

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر علائم اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان داغ‌دیده افغانستان

داکتر سید جعفر احمدی^۱، داکتر محمدباقر کجباغ^۲ و داکتر حمید طاهر نشاط دوست^۳

۱. دکترای روانشناسی و استاد دانشگاه کاتب نویسنده مسئول، sjahmadi2002@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

۳. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

چکیده

این تحقیق از نوع تحقیقات شبه تجربه با طرح پیش تست - پست تست با گروه کنترل است. هدف از این مطالعه بررسی و مقایسه اثربخشی درمان رفتاری، شناختی بر علائم استرس پس از سانحه در نوجوانان داغ‌دیده شهر کابل است. گروه آزمایش در چهار جلسه مداخله درمانی را دریافت داشتند. ابزار تحقیق پرسشنامه تأثیر حوادث -۱۳ و پرسشنامه اطلاعات عمومی بود. اطلاعات به دست آمده از گروه‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در نمرات کلی PTSD و مؤلفه‌های افکار مزاحم و برانگیختگی وجود دارد ($P < 0/001$). میزان تأثیر مداخلات درمانی در متغیرهای افکار مزاحم، اجتناب، برانگیختگی و نمره کل به ترتیب: ۳۸ درصد؛ ۱۷ درصد؛ ۶۰ درصد و ۶۷ درصد و توان آماری به ترتیب: ۰/۸۳؛ ۰/۳۷؛ ۰/۹۹ و ۱/۰۰ است. در کل می‌توان نتیجه گرفت که این مداخلات درمانی مؤثر بوده و از آن می‌توان در مراکز درمانی جهت کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه استفاده کرد.

کلمات کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، داغ‌دیدگی، نوجوان و افغانستان.

مقدمه

طبق گزارش بلاک^۱ (۲۰۰۲)، در کشورهای غربی ۱/۵ تا ۴ درصد از کودکان، حداقل یکی از والدین خود را در دوران کودکی از دست می‌دهند. این میزان در کشورهای در حال رشد به خاطر جنگ، فشارهای محیطی و تعارضات و مشکلات بیشتر است. افغانستان از جمله کشورهایی است که بیش از سه دهه است که جنگ را تجربه می‌کند و در این میان بیشترین مهاجر را در کشورهای دیگر دارد. این در حالی است که بیش از یک میلیون در این جنگ کشته شده‌اند و بر این اساس، بیش از چند برابر این افراد کشته شده، افرادی سوگوار عزیزان از دست‌رفته خود شدند. در این مواقع واکنش سوگ امری است طبیعی، ولی آنچه مشکل داغ‌دیدگان را مضاعف می‌کند و آنان را به سوی آسیب روان‌شناختی جدی رهنمون می‌سازد، در معرض تروما بودن و شاهد کشته‌شدن عزیزان خود بودن است. متأسفانه بسیاری از داغ‌دیدگان افغانستان در معرض تهاجم بوده‌اند. به‌خصوص در زمان حمله طالبان داغ‌دیدگان شاهد کشته شدن عزیزان خود در بدترین وضعیت بوده‌اند. این افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۲ شده‌اند.

علائمی شبیه به اختلال استرس پس از سانحه، ابتدا در جنگ‌های داخلی آمریکا توصیف و به نام سندرم قلب سرباز مطرح شد. در جنگ آمریکا علیه ویتنام، مفهوم اختلال استرس پس از سانحه شکل گرفت (نوت^۳، ۲۰۰۲). 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. ویژگی‌های مرضی این اختلال شامل تجربه مجدد رویداد فشارزا، کرختی در پاسخ دادن به محرک‌ها، بی‌احساسی نسبت به درگیر شدن با دنیای بیرونی و انواع نشانه‌های شناختی، رفتاری و فعالیت بیش‌از حد دستگاه عصبی خودمختار است (DSM4, 1994).

در همین راستا، تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل فشارزا می‌تواند پیامدهایی مانند کاهش سلامت و خلق را در پی داشته باشد. با وجود این افراد در برابر رویدادهای فشارزا بسته به میزان سابقه مواجهه با موقعیت فشارزا، شدت آسیب‌پذیری، برخورداری از شبکه حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله با فشار و توانمندی‌های شخصیتی^۴ واکنش نشان می‌دهند. سطح مواجهه با تهدید پیش‌بینی‌کننده اختصاصی ناتوانی است. به‌علاوه استفاده از مکانیسم دفاعی اجتناب به‌عنوان استراتژی انطباقی، جنسیت زن، وضعیت اجتماعی پایین، سن بسیار پایین و بسیار بالا نیز با میزان اختلال روان‌شناختی ارتباط دارد (کار و همکاران، ۱۹۹۷).

4 Character Strengths
5 Car at all-5

1 Black
2 Post Traumatic stress Disorder (PTSD)
3 Nutt

همچنین در یک مطالعه نیز سابقه مشکلات هیجانی، استفاده از دفاع‌های نوروپیک و سطح بالای مواجهه با وقایع زندگی با طول مدت ناتوانی ناشی از اختلال استرس پس از سانحه مرتبط بوده است (لوین^۱ و همکاران، ۱۹۹۸). علاوه بر این عوامل در کودکان و نوجوانان از دست دادن حمایت خانوادگی و اجتماعی مانند فوت والدین با شدت نشانه‌های اختلال پس از سانحه ارتباط داشته است (استاپل بین^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). بروز هم‌زمان سایر اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی از دیگر مشکلاتی است که موجب بروز ناتوانی در کودکان می‌شود (گونگین^۳، ۱۹۹۷). بچه‌های مبتلا به اختلال فشار پس از سانحه مشکلاتی در زمینه عملکرد تحصیلی و سایر حوزه‌های عملکردی دارند (هینمن^۴، ۲۰۰۴).

