آزمون و ۴۹٪ واریانس نمره کلی علائم PTSD در مرحله پی‌گیری ناشی از عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) بوده است. در جدول ۲ میزان اثربخشی آموزش یادآوری خاص بر مؤلفه‌های PTSD ذکر شده است. این جدول نشان می‌دهد که با کنترل میزان اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری، آموزش یادآوری

خاص بر مؤلفه برانگیختگی در مرحله پس‌آزمون و مؤلفه افکار مزاحم در مرحله پی‌گیری مؤثر بوده است. ($P < 0/01$) میزان اثر این مداخله بر هردو مؤلفه برانگیختگی و افکار مزاحم به ترتیب «۰/۷۴» و «۰/۴۹» است. به عبارتی ۷۴٪ واریانس نمره برانگیختگی در مرحله پس‌آزمون و ۴۹٪ واریانس نمره افکار مزاحم در مرحله پی‌گیری مربوط به عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) بوده است. میزان اثر مداخله آموزش یادآوری خاص بر مؤلفه برانگیختگی در مرحله پس‌آزمون نزدیک به معنی‌داری است. ($P = 0/06$) این نشان‌گر عدم کفایت حجم نمونه در این متغیر است و با افزایش تعداد نمونه امکان تأیید فرضیه وجود دارد. آموزش یادآوری خاص بر مؤلفه اجتناب چه در مرحله پس‌آزمون و چه در مرحله پی‌گیری مؤثر نبوده است. ($P > 0/05$)

این مداخله برای نخستین بار است که بر PTSD اجرا و بررسی می‌شود. به همین خاطر امکان مقایسه آن با نتایج تحقیقات قبل وجود ندارد. از آنجا که این نوع مداخله با درمان خاطره‌پردازی نزدیک و شبیه است می‌توان این دو درمان را با هم مقایسه کرد.

درمان خاطره‌پردازی برای افراد افسرده استفاده می‌شود. آن‌ها که در پاسخ به اتفاقات منفی زندگی، به صورت خودکار زندگی‌شان را مرور می‌کنند و درباره معنی زندگی تفکر می‌کنند (بالمیجر؛ ۲۰۰۷). در مطالعات مختلفی (فری؛ ۱۹۸۳؛ وات و کیپلایز؛ ۲۰۰۰ و سرانو و همکاران، ۲۰۰۴) خاطره‌پردازی به عنوان یک درمان برای درمان افسردگی اساسی به کار گرفته شده و مؤثر واقع شده است.

نقطه مشترک این دو مداخله استفاده و بهره‌گیری از عملکرد حافظه سرگذشتی است. حافظه سرگذشتی ثبت، نگهداری و تنظیم رویدادهایی را به عهده دارد و نقش اساسی در شکل‌گیری مفهوم خود، هویت‌یابی، جهت‌یابی و حل مسئله و توسعه و حفظ و تداوم روابط اجتماعی دارد. بر اساس نظریه بدلی و پیلمر [به نقل از بریون؛ ۲۰۰۷] استفاده از حافظه سرگذشتی می‌تواند رفتارهای حال و آینده را هدایت کند. در یک انسان سالم، حافظه سرگذشتی، به طور طبیعی عملکردهای خویش را انجام می‌دهد؛ ولی در برخی اختلالات مانند اختلالات خلقی و PTSD عملکرد این حافظه مختل می‌شود. بر اساس تحقیقات (پیلمر؛ ۲۰۰۳؛ ملچرت و پارکر؛ ۱۹۹۷؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷ و مسترز؛ ۱۹۹۷) مرکلباخ (و هریس؛ ۲۰۰۱) در PTSD حافظه سرگذشتی به صورت کلی است و در یادآوری خاطرات و وقایع، جزئیات به آسانی به یاد آورده نمی‌شوند.

