



دانشگاه خوارزمی

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی بالینی

موضوع:

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در علائم آسیب‌شناختی و عملکرد حافظه روزمره نوجوانان مبتلا

به اختلال استرس پس از سانحه

استاد راهنما:

دکتر علیرضا مرادی

استاد مشاور:

دکتر جعفر حسنی

پژوهشگر:

محمد درهرج

شهریور ۱۳۹۲

ای کہ حضورت روشن ترین راه را در تاریکی های جهل من بهموار کرد! با ذکر ت صحیفه ای

بی قدر را مزین می سازم...

تقدیم به پدر عزیزم و مادر مهربانم

آنان که دعایشان همیشه دلگرمی را بهم بوده و هست...

,

تقدیم به تمام کودکان و نوجوانان زلزله زده آذربایجان

آنان که از زخم کسانشان درکشیدند و آنان که کوچکی ظاهرشان در مقابل بزرگی روحشان رنگ می‌بازد...

تقدیر و تشکر

با سپاس از اساتید ارجمندم، جناب آقای دکتر مرادی و جناب آقای دکتر حسنی که با نظرات سازنده و ارزشمند خویش همواره راهنمای من در مسیر انجام این پژوهش بودند.

بر خود لازم می‌دانم از اساتید محترم گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی که در مسیر رشد علمی اینجانب همواره پشتیبان و همراه من بودند کمال تشکر و قدر دانی را داشته باشم.

از جناب آقای دکتر قدیمی، ریاست محترم پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش کشور، جناب آقای دکتر رضایی، ریاست محترم آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی و جناب آقای علی اصغر نژاد ریاست محترم آموزش و پرورش شهرستان هریس که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم کردند، تقدیر و تشکر می‌نمایم.

با سپاس از کادر آموزشی دبیرستان های حضرت معصومه (س)، شهید مردانی آذ و امام خمینی (ره) شهرستان هریس استان آذربایجان شرقی و تمامی کسانی که در به ثمر نشستن این پژوهش مرا یاری نمودند.

در پایان از تمامی دانش آموزانی که حاضر به شرکت در پژوهش شدند، تقدیر و تشکر می‌نمایم؛ به امید آن که این پژوهش گام کوچکی در جهت بهبودی آن‌ها باشد.

چکیده

علی‌رغم مطالعات صورت گرفته در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر علائم اختلال استرس پس از سانحه نوجوانان، مطالعات کمی در خصوص تأثیر درمان بر زیر گروه‌های خاص این اختلال و ابعاد مختلف آن صورت گرفته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر علائم آسیب‌شناختی و عملکرد حافظه روزمره نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام گرفت. در قالب یک طرح شبه آزمایشی و از میان نوجوانان دارای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ساکن در شهرستان زلزله‌زده هریس استان آذربایجان شرقی، ۱۲ نفر بر اساس نمرات مقیاس تجدید نظر شده تأثیر حوادث و مصاحبه بالینی ساختار یافته و مطابق با ملاک‌های ورود و خروج به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. اعضای گروه آزمایش در ده جلسه درمان شناختی- رفتاری شرکت کردند، در حالی که اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تجدید نظر شده تأثیر حوادث، مقیاس اضطراب چندبعدی و آزمون حافظه رفتاری ریورمید بود که شرکت‌کنندگان در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آن‌ها را تکمیل کردند و داده‌های حاصل از آن‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش شدت علائم آسیب‌شناختی اختلال استرس پس از سانحه در تمامی ابعاد و بهبود شاخص کلی حافظه روزمره، شاخص حافظه کلامی و شاخص حافظه مربوط به آینده، به طور معناداری مؤثر است؛ این در حالی است که درمان مذکور تأثیر معناداری در بهبود سایر شاخص‌های اصلی حافظه روزمره نداشت. نتایج این پژوهش ضمن تأیید یافته‌های مطالعات پیشین در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر علائم اختلال استرس پس از سانحه نوجوانان، شواهد امیدبخشی نیز در خصوص تأثیر درمان در بهبود عملکرد حافظه روزمره در این گروه فراهم می‌آورد.