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 قبل 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 علائم آن‌ها در بازماندگان زلزله بم را 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 علائم) ۲۰/۲ درصد و PTSD فعلی ۵۱/۹ درصد بود. تفاوت شیوع در زنان و مردان از نظر آماری معنی‌دار نبود.

میزان شیوع اختلال استرس پس از سانحه در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد است (سادوک و همکاران، ۲۰۰۷^۵). نتایج یک پژوهش بر روی ۲۲۹ نوجوان فلسطینی ساکن نوار غزه که به دنبال قیام دوم انتفاضه، در معرض اعمال خشونت‌آمیز قرار گرفته بودند، نشان داد که ۶۸/۹ در آن‌ها دارای PTSD می‌باشند (البدور^۶، 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 زودرنجی را نشان دادند و ده نفر تمام علائم PTSD را دارا بودند (خسرو پور و همکاران، ۲۰۱۰^۷).

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 افزایش‌یافته، کابوس‌ها و وسوسه‌های فکری و عملی منتهی می‌شود. رادو و دیگران این نظریه را ابراز داشته‌اند که یادآوری خاطرات آکنده از اضطراب و

5 Sodock
6 Elbedour
7 Khosropur

1 Levin
2 Stoppelbien
3 Goengian
4 Heyneman

تجربه عاطفی همراه با آن، منجر به ضعف، نارسایی و سبب‌شناسی این اختلال شده است. (هالجین و همکاران،^۱ ۱۳۸۸).

درمانگران رفتاری، این اختلال را به‌عنوان نمونه‌ای از «تعمیم محرک- پاسخ» در نظر می‌گیرند. بعضی از آنان این اختلال را به‌عنوان 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 مخرب اولیه مشابه است، آماده ظهور پاسخ‌هایی به‌صورت 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 و همکاران،^۲ ۱۳۸۸).

در تئوری شناختی و پردازش اطلاعات، بروز فشار این‌گونه مطرح می‌شود که تجربه ممکن است به‌صورت زنده باقی بماند (یادآوری شود) و مرتباً به آگاهی تحمیل شود. چون این تجربیات، دردناک هستند، شخص تلاش می‌کند که از آن اجتناب ورزد یا آن‌ها را انکار کند و با این اجتناب‌ها اضطراب او کاهش می‌یابد. در PTSD فازهای مهم تهاجم فکر و اجتناب باهم 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 و اطلاعات هم در مورد محرک‌های مرتبط با خطر به حافظه سپرده شود؛ 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، ۲۰۰۲).

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^۳ ۱۹۹۸، آرگورپولوس^۴ ۲۰۰۴) و مداخلات غیر دارویی مانند راندمان‌های حمایتی فردی، گروهی، روش‌های رفتاری- شناختی و سایر روان‌درمانی‌ها اشاره کرد (فقریام^۵ ۱۹۹۷، پری^۶ ۱۹۹۹، باسوقلو^۷ ۲۰۰۳، دیرگروف، ۲۰۰۵، یول، ۲۰۰۵). تکنیک‌های رفتاری شناختی یکی از شیوه‌های روان‌درمانی است که بر کاهش علائم PTSD مؤثر است. در یک بررسی تک موردی، یثربی (۱۳۸۰)، ۳ بیمار مبتلا به PTSD را تحت درمان شناختی- رفتاری

5 Pfefferbaum
6 Perry
7 Basoglu

1 Huljin
2 Huljin
3 Fridman
4 Argourpolos

قرارداد. جلسات درمان شامل ۱۲ جلسه بود. نتایج نشان داد این شیوه درمانی در کاهش علائم PTSD، افسردگی و اضطراب مؤثر است. این نتایج در پیگیری ۱ و ۲ ماهه هم چنان ادامه داشت. جیلی سنگی و همکاران (۱۳۸۴) به بررسی اثر روش‌های درمان رفتاری- شناختی و دارودرمانی در جانبازان مبتلا به PTSD پرداخته‌اند. نتایج نشان داد که این روش‌ها بر بهبودی و کاهش عوارض PTSD منجر شده است.

محمودی قرایی و همکاران (۱۳۸۵) اثربخشی رفتاردرمانی همراه با بازگویی روان‌شناختی بر PTSD در کودکان پس از زلزله بم را بررسی کرده‌اند. نتایج نشان داد که یک جلسه بازگویی روان‌شناختی و ۳ جلسه رفتاردرمانی بر نشانه‌های یادآوری مؤثر بوده ولی بر نشانه‌های اجتناب و برانگیختگی و در کل بر علائم PTSD تأثیر معنی‌داری نشان نداده است.