- 7 - Pillemer
- 8 - Melchert
- 9 - Parker
- 10 - Messters
- 11 - Merckelbach
- 12 - Huris

- 1 - Bohlmeijer
- 2 - Fry
- 3 - Watt
- 4 - Copoliez
- 5 - Serrano
- 6 - Briwin

اما چرا در PTSD میزان اختصاصی بودن حافظه کاهش می‌یابد؟ چندین تبیین محتمل را می‌توان در مورد این امر ارائه کرد. فرضیه تعدیل اثر (بریون، ۲۰۰۷) بیان می‌کند که کاهش اختصاصی بودن حافظه بیانگر یک راهبرد شناختی برای ممانعت از دسترسی به جزئیات حوادث سرگذشت رنج‌آور مانند تروما است. این فرضیه تبیین قابل قبولی در این مورد فراهم می‌کند که چرا افراد دارای سابقه مواجهه با تروما در مقایسه با افراد عادی که چنین سابقه‌ای ندارند حافظه اختصاصی کاهش‌یافته‌تری نشان می‌دهند و چرا در بین جمعیت دارای تاریخچه مواجهه با تروما، آن‌هایی که تجربه تروما با در ماندگی فعلی بیش‌تری برایشان همراه است نواقص بیش‌تری در اختصاصی بودن دارند؛ بنابراین، این فرضیه بیان می‌کند که: ۱. سطوح بالاتر استرس پس از سانحه در پاسخ به یک تروما با AMS کاهش‌یافته‌تری همراه است؛ ۲. افراد دارای سابقه مواجهه با تروما و مبتلا به PTSD در مقایسه با گروه کنترل دارای تاریخچه مواجهه و غیر مبتلا PTSD، AMS کاهش‌یافته‌تری نشان می‌دهند. (راگ و ویدینگ، ۲۰۰۰)

همچنین بر اساس این فرضیه، مفهوم‌سازی‌های کنونی از حافظه، دانش شخصی معنایی و خود (کانگاس، هنری و براین، ۲۰۰۵) همسان با این نکته است که فرایندهای تنظیم اثر تکراری علاوه بر ممانعت از دسترسی به اطلاعات اختصاصی معنایی مربوط به گذشته نیز می‌شوند. بر طبق نظر کانوی (۲۰۰۵) نیز یکی از اهداف حافظه کاری، ممانعت از دستیابی به مواد شرح‌حال به عنوان شکلی از اجتناب کارکردی است.

فرضیه کنترل اجرایی، پیش‌بینی‌کننده عملکرد کلی ضعیف‌تر در تکالیف شناختی هستند که مستلزم تلاش می‌باشند. این فرضیه بیان می‌کند که کاهش‌یافتگی اختصاصی بودن حافظه در نمونه‌های دارای اختلال هیجانی، به عنوان نمونه‌ای از عملکرد ضعیف در تکالیف شناختی، ناشی از کنترل اجرایی تقلیل‌یافته است (داگلیش و همکاران، ۲۰۰۲). در تشریح این فرضیه چنین مطرح شده است؛ تولید موفقیت‌آمیز خاطره نیازمند دو مؤلفه است:

۱. کنترل اجرایی خواستار جستجوی خاطره اختصاصی از میان پایگاه داده‌های حافظه سرگذشتی است. در طول این جستجو، خاطراتی به ذهن می‌آیند که به‌طور متناسبی اختصاصی نیستند (بیش‌کلی‌اند)؛ بنابراین باید کنار گذاشته شوند. در طول این تحلیل، کنترل اجرایی ضعیف باعث افزایش این احتمال می‌شود که خاطرات نامتناسب کنار گذاشته نشده و به‌طور اشتباه به عنوان پاسخ تکلیف ارائه شوند.

- 6 - Kangas
- 7 - Henry
- 8 - Bryant
- 9 - Conway

- 1 - Affect regulation hypothesis
- 2 - Briwin
- 3 - Autobiographical Memory Specificity
- 4 - Rugg
- 5 - Widing

۲. به منظور پیمودن سلسله مراتب فرضی حافظه سرگذشتی از خاطرات کلی که در سطح قرار دارند به سمت خاطرات اختصاصی عمقی، منابع اجرایی متعددی مورد نیاز است. باز در اینجا، ممکن است کنترل اجرایی نسبتاً ضعیف‌تر باعث شود فرایند جستجو به‌طور موفقیت‌آمیز تکمیل نگشته، خاطرات کلی و غیراخصی که در سطوح بالای سلسله‌مراتب قرار دارند به عنوان پاسخ تکلیف ارائه شوند و در نتیجه به کاهش اختصاصی بودن حافظه منجر شود.

