

اثر بخشی بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری به شیوه گروهی بر علایم اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان شهر یاسوج

اسحاق موسوی^{۱*}، مهرداد کلانتری^۲، مریم اسماعیلی^۳

^۱گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران، ^۲گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۱/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: نظر به اینکه جانبازان به عنوان یکی از مهم‌ترین گروه‌های هدف جهت ارائه خدمات درمانی، روانشناختی و اجتماعی به حساب می‌آید، هدف این مطالعه بررسی میزان اثربخشی بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه جانبازان در شهر یاسوج بود.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، از بین جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تعداد ۲۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی (M-PTSD) بود که قبل از آموزش بر روی هر دو گروه اجرا شد، سپس بازگویی روانشناختی در یک جلسه و مداخلات رفتاری در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک جلسه صرفاً برای گروه آزمایش اجرا شد. سپس از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد و به منظور تعیین اثر آموزش پس از سه ماه هر دو گروه مورد پیگیری قرار گرفتند. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال استرس پس از سانحه در افراد گروه های آزمایش و کنترل پس از مداخله به ترتیب: $11/27 \pm 10/2$ و $11/2/4 \pm 8/68$ بود که بین آنها تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: روش درمانی بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری مورد بررسی می‌تواند در درمان اختلال استرس پس از ضربه مزمن مؤثر باشد، این روش اثر درمانی خود را حتی بعد از سه ماه حفظ کرد.

واژه‌های کلیدی: استرس پس از سانحه، بازگویی روانشناختی، مداخلات رفتاری

* نویسنده مسئول: اسحاق موسوی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران

Email: Mousavi_230@yahoo.com

مقدمه

با گذشت ۲ دهه از جنگ عراق علیه ایران هنوز تعداد زیادی از جانبازان اعصاب و روان با مراجعات مکرر خود به مراکز درمانی به دنبال بازیابی سلامت از دست رفته خود هستند. گذشت زمان، افزایش سن بیمار و فقدان درمان جامع موجب تشدید علایم و مشکلات آنها شده است. مطالعات انجام شده برای بررسی اثرات دراز مدت جنگ بر وضعیت روانی اجتماعی جانبازان اعصاب و روان حاکی از آن است که گذشت زمان به نفع بهبود بیمار نیست، زیرا نه تنها موجب کاهش حمایت‌های اجتماعی می‌شود بلکه با افزایش سن علایم بیماری به خصوص علایمی از قبیل واکنش‌های ناگهانی، کابوس‌های شبانه و تحریک‌پذیری در آنها شدت می‌یابد(۱).

اختلال استرس پس از سانحه^(۱) از جمله اختلالات روانی است که عبارت است از؛ مجموعه واکنش‌های که فرد در مواجهه، با استرس‌هایی که خارج از ظرفیت روانی اوست و به دنبال یک استرسور که به عنوان استرسور شدید، ضربه‌ای و غیر روزمره تلقی می‌شود از خود بروز می‌دهد. علایم مشخص آن عبارت‌اند از؛ تجربه مجدد حادثه تروماتیک، کاهش تماس با دنیای خارج و پاسخ‌گویی به آن و انواع علایم شناختی، خلقی و اتونومیک(۲).

شدت اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند ناشی از عوامل مختلف باشد. ممکن است در جریان جنگ، شکنجه، سوانح طبیعی، یا آتش سوزی در ساختمان پدید

آید(۳). از مشخصه‌های بارز این اختلال عود علایم، تجربه مجدد حادثه از طریق رؤیا و افکار در خواب، بیداری، اجتناب از یادآوری سانحه و کاهش پاسخ‌گری کلی است(۴). بنابراین، برای کاهش این ناتوانی‌ها، مداخلات پیشگیرانه و درمانی، مانند گروه درمانی‌های حمایتی و درمان‌های مبتنی بر روش‌های شناختی - رفتاری و سایر انواع روان درمانی، مورد توجه بوده‌اند(۵). یول و کانتربری (۱۹۹۴)، برای مقابله با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه روش‌هایی را معرفی کرده‌اند که مبنای آن روش‌های تجسمی و شناختی - رفتاری است. در میان درمان‌های روان شناختی، درمان شناختی - رفتاری بیش از سایر روش‌ها در اختلال استرس پس از سانحه مورد پژوهش قرار گرفته و اثر بخشی آن تأیید شده است(۷ و ۶). این روش به اشکال مختلف مورد استفاده قرار گرفته است، ولی مؤلفه‌هایی از آن که نوعاً در درمان اختلال استرس پس از سانحه به کار گرفته می‌شوند عبارتند از؛ آموزش روانشناختی، رویارویی، بازسازی شناختی، و مدیریت اضطراب. یک دوره درمان شناختی - رفتاری در مطالعات مختلف بین ۱۲-۸ جلسه به مدت ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بوده است(۸).