بخت آور و همکاران (۱۳۸۶) اثربخشی درمان رفتاری - فرا شناختی بر کاهش میزان خود تنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال فشار پس از سانحه در جانبازان شهر اصفهان را مورد مطالعه قرار داده‌اند. نتیجه پژوهش نشان داد که درمان رفتاری- فراشناختی در مهار خود تنبیهی تأثیر معنی‌داری دارد. میزان بهبودی این علائم در پس‌آزمون ۵۲ درصد و در پیگیری ۲ ماهه ۵۰ درصد بود.

چمتوب و همکاران (۲۰۰۲) اثربخشی درمان رفتار- شناختی ۴ جلسه‌ای را بر کودکان مبتلا به PTSD را مطالعه کردند. این مداخله بر کودکانی صورت گرفت که بعد از دو سال حوادث طبیعی هنوز علائم PTSD را دارا بودند. نتایج نشان داد که این مداخله در کاهش علائم PTSD در این کودکان مؤثر بوده است.

وتینگتون^۱ و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی مروری اثر مداخله CBT بر کودکان و نوجوانان متأثر از حوادث تروماتیک را بررسی کردند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان می‌دهد که این مداخله درمانی بر کاهش آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از حوادث تروماتیک در کودکان و نوجوانان مؤثر است.

کورنر و همکاران (۲۰۰۸) در یک مطالعه فرا تحلیلی به بررسی اثر درمان شناختی - رفتاری زود هنگام در پیشگیری از اختلال فشار مزمن می‌پردازند. نتایج مطالعه نشانگر آن است که این روش در PTSD (۳- ۶ ماه)، اضطراب و افسردگی مؤثر بوده است. در ضمن نتایج نشانگر آن است که این روش بهتر از روش‌های مشاوره‌ای حمایتی^۲ است.

شارپ^۳، تاریر و روتوندو^۴ (۱۹۹۴) در یک مطالعه تک موردی، زنی را که قربانی تجاوز جنسی بود تحت درمان شناختی - رفتاری قراردادند، نتایج بیانگر کاهش مسخ شخصیت و علائم PTSD در او بود. در پژوهش دیگری، اثر مداخله‌های شناختی - رفتاری ۴ جلسه‌ای به دنبال آسیب فیزیکی بررسی شد که موجب کاهش شاخص‌های مقیاس تأثیر رویداد^۵ گردید (بیسون و دیگران، ۲۰۰۴).

همچنین، ریسک^۱، نیست^۲، ویور^۳، آستین^۴ و فیویر^۵ (۲۰۰۲) و نوع درمان شناختی-رفتاری یعنی، درمان پردازش شناختی و درمان رویارویی طولانی مدت را با گروه لیست انتظار مقایسه کردند، نتایج نشان داد، هر دو نوع درمان شناختی نسبت به گروه لیست انتظار در کاهش علائم PTSD مؤثر بود.

فکتا^۶ (۲۰۰۰) درمان شناختی- رفتاری شامل آموزش دوباره واکنش‌های متعاقب آسیب، آرام‌سازی، مواجهه و بازسازی شناختی را بر روی یک گروه ده نفر از مبتلایان به PTSD به کار گرفت. ارزیابی‌هایی که با استفاده از مقیاس بالینگر- اجراگر PTSD^۷ و با پیگیری‌های ۳ و ۶ ماهه صورت گرفت، حاکی از کاهش فراوان علائم PTSD بود.

تیلور^۸، فدروف^۹ و کوچ^{۱۰} (۱۹۹۹) درمان شناختی-رفتاری شامل آموزش آرام‌سازی کاربردی، مواجهه تجسمی و بازسازی شناختی را بر روی مبتلایان به PTSD به کار بردند و اثربخشی آن را با استفاده از مقیاس علائم PTSD فرم مصاحبه^{۱۱} مورد تأیید قرار دادند.

لاوسون^{۱۲} (۱۹۹۵) درمان شناختی- رفتاری را بر روی سربازان جنگ ویتنام که از علائم PTSD و افسردگی رنج می‌بردند به کار گرفت. پس از درمان، کاهش فلش‌بک‌ها، کاهش اجتناب از یادآوری‌های آسیب، افزایش تحمل ناکامی و عزت‌نفس و نیز افزایش مشارکت در فعالیت‌های خانوادگی گزارش شده است.

پانوویک و اوست (۲۰۰) اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر ۱۶ بیمار مبتلا به PTSD با استفاده از روش مواجهه و بازسازی شناختی مورد مطالعه قرار دادند. بیماران به طور کلی تحت درمان انفرادی قرار داشتند و پس از درمان، کاهش ۴۸ و ۵۳ درصدی از علائم PTSD، کاهش ۴۹ و ۵۰ درصدی از اضطراب و کاهش ۵۴ و ۵۷ درصدی در علائم افسردگی را نشان دادند. نتایج درمانی در یک پیگیری ۶ ماهه همچنان پایرجا بودند.

لاول، مارکس، نوشیروانی و تراشر (۲۰۰۱) تأثیر رویارویی و بازسازی شناختی به‌عنوان مؤلفه‌های روش درمانی شناختی- رفتاری را به‌طور مستقل و نیز به‌طور ترکیبی بر روی مبتلایان به PTSD ارزیابی کردند. آن‌ها گزارش نمودند که ترکیب این دو روش موجب بهبودی نسبتاً خوبی و تقریباً در تمامی بیماران شده است. آن‌ها نتیجه‌گیری کردند که مواجهه بر روی ترس و اجتناب و بازسازی شناختی بر روی گسستگی، محدودیت دامنه عواطف و خصوصیات همراه PTSD مؤثر است.