بر اساس اطلاعات بالا می‌توان اثرگذاری آموزش یادآوری خاص را تبیین کرد. در مداخله آموزش یادآوری خاص، هدف بهسازی حافظه سرگذشتی است. به عبارتی سعی بر این است که راهبرد شناختی در به یادآوری جزئیات تروما که در نظریه تعدیل اثر مطرح است بهبود پیدا کند. بدین منظور در آموزش یادآوری خاص به آزمودنی‌ها تفاوت بین یادآوری خاص و کلی توضیح داده می‌شود. معمولاً افراد مبتلا به PTSD در قدم اول و تمرینات اولی در به یادآوردن جزئیات یک خاطره شکست می‌خورند. کلمات کلیدی در این مداخله به عنوان یک محرک عمل می‌کنند و بر اساس آن‌ها خاطره‌ای بازگو می‌شود با ارائه یک کلمه و محرک به‌صورت ناخودآگاه خاطره کلی به یاد آورده می‌شود. با آموزش و توصیه‌ای که به آزمودنی می‌شود آن‌ها باید تلاش کنند که به‌صورت هوشیارانه، جزئیات خاطره را به یاد آورند. به عبارتی تلاش برای یادآوری خاطره اختصاصی است بر اثر تمرین میزان به یادآوری خاطره خاص افزایش می‌یابد.

در آموزش یادآوری خاص، با توجه به اینکه محرک‌ها یا کلمات کلیدی با بار عاطفی مثبت، منفی و خنثی ارائه می‌شوند به نظر می‌رسد نتایج زیر حاصل شود:

۱. با کلمات کلیدی منفی و اتفاقات مربوط به آن مواجهه صورت می‌گیرد.
۲. بر اثر تمرین و یادگیری به یادآوری خاطرات خاص با کلمات کلیدی، به کل شرایط و اتفاقات زندگی تعمیم صورت می‌گیرد.
۳. افراد متوجه می‌شوند که زندگی پر از خاطرات مثبت، منفی و خنثی است و شرایط زندگی در حال دگرگونی است.

به نظر می‌رسد که نتایج سه‌گانه بالا فرد را به سمت بهبودی به‌پیش می‌برد و اولین تأثیر آن، اثر بر روی خلق است. این امر خود یک سیکل را به وجود می‌آورد. بدین‌صورت که چون حافظه وابسته به خلق است خلق بهتر موجب تأثیر مثبت بر حافظه می‌گردد. این امر تأثیرگذار بر راهبردهای شناختی بوده و بر کنترل اجرایی حافظه سرگذشتی اثر گذاشته و آن را بهبود می‌بخشد. با تقویت کنترل اجرایی خاطرات اختصاصی راحت‌گزینش شده و توجه به عمق حافظه سرگذشتی بیش‌تر می‌شود و در نتیجه میزان به یادآوری خاطرات اختصاصی بیش‌تر خواهد شد.

حجم کم نمونه، عدم تناسب سن و سطح تحصیلات نمونه، چندزبانه بودن نمونه‌ها، تجربه‌های متعدد تروما و بروز عملیات‌های تروریستی متعدد در زمان پی‌گیری از محدودیت‌های تحقیق حاضر بوده است. پیشنهاد می‌شود که نوع تحقیق با حجم بیش‌تر نمونه و گروه جنسیتی مؤنث و گروه‌های سنی متفاوت اجرا شود. از نتایج این تحقیق می‌توان در مراکز کلینیکی، درمانی و مراکز حمایتی استفاده کرد.

تقدیر و تشکر

لازم است که از ریاست محترم پرورشگاه تهیه مسکن کابل، مدیر مرکز آزادی و مدیر لیسه تهیه مسکن و کلیه نوجوانان شرکت‌کننده در این تحقیق تقدیر و تشکر کنیم.