طی آموزش روانی، علایم شایعی که در واکنش به سوانح در افراد مختلف دیده می‌شود، توضیح داده می‌شود و در مورد شیوه‌هایی که برای برطرف کردن علایم اصلی وجود دارد بحث می‌گردد و هدف توجیه

اختلالات اضطرابی و خلقی پس از حوادث روش مناسبی است، اما در مورد درمان نمی‌توان اظهار نظر کرد (۱۵). تحقیقات درمانی، به ویژه آزمایشی، در مورد بازگویی روانشناختی به نسبت کم است (۱۱). بررسی‌های بیشتری برای تعیین مؤثر بودن بازگویی روانشناختی در موارد مزمن، با توجه به تفاوت فرهنگی و قومی لازم است و تداوم اثر آن در بلند مدت مورد تردید قرار دارد (۱۸-۱۶).

روش بررسی

این مطالعه کارآزمایی بالینی پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و اخذ رضایت کتبی از شرکت کنندگان در مطالعه انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه جانبازانی بودند که به بیمارستان اعصاب و روان سلمان شهر یاسوج مراجعه نمودند و تشخیص اختلال استرس پس از ضربه گرفته‌اند. از میان جامعه فوق با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۵۰ نفر از جانبازانی که تشخیص اختلال استرس پس از سانحه گرفته بودند، انتخاب شدند. از بین این ۵۰ نفر جانبازانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و فاقد ملاک‌های خروج بودند ۲۰ نفر آنها انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش و گروه کنترل قرار داده شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل مواردی از قبیل: جانباز مرد، دامنه سنی ۴۰ تا ۶۰

کردن فرد و انگ‌زدایی از واکنش وی به سانحه، کمک به بیمار برای صورت بندی علایم خود و ایجاد منطقی برای درمان می‌باشد (۸). گروه درمانی متمرکز بر شناخت و رفتار بر کاربرد برخورد طولانی و بازسازی شناختی تجربه‌های آسیب‌زای افراد و آموزش پیشگیری از عود برای تقویت مهارت‌ها و تدابیر سازگاری افراد برای ابقای کنترل بر نشانه‌های خاص و وابسته به اختلال استرس پس از سانحه تأکید می‌کند (۸). روش دیگری که پس از وقوع حادثه برای پیشگیری از بروز اختلال به کار گرفته می‌شود و در طی آن از روش‌هایی چون عادی سازی پاسخ‌ها، تعدیل هیجان‌ها و نحوه مواجهه با نشانه‌های اختلال، در یک جلسه گروهی استفاده می‌شود (۹).

بازگویی روانشناختی به افراد کمک می‌کند تا از نظر شناختی و هیجانی تجارب خود را پردازش کنند. این روش شامل مداخله سازمان یافته بلافاصله بعد از ضربه، به منظور تخلیه هیجان‌نا آرامت‌کننده و طبیعی کردن واکنش‌های قربانیان است (۱۰). در واقع نوعی تمایل به حرف زدن در مورد حوادث ناگوار وجود دارد و چنانچه در این مورد صحبت نشود، برای فرد مورد نظر مشکل ایجاد می‌کند (۱۱). در مورد مؤثر بودن بازگویی روانشناختی گزارش‌های متناقضی وجود دارد، در حالی که برخی پژوهش‌ها آن را در درمان اختلال پس از ضربه مؤثر می‌دانند (۱۲)، پژوهش‌های دیگر آن را بی اثر و حتی دارای نتایج منفی ذکر می‌کنند (۱۴ و ۱۳). بررسی‌ها نشان می‌دهند که بازگویی روانشناختی برای پیشگیری از

با محاسبه مجموع کل نمره‌ها، نمرات کمتر از ۶۵ خفیف، نمره ۶۵ تا ۱۳۰ متوسط و بالاتر از ۱۳۰ شدید ارزیابی می‌شود. این مقیاس دارای ۴ عامل می‌باشد که شامل؛ عامل خاطرات رخنه‌کننده، عامل فقدان افسردگی، عامل مشکل در ارتباط بین فردی و عامل ناتوانی در کنترل عاطفی بودند(۲).