- 8 Taylor
- 9 Fedoroff
- 10 Koch
- 11 PTSD Symptom Scali- Interview (PSS-1)
- 12 Lawson

- 1 Resick
- 2 Nishith
- 3 Weaver
- 4 Astin
- 5 Feuer
- 6 Facticeau
- 7 Clinical –Administered PTSD Scale (CAPS)

در پژوهش دیگری، فوا، هرست- ایکدا^۱ و پری^۲ (۱۹۹۵) نشان دادند، مداخله اولیه شناختی- رفتاری در پیشگیری از رشد PTSD حاد در قربانیان سوءاستفاده جنسی مؤثر است. پانوویک^۳ و اوست (۲۰۰۱) در یک مطالعه کنترل شده، ۱۶ بیمار مبتلا به PTSD را به طور تصادفی تحت یکی از این دو شرایط درمانی قراردادند: درمان شناختی- رفتاری و درمان رویارویی. درمان شامل ۲۰ تا ۱۶ جلسه بود. نتایج نشان داد، هر دو شیوه درمانی به یک میزان در کاهش علائم PTSD، افسردگی، اضطراب مؤثر است. این نتایج در یک پیگیری ۶ ماهه هم چنان ادامه داشت.

در پژوهش دیگری، زولنر^۴، فنی^۵، فیتسگیبونز^۶ و فوا (۱۹۹۹)، ۹۵ بیمار زن (۶۰ نفر قفقازی و ۳۵ نفر آمریکایی‌های آفریقایی تبار) مبتلا به PTSD را به طور تصادفی تحت دو شرایط درمان شناختی- رفتاری و لیست انتظار قراردادند. نتایج نشان داد، میزان بهبودی بدون توجه به نوع قومیت در بین کسانی که تحت درمان شناختی - رفتاری قرار داشتند نسبت به گروه لیست انتظار بیشتر بود. این نتایج هم چنان ۱۲ ماه بعد از درمان ادامه داشت.

در پژوهش دیگری، بلانچارد^۷ و دیگران (۲۰۰۳)، ۷۸ نفر از نجات یافتگان تصادف جاده‌ای را که به PTSD مبتلا بودند، به طور تصادفی تحت سه موقعیت درمانی مختلف قراردادند، درمان شناختی- رفتاری، درمان حمایتی و لیست انتظار. درمان شامل ۸ تا ۱۲ جلسه بود. نتایج نشان داد، درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم PTSD افسردگی و اضطراب مؤثر است. این نتایج در یک پیگیری سه‌ماهه هم چنان ادامه داشت.

همچنین فولت^۸، روزک^۹ و آبوک^{۱۰} (۱۹۹۸) با مروری بر ۲۶ مطالعه راجع به درمان‌های روان‌شناختی در درمان PTSD به این نتیجه رسیدند که درمان رفتاری و درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائمی مثل تجربه مجدد سانحه آسیب‌زا، برانگیختگی و اضطراب مؤثر است و شیوه‌های دیگر مثل روان‌درمانی بینش‌گرا^{۱۱} و جرئت‌آموزی^{۱۲} در کاهش علائم اجتناب مؤثر است.

در تبیین اثربخشی روش‌های درمان شناختی- رفتاری برای PTSD، هاسین^{۱۳} (۲۰۰۱) نتیجه‌گیری می‌کند که آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم و بازسازی شناختی، می‌توانند به مبتلایان کمک کند تا مهارت‌های مقابله‌ای خود را افزایش دهند و به طور مؤثری با رویدادهای ویرانگر زندگی کنار بیایند.

8 Follette
9 Ruzek
10 Abueg
11 Insight oriented
12 Assertiveness
13 Hosin

1 Hearst-Ikeda
2 Perry
3 Paunovic
4 Zoellner
5 Feeny
6 Fitzgibbons
7 Blanchard

روش‌شناسی تحقیق

این تحقیق از نوع تحقیق‌های نیمه تجربی با گروه آزمایش و گروه کنترل و طرح پس‌آزمون است. **جامعه آماری:** تمام نوجوانان افغانستانی شهر کابل که پدرشان و یا هر دو والد خود را در جنگ‌های افغانستان از دست داده‌اند و مبتلا به اختلال PTSD بر اساس ملاک‌های DSM_IV_TR هستند. **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 و چک‌لیست PTSD نمونه موردنظر، به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در این طرح گروه آزمایش مداخله درمان رفتاری- شناختی را تجربه کردند. گروه دوم، گروه کنترل بود که در لیست انتظار برای درمان قرار داشت. در این طرح به خاطر امکان ریزش نمونه‌ها، برای هر گروه ۱۵ نفر به‌عنوان 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 گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها

مقیاس تأثیر حوادث:^۱ مقیاس تجدیدنظر شده حوادث یک پرسشنامه خودسنجی ۱۳ ماده‌ای است که میزان نشانه‌های پس از حادثه مانند اجتناب، برانگیختگی و علائم آزاردهنده را در مقیاس‌های جداگانه در طول یک هفته اخیر می‌سنجد. همسانی درونی آزمون به روش آلفای کرونباخ $0/90 - 0/70$ به دست آمده است و پایایی آزمون به روش باز آزمایشی مناسب بوده است (عبدی و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش نشاط دوست و همکاران (۲۰۱۰) ضریب پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ $0/90$ به دست آمده است. **پرسشنامه اطلاعات عمومی:** این پرسشنامه توسط محقق تدوین شد و شامل سؤالاتی در مورد سن، تحصیلات، مدت گذشت حادثه، مدت اقامت در پرورشگاه و سن وقوع حادثه است.