منابع

- سادوک، ب. سادوک، و. (۱۳۸۶). *خلاصه روان‌پزشکی*. ترجمه نصرت‌الله پور افکاری، چاپ چهارم، تهران: انتشارات شهرآب.
- عبدی، ا؛ مولوی، ع. ر؛ اکرمیان، ف. (۱۳۸۸). مقایسه عملکرد افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد بهنجار در حافظه شرح حال معنایی، *مجله روانشناسی بالینی*؛ ۱ (۳): ۵۳-۸۲
- فرهودیان، ع؛ شریفی، و؛ رحیمی موقر، آ؛ راد گودرزی، ر؛ محمدی، م. ر؛ یونسیان، م، و یاسمی، م. ت. (۱۳۸۹). بررسی شیوع اختلال پس از سانحه و علائم آن در بازماندگان زلزله بم، *تازه‌های علوم شناختی*؛ ۱ (۳): ۷۰-۵۸.
- مولوی، ح. (۱۳۸۵). *راهنمای عملی SPSS- 10- 13- 14 در علوم رفتاری*. اصفهان: انتشارات پویش اندیشه.
- هالچین، ر. و تیورن، س. ک. (۱۳۸۸). *آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر روان.

- Argouropoulos, S.V. (2000). The psychobiology of Anxiety disorders. *Pharmacology Therapy*; 88: 213-27.
- Baddeley, A. D. (1990). *Human memory: Theory and practice*. UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barenbaum, J., Ruchkin, V., Schweb-Stone, M. (2004). The psychological aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *J child psych psychiatry*. 45: 41-62.
- Basoglu, M. Livanou, M., Salcioglou, E. (2003). A brief behavioral treatment of chronic post traumatic stress disorder in earthquake survivors: Result from an open clinical trial. *Psychological Medicine*; 33(4): 647-54.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*; 1, 5-37.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin Books.
- Betancourt, T, Khan, K. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. *Int Rev Psychiatry*; 20: 317-28.

- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T. & Rubin, D. C. (2005). A Tale of Three Functions: The Self-Reported Uses of Autobiographical Memory. *Social Cognition*; 23: 91-117.
- Bluck, S. & Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*; 18: i185-208.
- Bohlmeijer, E. (2007). *Reminiscence and depression in later life (Dissertation)*. Amsterdam: Faculty of Psychology and education, Vrije Universiteit.
- Boyden, J., de Berry, J. (2004). Children and youth on the front line: ethnography, armed conflict and displacement. Oxford: Berghahn Books.
- Brewin, C. R. (2007). Auto biographical memory for trauma: Update on for controversies. *Memory*; 5 (3): 227- 248.
- Cardozo, B. L., Bilukha, O. O, & Crawford, C. A. G. (2004). Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA*; 292: 575-84.
- Conway MA. Memory and the Self. *Journal of Memory and Language*. 2005; i53 (4): 594- 628.
- Copeland-linder, N. And Serwint, J. R. (2008). Posttraumatic stress disorder. *Pediatr. Rev.*; 29:103-104.
- Dagleish, T., Rolfe, J., Golden, A., Dunn, B. D & Barnard, P, J. (2008). Reduced autobiographical memory specificity and posttraumatic stress: Exploring the contributions of impaired executive control and affect regulation. *Journal of Abnormal Psychology*; 117: 236-241.
- Dagleish, T., Williams, J. M. G., Perkins, N., Golden, A. J, Barnard, P. J., Yeung, C. et al. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive process. *Journal of Experimental Psychology: General*; 136: 23- 42.
- De Berry, J., Fazili, A., Farhad, S., Nasiry, F, & Hakimi, M. (2003). *The children of Kabul: discussion with Afghan families*. Kabul: Save the Children Federation.
- Elbedour, S., Onwuegbuzie, A. J, Ghannam, J, Whitcome, J. A and Abu Hein, F. (2007). Posttraumatic stress disorder depression and anxiety among Gaza Strip adolescents in the wake of second uprising (Intifada). *Child Abuse and Neglect*; 31: 719- 729.
- Fridman, M. J. (1998). Current and future drug treatment for PTSD patients, *Psychiatric Ann.*; 28: 461-8.