مداخلات درمانی شامل برگزاری یک جلسه بازگویی روانشناختی در یک گروه حمایتی و شش جلسه استفاده از روش‌های تجسمی و شناختی - رفتاری(الگوی درمانی یول) بود که به صورت هفتگی و هر هفته یک جلسه برگزار شد. روش اجرای کار بدین صورت بود که ابتدا از هر دو گروه پیش آزمون به عمل آمد و سپس مداخله آموزشی صرفاً برای گروه آزمایش اجرا شد ولی برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت و سپس از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. به منظور تعیین اثر آموزش نیز، پس از سه ماه هر دو گروه مورد پیگیری قرار گرفتند.

مداخله‌های لازم در ۹ جلسه به این شرح انجام شدند؛ جلسه اول: بازگویی روان شناختی به مدت حدود دو ساعت و نیم، شامل بازگویی خاطره واقعه، احساسات و افکار، جلسه دوم: عادی سازی پاسخ‌ها، تعدیل و تخلیه هیجان‌ها در یک محیط حمایت شده، همسان‌سازی احساسات در گروه و تبیین نحوه مواجهه با نشانه‌های اختلال، جلسه سوم: استفاده از روش‌های تجسمی، شامل روش تعویض جایگزینی ذهنی افکار مزاحم به هنگام

سال، سطح تحصیلات بالای دیپلم و ساکن شهر یاسوج و حومه بود.

برای ارزیابی نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه، از مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی سی پی استفاده شده است. این مقیاس در سال ۱۹۹۷ به وسیله نوریس و رید تهیه و معرفی شد. مواد می‌سی سی پی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM III و به منظور اندازه‌گیری اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ تهیه شده‌اند. درجه‌بندی هر ماده آن مبتنی بر مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است و مجموع نمرات آزمودنی در کل مواد مقیاس با هم جمع می‌شوند تا شدت نشانه‌های بالینی اختلال استرس پس از ضربه را که از ۳۵ تا ۱۷۵ در نوسان است، نشان دهد. نمره برش مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی سی پی برای تشخیص و شناسایی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، ۱۰۷ می‌باشد. مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی سی پی دارای ۳۹ عبارت است. این مقیاس به وسیله نوریس و رید(۱۹۹۷) معرفی شد(۲). همچنین به وسیله گودرزی و هکاران(۱۳۸۲) در ایران اعتباریابی شده است(۲). اعتبار آزمون بر اساس همبستگی درونی ۰/۹۲، بر اساس روش دو نیمه کردن ۰/۹۲، بر اساس آزمون مجدد با فاصله یک هفته ۰/۹۱ و با آزمون همتا(سیاه اختلال استرس پس از ضربه) ۰/۸۲ بود. این مقیاس در پنج درجه لیکرت(از کاملاً صادق=۵ تا هرگز صادق نیست=۱) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل(۰ تا ۱۹۵)

و از میان کل آزمودنی‌ها ۵۰ درصد در دامنه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ درصد در دامنه سنی ۵۰ تا ۶۰ سال بودند. جهت بررسی فرض همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد فرض صفر با مقدار $F=0/187$ برای مرحله پس آزمون و مقدار $F=0/00$ برای آزمون پیگیری معنی‌دار نشده است، لذا پیش فرض همگنی واریانس‌ها محقق شده است. همچنین برای بررسی فرضیه نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون گولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج ($p=0/89$ و $p=0/99$ و $p=0/58$) نرمال بودن توزیع متغیرها را نشان داد.

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمرات علایم اختلال استرس پس از سانحه در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب: $141/70 \pm 10/49$ و $124/70 \pm 12/55$ و در پس آزمون به ترتیب: $102/9 \pm 11/72$ و $114/8 \pm 10/26$ و در پیگیری به ترتیب $103/6 \pm 11/27$ و $112/4 \pm 8/68$ بودند که با توجه به یافته‌های حاصله، در پس آزمون و آزمون پیگیری بین میانگین نمرات اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/05$) (جدول ۲).