1 Impact of Event Scale- Revised (IES-R)

ابزار تجزیه و تحلیل

در این طرح از اماره‌های توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک مانند تحلیل کوواریانس با اندازه‌های تکراری (مانکوا) برای میزان اثرگذاری مداخلات در مقایسه با گروه کنترل استفاده شد. بدین منظور از نرم‌افزار آماری SPSS۱۹ استفاده گردید.

یافته‌ها و نتایج

اطلاعات پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدا میانگین و انحراف معیار نمرات PTSD و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، 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

گروه‌ها	مؤلفه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
درمان شناختی- رفتاری	افکار مزاحم	۸	۹/۵	۳/۵۴	۳/۱۲	۳/۱۸
	اجتناب	۸	۱۱	۳/۴۲	۶/۷۵	۴/۱۳
	برانگیختگی	۸	۱۱/۶۲	۳/۸۸	۵/۸۷	۲/۱
	نمره کل PTSD	۸	۳۲/۱۲	۶/۵۹	۱۵/۷۵	۶/۳۴
کنترل	افکار مزاحم	۸	۹/۱۲	۵/۱	۱۰	۴/۸۶
	اجتناب	۸	۱۰/۷۵	۳/۶۹	۱۱/۱۲	۲/۲۹
	برانگیختگی	۸	۱۴/۲۷	۲/۵	۱۲/۸۷	۴/۴۵
	نمره کل PTSD	۸	۳۴/۲۵	۵/۳۱	۳۴	۴/۸۱

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است؛ میانگین کل نمره PTSD در گروه آزمایشی رفتاری- شناختی این میزان نمره از ۳۲/۱۲ به ۱۵/۷۵ رسیده است. در گروه گواه، روند به‌گونه‌ای دیگر است. میانگین کل نمره PTSD در این گروه، در مرحله پیش‌آزمون برابر ۳۴/۲۵ است که در مرحله پس‌آزمون به ۳۴ رسیده است.

به‌منظور استفاده از تحلیل کوواریانس لازم است که پیش‌فرض‌های آن رعایت شود. بدین منظور در ابتدا شرط نرمال بودن مورد بررسی قرار گرفت. 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

شاپیرو- ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون برای نمرات پیش آزمون متغیر PTSD همراه با زیرمقیاس‌های آن، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون

PTSD و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل

آزمون شاپیرو- ویلک			شاخص‌ها متغیرها	گروه‌ها
معنی‌داری	درجه آزادی	آماره		
۰/۵۷۸	۸	۰/۹۳۷	افکار مزاحم	CBT
۰/۸۲۶	۸	۰/۹۶۲	اجتناب	
۰/۲۴۳	۸	۰/۸۹۲	برانگیختگی	
۰/۴۰۲	۸	۰/۹۱۶	نمره کل	
۰/۸۵۰	۸	۰/۹۶۴	افکار مزاحم	کنترل
۰/۲۵۰	۸	۰/۸۹۴	اجتناب	
۰/۵۱۳	۸	۰/۹۳۰	برانگیختگی	
۰/۱۵۷	۸	۰/۸۷۲	نمره کل	

همان‌طور که مشاهده می‌شود پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون نتایج آزمون شاپیرو ویلک در بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون PTSD و زیر مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایش و گواه رد نمی‌شود ($P > 0.05$).

پیش فرض دیگر برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، تساوی واریانس گروه‌ها است. اساس پیش فرض تساوی واریانس‌ها آن است که واریانس نمرات دو گروه در جامعه باهم 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 پس آزمون PTSD و زیر مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین در بررسی تساوی واریانس نمرات پس آزمون PTSD و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل

معناداری	درجه آزادی مخرج	درجه آزادی صورت	F	شاخص متغیر
۰/۳۵	۲۱	۲	۱/۰۸	افکار مزاحم
۰/۰۰۵	۲۱	۲	۶/۷۸	اجتناب
۰/۱۵	۲۱	۲	۲/۰۷	برانگیختگی
۰/۵۷	۲۱	۲	۰/۵۶	نمره کل