واژگان کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، درمان شناختی- رفتاری، حافظه روزمره، نوجوانان.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

۲	.....	مقدمه
۴	.....	بیان مسأله
۱۰	.....	اهمیت پژوهش
۱۳	.....	اهداف پژوهش
۱۳	.....	سؤالات پژوهش
۱۳	.....	فرضیه‌های پژوهش
۱۴	.....	متغیرهای پژوهش
۱۴	.....	اختلال استرس پس از سانحه
۱۴	.....	اضطراب
۱۵	.....	درمان شناختی- رفتاری
۱۶	.....	حافظه روزمره

فصل دوم: ادبیات پژوهش

۱۸	.....	تشخیص اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان
۲۱	.....	همه‌گیرشناسی
۲۳	.....	همبودی
۲۵	.....	نظریه‌های روان‌شناختی اختلال استرس پس از سانحه
۲۵	.....	نظریه شرطی‌سازی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲۷	نظریه پردازش هیجانی
۲۹	نظریه بازنمایی دوگانه
۳۲	نظریه شناختی اهلرز و کلارک
۳۵	حافظه و اختلال استرس پس از سانحه
۴۱	رویکردهای درمانی اختلال استرس پس از سانحه
۴۱	درمان‌های دارویی
۴۴	درمان روان‌پوشی
۴۶	حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد
۴۹	درمان شناختی-رفتاری
۵۲	اثربخشی درمان شناختی-رفتاری
۶۰	خلاصه فصل

فصل سوم: روش پژوهش

۶۳	طرح پژوهش
۶۳	جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری
۶۴	ابزارهای پژوهش
۶۴	مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I
۶۵	مقیاس تجدید نظر شده تأثیر حوادث
۶۶	آزمون حافظه رفتاری ریورمید-ویراست سوم

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۶۸	مقیاس اضطراب چند بعدی
۶۹	شیوه اجرای پژوهش
۷۱	فرآیند درمان
۷۳	روش تحلیل داده‌ها

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۷۵	ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
۷۶	یافته‌های مبتنی بر فرضیه‌های پژوهش
۷۷	فرضیه اول پژوهش
۸۱	فرضیه دوم پژوهش
۸۴	فرضیه سوم پژوهش

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۹۱	بحث در چارچوب فرضیه‌های پژوهش
۱۰۲	نتیجه‌گیری
۱۰۳	محدودیت‌های پژوهش
۱۰۳	پیشنهادات پژوهش

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

منابع

- ۱۰۶ منابع فارسی
- ۱۰۷ منابع لاتین

پیوست‌ها

- ۱۱۴ پیوست یک: خلاصه راهنمای درمان شناختی- رفتاری
- ۱۲۶ پیوست دو: مقیاس تجدید نظر شده تأثیر حوادث
- ۱۲۸ پیوست سه: مقیاس اضطراب چند بعدی

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۳-۱: طرح پژوهشی شبه آزمایشی	۶۳
جدول ۳-۲: مؤلفه‌های درمان شناختی- رفتاری اختلال استرس پس از سانحه	۷۱
جدول ۴-۱: توزیع گروه نمونه بر حسب جنسیت	۷۵
جدول ۴-۲: شاخص‌های توصیفی گروه نمونه برای متغیرهای جمعیت شناختی	۷۶
جدول ۴-۳: شاخص‌های توصیفی مربوط به تفاوت نمرات مقیاس تجدید نظر شده تأثیر حوادث و خرده مقیاس‌های آن در سه مرحله آزمون‌گیری در دو گروه آزمایش و کنترل	۷۷
جدول ۴-۴: نتایج تحلیل واریانس مختلط در مورد مقیاس تجدید نظر شده تأثیر حوادث و خرده مقیاس‌های آن به منظور بررسی تغییرات درون آزمودنی	۷۸
جدول ۴-۵: نتایج تحلیل واریانس مختلط در مورد مقیاس تجدید نظر شده تأثیر حوادث و خرده مقیاس‌های آن به منظور بررسی تغییرات بین آزمودنی	۷۹
جدول ۴-۶: شاخص‌های توصیفی مربوط به تفاوت نمرات مقیاس اضطراب چندبعدی در سه مرحله آزمون‌گیری در دو گروه آزمایش و کنترل	۸۱
جدول ۴-۷: نتایج تحلیل واریانس مختلط در مورد مقیاس اضطراب چندبعدی به منظور بررسی تغییرات درون آزمودنی	۸۲
جدول ۴-۸: نتایج تحلیل واریانس مختلط در مورد مقیاس اضطراب چندبعدی به منظور بررسی تغییرات بین آزمودنی	۸۲
جدول ۴-۹: شاخص‌های توصیفی مربوط به تفاوت نمرات شاخص کلی آزمون حافظه رفتاری ریورمید و شاخص‌های فرعی آن در سه مرحله آزمون‌گیری در دو گروه آزمایش و کنترل	۸۴
جدول ۴-۱۰: نتایج تحلیل واریانس مختلط در مورد شاخص کلی آزمون حافظه رفتاری ریورمید و شاخص‌های فرعی آن به منظور بررسی تغییرات درون آزمودنی	۸۶