مواجهه با افکار و خاطرات و نیز روش‌های کوچک کردن و دور کردن خاطرات به منظور مقابله با افکار مزاحم، جلسه چهارم و پنجم: آموزش آرام‌بخشی عضلانی، به منظور کاهش نشانه‌های بیش برانگیختگی، جلسه ششم: آموزش مفهوم اجتناب و آموزش مهارت مواجهه واقعی و تدریجی و جلسه هفتم: انجام مواجهه.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که در گروه آزمایش ۷۰ درصد شاغل و ۳۰ درصد غیرشاغل و در گروه کنترل ۸۰ درصد شاغل و ۲۰ درصد غیرشاغل بودند، همچنین در گروه آزمایش از نظر سطح تحصیلات ۴۰ درصد دارای تحصیلات کاردانی و ۶۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و در گروه کنترل ۶۰ درصد دارای تحصیلات کاردانی و ۴۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی بودند، در میان گروه آزمایش و کنترل از نظر وضعیت تأهل در هر دو گروه ۱۰ درصد مجرد و ۹۰ درصد متأهل بودند،

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در علایم اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه آزمایش و کنترل

مرحله آزمون	گروه	آزمایش	کنترل
پیش آزمون		$141/70 \pm 10/49$	$124/70 \pm 12/55$
پس آزمون		$102/9 \pm 11/72$	$114/8 \pm 10/26$
پیگیری		$103/6 \pm 11/27$	$112/4 \pm 8/68$

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس اثر ترکیبی بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری بر علایم اختلال استرس پس از سانحه

مراحل آزمون	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی داری	مجذور سهم اتا	توان آزمون
پس آزمون	۱۳۸۲/۱۷	۱	۱۳۸۲/۱۷	۱۵/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۶
آزمون پیگیری	۴۶۰/۹۴	۱	۴۶۰/۹۴	۴/۵۳	۰/۰۴۸	۰/۲۱	۰/۵۱

بحث

پژوهش‌های زیادی در مورد میزان بروز، ویژگی‌های اختلال استرس پس از سانحه در بازگشتگان از جنگ انجام شد و هم‌چنین تمام تحقیقاتی که در مورد تأثیر بازگویی روانشناختی بر علایم اختلال استرس پس از سانحه انجام گرفته است بر روی افرادی بوده است که در سانحه‌هایی نظیر؛ زلزله، سیل، آتش سوزی، تصادفات رانندگی و تجاوزهای جنسی بوده است، که زمان زیادی از بروز سانحه نمی‌گذشت. لذا در مورد تأثیر الگوی ترکیبی بازگویی روان شناختی و مداخلات رفتاری بر روی کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه در بازگشتگان از جنگ تحقیقات کمی انجام گرفته است. (۹) از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثر بخشی بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه جانبازان شهر یاسوج انجام شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، بازگویی روانشناختی به شیوه گروهی باعث کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان می‌شود. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج سایر مطالعات انجام شده

در این زمینه هم‌خوانی دارد (۲۹-۱۹). بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری باعث کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان جنگ می‌شود. در فرهنگ ایرانی مردان به عنوان افرادی مقاوم شناخته می‌شوند که نباید گریه کنند یا ناراحتی خود را ابراز نمایند یا درباره آن حرف بزنند. اغلب افراد شرکت کننده در بازگویی اظهار داشتند که هنوز تحت تأثیر آثار مخرب جنگ قرار دارند ولی سعی می‌کنند تا مشکلات خود را انکار نموده و درباره آن صحبت نکنند. بازگویی روانشناختی، صحبت کردن در مورد وقایع ناگوار است و تأثیر مهمی در درمان دارد (۱۱). افرادی که قادر به بیان حوادث ناگوار نبودند دچار مشکلات بیشتری بودند، ولی با صحبت کردن بهبود یافتند. هم‌چنین به نظر می‌رسد در فرهنگ ایرانی، بازگویی نقش مهمی در تخلیه هیجانی داشته و در درمان مؤثر باشد. برخی پژوهش‌ها نشان داده است که اثرات بازگویی روانشناختی در بلند مدت کاهش می‌یابد (۱۸). گرچه تحقیق حاضر نشان داد که این روش در طول مدت حداقل سه ماه، تأثیر خود را حفظ می‌کند. در مورد مؤثر بودن بازگویی روانشناختی بر بیماران مزمن تردید وجود دارد (۱۶)، اما مطالعه حاضر نشان داد که اختلال استرس پس از سانحه

مزمّن، با روش فوق قابل درمان است. لذا نباید مانع صحبت در مورد حادثه ناگوار شد و بیان خاطره، افکار، احساسات و هیجان می‌تواند به درمان استرس پس از ضربه کمک نماید. بنابراین، این شیوه‌های درمانی را می‌توان به عنوان روشی مستقل یا در کنار سایر روش‌های درمانی از قبیل دارو درمانی یا انواع روش‌های روان درمانی به کار برد.