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تنها در بعد اجتناب، در مرحله پس‌آزمون تأیید نمی‌شود. در سایر زیرمقیاس‌ها این پیش‌فرض تأیید می‌شود. با این حال، به دلیل این‌که 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 زیرمقیاس‌های آن بعد از کنترل متغیر مداخله‌گر پیش‌آزمون، در مرحله پس‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس سه گروه در متغیر PTSD و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل بعد از کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
افکار مزاحم	پیش‌آزمون	۱	۸/۳	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۰۲	۰/۱۰
	عضویت گروهی	۲	۲۰۳/۱۴	۵/۰۷	۰/۰۰۹	۰/۳۸	۰/۸۳
اجتناب	پیش‌آزمون	۱	۳۰/۱۹	۱/۵۵	۰/۲۲	۰/۰۷	۰/۲۲
	عضویت گروهی	۲	۷۹/۳۷	۲/۰۴	۰/۱۵	۰/۱۷	۰/۳۷
برانگیختگی	پیش‌آزمون	۱	۷/۴۶	۰/۷۷	۰/۳۹	۰/۰۳	۰/۱۳
	عضویت گروهی	۲	۲۹۶/۷	۱۵/۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۹
نمره کل	پیش‌آزمون	۱	۲۲/۵۶	۰/۶۲	۰/۴۴	۰/۰۳	۰/۱۱
	عضویت گروهی	۲	۱۵۰۹	۲۰/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون در متغیر نمره کل معنادار است ($P = ۰/۰۰۱$). در زیر مقیاس‌ها، تنها زیر مقیاس اجتناب در بین سه گروه معنی‌دار نیست ($P = ۰/۱۵$)؛ بنابراین می‌توان گفت تکنیک‌های درمان رفتاری شناختی در کاهش علائم PTSD و زیر مقیاس‌های به‌جز زیر مقیاس اجتناب مؤثر بوده است ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۴ نشان می‌دهد که میزان تأثیر پیش‌آزمون در متغیرهای افکار مزاحم، اجتناب، برانگیختگی و نمره کل به ترتیب: ۲ درصد؛ ۷ درصد؛ ۳ درصد و ۳ درصد است که این اثرات در تحلیل کوواریانس کنترل گردید. میزان تأثیر مداخلات درمانی در متغیرهای افکار مزاحم، اجتناب، برانگیختگی و نمره کل به ترتیب: ۳۸ درصد؛ ۱۷ درصد؛ ۶۰ درصد و ۶۷ درصد و توان آماری به ترتیب: ۰/۸۳؛ ۰/۳۷؛ ۰/۹۹ و ۱/۰۰

است. می‌توان نتیجه گرفت حجم نمونه برای بررسی این فرضیه کافی بوده است (فقط در متغیر اجتناب به نظر می‌رسد که حجم نمونه در اثرگذاری درمان رفتاری شناختی کافی نباشد). به عبارت دیگر دقت آزمون در کشف تفاوت‌ها بالا است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که قبلاً ذکر شد در تبیین بروز اختلال استرس پس از سانحه، دیدگاهی رفتاری و شناختی به آن توجه داشته‌اند. بر اساس این دیدگاه‌ها، مداخله درمانی رفتاری - شناختی طرح‌ریزی شده و در این مطالعه اجرا گردید.

نتایج مداخله درمانی رفتاری- شناختی در جدول ۴ نشانگر آن است که مداخله درمانی در کاهش علائم کلی PTSD در مقایسه با گروه کنترل مؤثر بوده است ($P = 0/001$). این مداخله‌های درمانی در مؤلفه‌های اختلال استرس پس از سانحه؛ مانند افکار مزاحم (یادآوری) و برانگیختگی هم مؤثر بوده است ($P = 0/001$). میزان تأثیر مداخلات درمانی در متغیرهای افکار مزاحم، اجتناب، برانگیختگی و نمره کل به ترتیب: ۳۸ درصد؛ ۱۷ درصد؛ ۶۰ درصد و ۶۷ درصد و توان آماری به ترتیب: ۰/۸۳؛ ۰/۳۷؛ ۰/۹۹ و ۱/۰۰ است.

این نتایج با نتایج یثربی (۱۳۸۰)، حیلی سنگی و همکاران (۱۳۸۴)، کورنر و همکاران (۲۰۰۸)؛ شارپ، تاریر و روت ندو (۱۹۹۴)؛ بیسون و همکاران (۲۰۰۴)؛ فکتا (۲۰۰۰)؛ تیلولر، فدروف و کوچ (۱۹۹۹)؛ لوسون (۱۹۹۵)؛ پانوویک و اوست (۲۰۰۰)؛ لاول، مارکس، نوشیروانی و تراشر (۲۰۰۱)؛ زولنر، فنی، فیتسگیبونز و فوا (۱۹۹۹)؛ بلانچارد و همکاران (۲۰۰۳) و هاسین (۲۰۰۱) همسویی دارد.

در این مطالعه عدم تناسب بین سن و تحصیلات از محدودیت‌های تحقیق به شمار می‌رود. داغ‌دیدگی و سکونت در مکانی به‌دوراز خانواده و شهر محل تولد از جمله مسائلی است که اختلال پس از سانحه را حادثر و کار با آن‌ها را مشکل‌تر می‌سازد.

در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود که این مداخلات در گروه دختران و گروه‌های مختلف سنی نیز انجام پذیرد تا نتایج آن‌ها با این نتیجه مقایسه گردد. مناسب است که از این شیوه‌های درمانی در مراکز درمانی و مراکز نگهداری نوجوانان داغ‌دیده جهت کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه استفاده کرد.

تقدیر و تشکر

لازم است که از همکاری‌های ارزشمند مرکز حمایتی تهیه مسکن، به خصوص از مسئولین مرکز آزادی و متعلمان آن مرکز جهت اجرای این تحقیق تقدیر و تشکر نمایم.

منابع

بخت آور، عیسی، نشاط دوست، محمد طاهر، مولوی، حسین، بهرامی، فاطمه. (۱۳۸۶). اثربخشی درمان رفتاری فرا شناختی بر کاهش میزان خود تنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال پس از سانحه، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، دور پنجم، شماره ۲: ۹۸-۹۲.