- Fry, P. S. (1983). Structured and unstructured reminiscence training and depression among the elderly. *Clinical Gerontologist; 1: 15-37.*
- Jordans, M., Tol, W., Komproa, I., de Jong, J. (2009). Systematic review of evidence and treatment approaches: psychological and mental health care for children in war. *Child Adolesc mental health; 14: 2-14.*
- Kangas, H, Henry, J. L, Bryant, R. A. (2005). A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology; 73: 293- 299.*
- Kaviani, H., Rahimimi-Darabad, P. and Naghavi, H. R. (2005). Autobiographical memory retrieval and problem-solving deficits of Iranian depressed patients attempting suicide. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment; 27 (1): 39-44.*
- Khosropur, F., Farahmand, M., Yazdani, R. (2010). Prevalence of PTSD in the Kerman school students witnessing the Bam earthquake Scenes on TV, *Annals of general psychiatry; 9 (1): 584.*
- Meesters, C., Merckelbach, H., Muris, P., Wessel, I. (2000). Autobiographical memory and trauma in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry; 31: 29- 39.*
- Melchert, T. P., Parker, R. L. (1997). Different forms of childhood abuse and memory. *Child abuse and neglect; 21: 125-135.*
- Mirzayi, J., Taheri, F., Moradi, A. R, AzadFalah, P., Alizadeh, R and Namegh, M. (2011). Investigation of autobiographical memory among PTSD veteran, s young children. *Paper presented at the Forth International Conference on Cognitive Science.* Tehran. Iran, 10-12 may 2011.
- Morris, J., van Ommeren, M., Belfer, M., Saxena, B. (2007). *Children and the Sphere standards on mental and social aspects of health. Disasters; 31: 71-90.*
- Neshat Doost, H. T, Kalantari, M., Ahmadi, S. J., Rezvani, R. (20012). Effects of specific recall training on the improvement of mood and autobiographical memory in Afghan war affected bereaved children and adolescents. Unpublished research project, *Children and War Foundation. Retrieved from www.childrenandwar.org*
- Nutt, D., Davidsons, J. R. T, Zohar, J. (2000). *Post-traumatic stress disorder. Londo, Martin Dunitz; pp: 115-31.*
- Palmer, N., Strong, L., Wali, A., & Sondorp, E. (2006). Contracting out health services in fragile states. *BMJ; 332: 718-21.*

- Panter-Brick, C., Eggerman, M., Gonzalez, V, Safdar, S. (2009). *Violence, suffering, and mental health in Afghanistan: a school-based cross-sectional survey*. Lancet, published online Aug 21; DOI: 10.1016/S0140-6736 (09) 61080-1.
- Patel, V., Fisher, A. J, Hetrick, S., McGarry, M. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*; 369: 1302-13.
- Perry, B. D., Azad, I. (1999). Post traumatic stress disorder in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr*; 11 (4): 310-16.
- Phefferbaum, B. (1997). Post traumatic stress disorder in children: A review of the 10 years. *J Am Acad Child Adolesc psychiatry*. 11 (4):1503-16.
- Pillemer, D. B. (2003). Directive functions of autobiographical memory: The guiding power of the specific episode. *Memory*; 11:193-202
- Rachman, S. (1987). Human fears: A three systems analysis. *Scandinavian, Journal of Behavior Therapy*; 7, 235, 247.
- Rugg, M. D., Widing, E. L. (2000). Retrieval Processing and episodic memory. *Trend in Cognitive Science*; 4: 108- 115.
- Scholte, W. F, off, M & Ventevogel, P. (2004). Mental Health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *JAMA*; 292: 585-94.
- Serrano, J. P.,Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults with Depressive Symptomatology. *Psychology and Aging*; 19: 272-277.
- Van de Put, W. (2002). Addressing mental health in Afghanistan. *Lancet*: 2002; 360: 41-42.
- Vrielynck, V., Deplus, D., and Philippot, P. (2007). Over general Autobiographical Memory and Depressive Disorder in Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*; 36, 95-105.
- Watt, L. M & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*; 4: 166-177.
- Webster, J. D. (1993). Construction and validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journals of Gerontology*; 48: 256-262.

- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Rase, F., Watkins, E., Dalglis, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*; 133: 122- 148.
- World Health Organization. (2008). *Social determinants of health in countries in conflict: a perspective from the Eastern Mediterranean Region*. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- Yule, W., Dyregrov, A., Neuner, F., Pennebaker, J.W., Raundnlen, M. and van Emmeric, A. V. (2005). Writing for recovery, a manual for structured writing after disaster and war. *Norway: children and war foundation*.