جدول ۴-۱۱: نتایج تحلیل واریانس مختلط در مورد شاخص کلی آزمون حافظه رفتاری ریورمید و شاخص‌های فرعی آن به منظور بررسی تغییرات بین آزمودنی ۸۸

فهرست اشکال

صفحه

عنوان

- شکل ۴-۱: روند تغییرات نمره کل مقیاس IES در دو گروه آزمایش و کنترل ۸۰
- شکل ۴-۲: روند تغییرات نمره کل مقیاس اضطراب چند بعدی در دو گروه آزمایش و کنترل ... ۸۳
- شکل ۴-۳: روند تغییرات شاخص حافظه کلی RBMT-3 در دو گروه آزمایش و کنترل ۸۹

فصل اول

کلیات پژوهش

- ✓ مقدمه
- ✓ بیان مسأله
- ✓ اهمیت پژوهش
- ✓ اهداف پژوهش
- ✓ سؤالات پژوهش
- ✓ فرضیه‌های پژوهش
- ✓ متغیرهای پژوهش

مقدمه

ماهیت رو به رشد جوامع کنونی و توسعه سریع زندگی شهرنشینی، انسان‌ها را ناگزیر از تجربه تنیدگی‌ها و فشارهای روزمره می‌کند. افراد معمولاً برای مقابله با بسیاری از این فشارها آمادگی دارند یا حداقل مجهز به روش‌هایی برای کاستن از تأثیرات آن‌ها هستند. اما گاهی اوقات این تنیدگی‌ها فشارهایی بر انسان‌ها تحمیل می‌کنند که خارج از تحمل آن‌هاست و در این حالت دیگر از آن‌ها نه به عنوان عامل تنیدگی‌زا، بلکه تعبیر به «ضربه آسیب‌زا»^۱ می‌شود. تجربه رویدادهای آسیب‌زای طبیعی همانند زلزله، سیل، طوفان، آسیب‌های بین فردی نظیر سوء استفاده جنسی، جسمی و خشونت‌های خانوادگی و آسیب‌های غیرمترقبه به دلیل وقایعی نظیر تصادف و مرگ والدین، همگی نمونه‌ای از این ضربه‌ها هستند (کناردی^۲، اسپنس^۳ و مک‌لئود^۴، ۲۰۰۶).

طی هزاران سال ضربه‌های روان‌شناختی برای مردم منبع وحشت و ترس بوده‌اند. تجاربی که فرد را با خطر مرگ واقعی یا قریب‌الوقوع یا تباهی و نابودی مواجه می‌کنند، وحشت‌آور هستند. زمانی که واکنش‌های استرس افراد به این رویدادهای آسیب‌زا، مزمن و ناتوان‌کننده باشد، دیگر آن‌ها یک واکنش طبیعی به وضعیت‌های غیر طبیعی نیستند، بلکه تبدیل به اختلال استرس پس از سانحه^۵ (PTSD) می‌شوند. آمارها نشان می‌دهد که اختلالات مرتبط با ضربه‌های روان‌شناختی پس از بیماری‌های قلبی و عروقی پر هزینه‌ترین مشکل مرتبط با سلامتی در سال‌های اخیر بوده‌اند (فورد^۶، ۲۰۰۹) و نرخ اختلال استرس پس از سانحه در جمعیت عمومی پس از الکلسم، افسردگی اساسی و هراس اجتماعی بیشترین میزان است که این اختلال را تبدیل به چهارمین اختلال شایع روان‌پزشکی در ایالات متحده آمریکا می‌کند (بارلو^۷، ۲۰۰۲).