جانگسما، آرتور، ای. (۱۳۸۲). *روان‌درمانگری کودکان و نوجوانان*، ترجمه علی صاحبی، علی‌اکبر ثمری و نادر باقری، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

حیلی سنگی، محمد، قشونی زاده، سعید (۱۳۸۴). اثر روش‌های درمان رفتاری-شناختی و دارودرمانی بر جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، ارائه شده در *دومین همایش تحقیقی مدیریت امداد و نجات*.

عبدی، احمد، مولوی، علیرضا، اکرمیان، فهیمه (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، علی، شریفی، ونداد، رحیمی موقر، آفرین، راد‌گودرزی، رضا، محمدی محمدرضا، یونسین، مسعود، یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۹). بررسی شیوع اختلال پس از سانحه و علائم آن در بازماندگان زلزله بم، *تازه‌های علوم شناختی*. ۸ (۳): ۷۰-۵۸.

محمودی، قرایی، جواد، محمدی، محمدرضا، بینا، مهدی، یاسمی، محمدتقی، فکور یوسف، نادری، فاطمه (۱۳۸۵). اثر رفتاردرمانی گروهی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه زلزله بم در کودکان: یک کار آزمایشی بالینی تصادفی کنترل شده، *مجله بیماری‌های کودکان ایران*. ۱۶ (۱): ۳۲-۲۵. هالچین، ر. و تیبورن، س. ک. (۱۳۸۸). *آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر روان.

American Psychoatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed), Washington, D, C, American psychoatric Press.

Aulagnier. M. Verger. P. Rouillon. F. (2004). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Pratiques Psychologiques*. 10(4): 291-318

Argouropoulos, S. V. (2000). The psychobiology of Anxiety disorders. *Pharmacol Therapy*, 88: 213-27.

Arendt M, Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta psychiatrica scandianavica, Munksgaard international publishers*. 104(6): 423-37.

- Angold, A. Costello, E.J. Pickles, A. & Winder, F. (1987). *The development of a questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents*. Unpublished manuscript, London University.
- Basoglu, M, Livanou, M, Salcioglu 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 therapy of emotional disorders*. New York: New American Library.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Black, D. (2002). Bereavement. A chapter in Rutter, M. and Taylor,E, Eds, *Child and adolescent psychiatry*. Massachusetts Blackwell.
- Bisson, J.I, Shepherd, J. P,Joyi, D. (2004). Early cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder after physical injury.Randomized controlled trial. *Br J psychiatry*, 18: 63-9.
- British Psychological Society (2002). Psychological debriefing. retrieved from www.bps.uk.
- Car, V. J. Lewin, T.J,Webster, R. A. (1997). Psychosocial sequel of 1989 Newcastle earthquake. *Psycho Med*: 27(1); 167-78.
- Chemtob, C. M, Tomas, S, Law, W. (1997). Post distress psychological interventions: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J psychiatr*, 154(3): 415-7.
- 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, *Arch pediatr Adolesc Med*, 156(3): 211-6.
- Cohen, J. A. (2003). Treating acute post traumatic reactions in children and adolescents. *Biol psychiatry*, 53(9): 827-33.
- Currier,Joseph M. Jason M. Holland, and Robert A. Neimeyer(2007) The Effectiveness of Bereavement Interventions With Children: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Research, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Vol. 36, No. 2
- Diener,E.Lucas,R.E & Oishi,S. (2002). Subjective well – being. *Journal of clinical psychology*.24,25-41.
- Dyregrov, A. (2008).*Grief in children*. A handbook for adults. London: Jessica Kingsle.
- Ellison, C. G. Gay, D. A. & Glass,T.A. (1989). Dose religious commitment contribute to individual life satisfaction? *Social Forces*, 68, 100-123.

- Elbedour. S, Onwuegbuzie. A. J, Whitcom. J. A, Abu Heinif (2007). Post traumatic Stress disorder, Depression and Anxiety emong Gaza strip adolescents in wake of second uprising (Intifada), *Child abuse and neglect*, 31: 719- 29.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle age community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Frayen. A. Wade.T. D. (2006). A Comparison of Written Emotional Expression and Planning with Respect to Bulimic? Symptoms and Associated Psychopathology, *Eur. Eat. Disorders. Rev.* 14: 329-340.
- Frisch, MI, B. (2006). *Quality of life Therapy*, New jersey: John Wiley & sons press.
- Fridman, M. J. (1998). Current and future drug treatment for PTSD patients, *Psychiatric Ann*, 28: 461-8.
- Garcia.F. E. (2010). Prevician de trastoron de estres postramaumatico en supervivientes del trremoto de Chile de febrero de 2010: Una propuesta de intervencion narrativa, *Trapia Psicologica*, 28 (1): 85-93.
- Grant, G. M; Salced, V; Hynan L. S; et al. (1993). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological report*, 76, 1203-8.
- Goengian, A. k, karayan, I, pynoos, R. S, (1997). Outcome of psychotherapy among adolescents after truma. *Am J psychiatr*:154(4): 536-42.
- Goenjjan, A. K, Pynoos, S, Steinbetg AM, (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1998 earthquake in Armenia. *J Am Acad child Adolsc Psychiatry*, 34(9): 1174-84.
- Heyneman, E. K. (2004). Recurrent nightmare, aggressive doll play, separation aneixty and witnessing domestic violence in a 9 year old girl. *J development and behavioral pediatrics*, 25(6):419-22.
- Kalantari. M. Ahmadi. S.J. Rezvani.S.R. Neshatdoost. H. (2010). Efficacy of Writing for Recovery on Traumatic Grief Symptoms of Afghanian War-Affected Bereaved Adolescents. Unpublished research project, Children and War Foundation, retrieved from www.childrenandwar.org.
- Kenardy, J. A, Webster, R. A, Levin, T. J, (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster, *j Trauma stress*; 9(1): 37-49.
- 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.
- Kratzt, F &Weyne, B. (2007). *Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder*.