محدودیت این پژوهش این بود که نمونه پژوهش فقط از بین مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ انتخاب شده بودند. بنابراین لازم است که در پژوهش‌های آینده به منظور تعیین اثر دقیق‌تر شیوه درمانی مورد استفاده در این پژوهش تعداد بیشتری از مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از حوادث مختلف را با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب کنند تا امکان تعمیم نتایج به دست آمده میسر گردد. از لحاظ کاربردی علاوه بر جانبازان ناشی از جنگ می‌توان گفت که حالت تلفیقی این روش‌های درمانی (بازگویی روان‌شناختی و مداخلات رفتاری) جهت بهبود وضعیت مواجهه شدگان با انواع دیگر استرس پس از سانحه از قبیل تصادفات، قربانیان خشونت، سوء استفاده‌های جنسی، آتش سوزی و دیگر حوادث انسانی و نیز سیل، زلزله و دیگر بلایای طبیعی به کلیه مراکز دست‌اندر کار بهداشت روان پیشنهاد نمود، استفاده نمایند.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد می‌باشد که با همکاری اداره بنیاد شهید و امور ایثارگران استان کهگیلویه و بویراحمد و بیمارستان اعصاب و روان سلمان یاسوج انجام گرفت. از همه جانبازانی که با وجود مشکلات جسمی و روحی با علاقه فراوان در جلسات گروهی شرکت نمودند، سپاسگزاریم.

نتیجه‌گیری

در مجموع این مطالعه نشان داد که روش‌های درمانی بازگویی روان‌شناختی و مداخلات رفتاری به شیوه

REFERENCES

1. Abhari-Ahmadi SA. Long-term effects of war on psychosocial status of patients with post-traumatic stress disorder. Tehran; Proceedings of the Third Symposium of Neurological Complications Psychological War, 2000.
2. Godarzi, MA. Investigating Reliability and validity Post Traumatic Stress Disorder Mississippi Scale. *M-PTSD* 2005; 7(2):153-8.
3. Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2007; G12-21.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2000; 256-310.
5. Basoglu M, Livanou M, Salcioglu E, Kalender D. A brief behavioral treatment of chronic post traumatic stress disorder in earthquake survivors: Results from an open clinical trial. *Psychological Medicine* 2003; 33(4): 647-54.
6. Wessely S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions (debriefing) for trauma-related symptoms and prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Database Systemic Review* (Online) 2001; 3: CD000560
7. Kenardy JA, Webster RA, Lewin TJ, Carr VJ, Hazell PL, Carter GL. Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of traumatic stress* 1996 9(1), 37-49.
8. Foy DW, Ruzek I, Glynn SM, Riney SA, Gusman F. Trauma focus group therapy for combat-related PTSD. In *Session: Psychotherapy in Practice* 1997; 3: 59-73.
9. Deabl M. Psychological debriefing. In: Nutt D, Davidson JR, Zohar J (editors). *Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, Management and Treatment* 2000; 115-31.
10. Baeyens C. Secondary prevention of posttraumatic stress disorder: challenging psychological debriefings. *Encephale* 2003; 29(6): 535-44.
11. Devilly GJ, Annab R. A randomized controlled trial of group debriefing. *J BehavTher Exp Psychiatry* 2008; 39(1): 42-56.
12. Jenkins SR. Social Support and Debriefing Efficacy among Emergency Medical Workers after a Mass Shooting Incident. *Journal of Social Behavior and Personality* 1996; 11(3): 477-92.
13. Carlier IV, Voerman AE, Gersons BP. The influence of occupational debriefing on posttraumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *Br J Med Psychol* 2000; 73 (1): 87-98.
14. Carlier IV, Lamberts RD, Van Uchelen AJ, Gersons BPR. Disaster-related post-traumatic stress in police officers: a field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine* 1998; 14(3): 143-8.
15. Rhoads J, Pearman T, Rick S. PTSD: therapeutic interventions post-Katrina. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2008; 20(1): 73-81.
16. Jacobs J, Home-Moyer HL, Jones R. The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. *Int J Emerg Ment Health* 2004; 6(1): 5-14.
17. Regel S, Joseph S, Dyregrov A. Psychological debriefing in cross-cultural contexts: ten implications for practice. *Int J Emerg Ment Health* 2007; 9(1): 37-45.
18. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2007; 2: 45-56.
19. Jenkins EJ, Bell CC. Violence among inner city high school students and post-traumatic stress disorder. Springer publishing Co, Inc. New York: NY, US; 1994; 76-88.
20. Robyn C. Robinson and Jeffrey t. Mitchell. Evaluation of psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress* 1993; 11: 3 .
21. Foa EB, Riggs DS. Post-traumatic stress disorder in rape victims. In: Oldham J, Riba MB, Tasman A(editors). *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*; 1994; 273-303.
22. Bisson JI, Shepherd JP, Joy D, Probert R, Newcombe RG. Early cognitive-behavioral therapy for post traumatic stress disorder after physical injury. Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2004;184: 63-9.
23. Bisson JI, Deahl MP. Psychological debriefing and preventing post traumatic stress. *Br J Psychiatry* 2004; 165: 717-20.
24. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology* 1998; 107: 508-19.
25. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1998; 5: 126-45.