1. Trauma

2. Kenardy

3. Spence

4. Macleod

5. Posttraumatic Stress Disorder

6. Ford

7. Barlow

تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ابتدا تنها در مورد بزرگسالان مطرح شد و تا اواخر دهه ۱۹۸۰ فرض بر این بود که پاسخ‌های روان‌شناختی کودکان و نوجوانان به بسیاری از ضربه‌های آسیب‌زا زودگذر هستند. اما در حال حاضر محققان پذیرفته‌اند که طیف گسترده‌ای از ضربه‌های روان‌شناختی، تأثیرات مخربی بر کودکان و نوجوانان دارند و آن‌ها نیز همانند بزرگسالان ممکن است به دنبال رویدادهای آسیب‌زایی که تهدید کننده زندگی هستند، دچار اختلال استرس پس از سانحه شوند (دیرگروو^۱ و یول^۲، ۲۰۰۶).

کودکان و نوجوانان به دلیل شرایط خاص جسمی و سنی، بیشتر از دیگر اقشار جامعه در معرض خطر ضربه‌های روان‌شناختی و تجربه رویدادهای آسیب‌زا قرار دارند و در برابر آن‌ها از کم‌ترین حمایت حقوقی، اقتصادی و اجتماعی برخوردارند (محمدخانی، محمدی و رضایی دوگاهه، ۱۳۸۳). از طرف دیگر، از آن جایی که راهبردهای مقابله‌ای در آن‌ها هنوز به اندازه کافی برای روبرو شدن با صدمات جسمی و روحی ناشی از این ضربه‌ها رشد نکرده است، مواجهه با یک عامل استرس‌زا در آنان بیش از بزرگسالان می‌تواند منجر به بروز اختلال استرس پس از سانحه شود (سادوک^۳ و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۸). بر خلاف مطالعات گسترده‌ای که از سال ۱۹۸۰ و همزمان با معرفی طبقه تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه، بر روی بزرگسالان انجام گرفته است، مطالعات نسبتاً کمی شیوع این اختلال، ویژگی محرک‌های آسیب‌زا و درمان این اختلال را در کودکان و نوجوانان مورد مطالعه قرار داده‌اند (وندرارد^۴، لوکاسن^۵، ون‌امریک^۶ و املکمپ^۷، ۲۰۱۰). اهمیت توجه به این موضوع در کشور ما که از دیر باز صحنه رویدادهای آسیب‌زای مختلفی بوده است دو چندان می‌باشد. در سالیان اخیر وقوع جنگ تحمیلی، بلایای طبیعی به ویژه

1. Dyregrov

2. Yule

3. Sadock

4. Van Derord

5. Lucassen

6. Van Emmerik

7. Emmelkamp

زلزله‌های مرگباری همچون زلزله بم، زرنند و آذربایجان شرقی و در حال حاضر نیز آمار بالای تصادفات جاده‌ای از جمله این رویدادها هستند که تأثیرات غیر قابل اجتنابی بر افراد و به ویژه کودکان و نوجوانان به عنوان گروه‌های سنی آسیب‌پذیر دارند و آن‌ها را در معرض خطر ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه قرار می‌دهند. پژوهش در زمینه پیامد رویکردهای مختلف درمانی در این گروه و لزوم مداخله فوری پس از وقوع این حوادث در جهت جلوگیری از تأثیرات روانی بعدی آن‌ها موضوعی است که توجه کمتری به آن شده و در این پژوهش سعی می‌شود تا حد امکان به آن پرداخته شود.

بیان مسأله

اختلال استرس پس از سانحه نخستین بار در سال ۱۹۸۰ و در سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-III) به عنوان طبقه‌ای تشخیصی از اختلالات اضطرابی که تنها در بزرگسالان رخ می‌دهد، مطرح شد و در DSM-III-R تشخیص این اختلال در کودکان و نوجوانان نیز مورد پذیرش قرار گرفت (دیویس^۲ و سیگل^۳، ۲۰۰۰). چهارمین ویراست از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، اختلال استرس پس از سانحه را به عنوان مجموعه‌ای از علائم تعریف می‌کند که در پی تجربه، مشاهده یا مواجهه با رویدادهایی که خطر واقعی مرگ، تهدید به مرگ یا آسیب‌دیدگی وخیم یا تهدید نسبت به تمامیت جسمانی خود یا دیگران را در بر دارد، ظاهر می‌شوند. پاسخ فرد نسبت به این رویدادها به صورت ترس گسترده، ناامیدی یا وحشت بوده و سه گروه از علائم اصلی آن، شامل تجربه مجدد حادثه به صورت آزاردهنده و مزاحم^۴، رفتارهای اجتنابی^۵ و علائم مستمر برانگیختگی بیش از حد^۶ می‌باشد. طول مدت اختلال بیش از

^۱. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
^۲. Davis
^۳. Siegel
^۴. Intrusive Re-experiencing
^۵. Avoidance Behaviors
^۶. Hyper Arousal

یک ماه است و این علائم منجر به تخریب قابل ملاحظه در عملکرد شغلی، اجتماعی یا سایر حوزه‌های مهم کارکرد فرد می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۰۰).