- Kornor.H, Winje.D, Ekeberg.O, Weisæth. L, Kirkehei, I, Johansen.K, Steiro.A. (2008). Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: A systematic review and meta-analysis, *BMC Psychiatry* <http://www.biomedcentral.com>
- Levin. T.G. I, Carr. V.J. Webster, R. A. (1998). Recovery from post-earthquake psychological morbidity. *Aust NZJ psychiatry*,32(1): 15-20.
- Mayou, R. A, Ehler. A, Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. *Brit J psychiatry*. 176; 589-93.
- Jacobsen.J.C, Juliet.C, Zhang.B.H, Block.S.D, Maciejewski.P.K, Prigerson.H.G.)2010).Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced. *Death studies*. 34 (3): 257-273.
- Moller,A &Leimkuhler. (2007). Subjective well-being and male depression in male adolescents. *Journal of Affective Disorder*, 98(2):65-73.
- Montagne,J.Pizza,W.Peters,K,Eippert,G& Poggiali, T. (2002). The Wellness solution. the *Journal on Active Aging*.P(18).
- Munoz,R.A. & Lopez,C.G. (2005). Major depressive disorder in Latin American: The relationship between depression,Severity, Painful somatic symptoms and Quality of life. *Journal of Affective disorder*,86(1): 93-98.
- Neimeyer, Robert. A, Currier J.M. (2009).Grief Therapy: Evidence of Efficacy and Emerging Directions .*Current directions in psychological science* ,18(6): 352-356.
- Norberg, M, M. Diefenbach, G. J. & Tolin, D. F. (2007). Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of anxiety disorder*. Article in press.
- Neshat Doost, H.T, Kalantari, M, Ahmadi, J. Rezvani, R. (2009). Effects of specific recall training on the improvement of mood and autobiographical memory in Afghanian 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*.London, Martin Dunitz. pp:115-31.
- Park, C. Cohen, L. M. & Herb, L. (1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 562-574.
- Perry, B. D, (1999). Azad I,post-traumatic stress disorder in children and adolescents.*Curr Opin Pediatr*, 11(4): 310-16.

- Pfefferbaum, B. (1997). Post-traumatic stress disorder in children: A review of the 10 years. *J Am Acad Child Adolesc psychiatry*.11 (4):1503-16.
- Rachman, S. (1987). Human fears: A three systems analysis. *Scandinavian, Journal of Behavior Therapy*, 7, 235, 247.
- Reynolds, C.R. & Richmond, B.O. (1978). what I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Rosner R, Kruse J, Hagl M. (2010).A Meta-Analysis of Interventions for Bereaved Children and Adolescents .*Death studies*. Volume: 34 Issue: 2 Pages: 99-136.
- Rodrigue, J. R; Moher, A. B; Widows, M. R; et al. (2006). A Randomized evaluation of quality of life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*. 5(10), 2425-2432.
- Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S [Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique](#). (2004). Efficacité du «débriefing» psychologique» dans la prévention des troubles psychologiques post-traumatiques.? 52(1): 67-79.
- Smith P, Dyregrov A, Yul W. *Children and disaster: teaching recovery techniques*. Center for crisis psychology, Bergen, Norway. 2002.
- 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.
- Stoppelbein. L, Greening, L. (2000). Posttraumatic Stress Symptoms in parentally bereaved children & adolescents, *JAM Acad child Adolesc Psychiatry*, 39(9): 1112-9.
- Van Emmerik, A. A, Kamphuis, J.H, Hulsnosch, A.M, (2002). Single session debriefing after psychological trauma; A meta analysis. *Lancet*, 360: 766-71.
- Van Etten, M. L, Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post traumatic stress disorder: a meta-analysis, *Clin psychother*; 5: 126-45.
- Vivian, Dzokoto. & Stephen, J. (2007). Student life style and emotional well – being at a historically Black university. *Chulavista*, 127(4): 511-12.
- Vrielynck, V. Deplus, D. and Philippot, P. (2007). Overgeneral Autobiographical Memory and Depressive Disorder in Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 95-105.
- Wessely. S, Deahl. M. (2003). Psychological debriefing is waste of time, *BJ Psych*. 183: 12-14.

- Wegner, A.W. (2003). Cognitive-behavioral therapy for post traumatic stress disorder applications to injured trauma survivors. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 8(3): 175-87.
- Wessely, S, Rose, S, Bisson, J. (2001). Brief psychological intervention for trauma-related symptoms and the prevention of PTSD. *Cochrane Database Rev*, 3: CD0005