26. Aslani M, Hashemiyan K, Lotfi F, Mirzaei J. One-year effectiveness of cognitive behavioral in patients with PTSD. Tehran; Proceedings of the fourth symposium on prevention and treatment of neurological complications. Psychological War 2007.
27. Fakour Y, Mahomoudi-gharaei J, Mohammadi MR, Momtazbakhsh M. The effect of supportive and cognitive- behavioral group therapy on Bam earthquake survivors with post – traumatic stress disorder. Hakim 2006; 9(2): 63-9.
28. Bakhtavar E, Neshat-Doost, HR, Molavi H, Bahrami F. Efficacy of meta cognitive behavioral therapy in reducing self punishment in patients with post traumatic stress disorder. Journal of Research in Behavioural Sciences 2007; 5(2): 93-7.
29. Khosropour F, Ebrahiminejad GR, Salehi M, Farzad V. Comparing the effectiveness of psychological debriefing, eye movement desensitization reprocessing, and imaginal exposure on treatment of chronic post-traumatic stress disorder. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2012; 19(2): 149-59.

Investigating the effect of psychological debriefing and behavioral interventions on Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms on veterans of Yasuj city

Muosavi E^{1*}, Kalantari M², Esmaili M²

¹Department of Psychology, Islamic Azad University, Najaf Abad Branch, Esfahan, Iran, ²Department of Psychology, Esfahan Branch, Iran

Received: 06 Feb 2013

Accepted: 10 Apr 2013

Abstract

Background & aim: Considering that veterans as the most important target groups for health care facilities, and social psychology is taken into account, the aim of this study was to evaluate the efficacy of psychological debriefing and group behavioral interventions in reduction of posttraumatic stress disorder on veterans of Yasuj city.

Methods: In this clinical-trial study, 20 patients were selected among veterans with post-traumatic stress disorder, and then randomly assigned to experimental and control groups. The Mississippi Scale for Posttraumatic Stress Disorder (M-PTSD) was administered by Research Tool to both groups before training. One session for psychological debriefing and 6-week sessions for behavioral interventions at 90-minute was conducted only for the experimental group. After a period of three months, the two groups were assessed to determine the effect of training. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The mean and standard deviation of posttraumatic stress disorder in patients after the intervention and control groups were $103/6 \pm 11/27$ and $112 \pm 8/68$, respectively. There was no significant difference between them ($p < 0.05$).

Conclusions: Treatment method of psychological and behavioral interventions can be effective in the treatment of chronic post-traumatic stress disorder. This therapeutic effect to be maintained even after three months.

Key words: Post Traumatic Stress Disorder, Psychological Debriefing, Behavioral interventions

*Corresponding Author: Mousavi E, Department of Psychology, Islamic Azad University, Najaf Abad Branch, Esfahan, Iran

Email: mousavi_230@yahoo.com