علی‌رغم مطالعات صورت گرفته بر روی اختلال استرس پس از سانحه در جمعیت‌های بزرگسال، پژوهش‌های اندکی در زمینه میزان مواجهه کودکان و نوجوانان با رویدادهای آسیب‌زا و نیز شیوع این اختلال در آنها صورت گرفته است. تحقیقات نشان می‌دهد کودکان و نوجوانانی که یک رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند، در معرض خطر بالاتری از ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه قرار دارند (کناردی و همکاران، ۲۰۰۶)؛ بر این اساس، مطالعات مرکز ملی اختلال استرس پس از سانحه در ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که ۱۵ تا ۴۳ درصد از دختران و ۱۴ تا ۴۳ درصد از پسران در طول زندگی خود حداقل یک رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند که از این تعداد ۳ تا ۱۵ درصد از دختران و ۱ تا ۶ درصد از پسران واجد ملاک‌های تشخیص اختلال استرس پس از سانحه هستند (همبلن^۲، ۲۰۰۷)؛ این در حالی است که میزان شیوع این اختلال در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد تخمین زده می‌شود (اهلرز^۳، ۲۰۰۰؛ به نقل از کار^۴، ۲۰۰۴).

همانند کمبود مطالعات صورت گرفته در زمینه شیوع‌شناسی اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان، در خصوص ارزیابی و درمان این اختلال نیز پژوهش‌های اندکی در این گروه انجام گرفته است. اندک مطالعات انجام شده در این زمینه از روش‌های درمانی مختلفی نظیر دارو درمانی، درمان روان‌پویشی^۵، حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد^۶ (EMDR)، درمان شناختی- رفتاری^۷ (CBT) و درمان‌های مبتنی بر مدرسه^۸ استفاده کرده‌اند (فورد، ۲۰۰۹) که در این میان، رویکردهای شناختی- رفتاری بیشترین شواهد تجربی را به خود اختصاص داده

¹. American Psychiatric Association

². Hamblen

³. Ehlers

⁴. Carr

⁵. Psychodynamic Treatments

⁶. Eye Movement Desensitization and Reprocessing

⁷. Cognitive Behavior Therapy

⁸. School-Based Treatments

(سیلورمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۸؛ دیرگروو و یول، ۲۰۰۶؛ پرین^۲، اسمیت^۳ و یول، ۲۰۰۰) و تبدیل به گزینه نخست درمانی در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شده‌اند (دانلی^۴ و آمایا جکسون^۵، ۲۰۰۲).

اگر چه در زمینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پژوهش‌هایی صورت گرفته است، با این حال بخش اعظمی از این مطالعات بر گروه‌هایی با سابقه سوء استفاده جنسی و تجربه ضربه‌های مزمن متمرکز بوده‌اند (برای مثال دبلینگر^۶، مانارینو^۷، کوهن^۸، رانیون^۹ و استیر^{۱۰}، ۲۰۱۱؛ پاسارلا^{۱۱}، مندس^{۱۲} و ماری^{۱۳}، ۲۰۱۰؛ فیدر^{۱۴} و رونان^{۱۵}، ۲۰۰۶). علی‌رغم آن که نتایج این مطالعات مؤید تأثیر درمان در کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بوده، اما این نتایج از آن جهت قابل بحث است که گروه‌هایی با سابقه تجربه سوء استفاده جنسی و ضربه‌های مزمن در مقایسه با گروه‌هایی با سابقه رویدادهای آسیب‌زای منفرد، تصویر نشانگان و نیازهای درمانی متفاوتی دارند. بر این اساس، باید در تعمیم نتایج مطالعات مربوط به کودکان و نوجوانان دارای سابقه سوء استفاده جنسی به گروه‌هایی با سابقه تجربه رویدادهای آسیب‌زایی غیر از این احتیاط کرد و نمی‌توان نتایج آن‌ها را به تمام کودکان و نوجوانان دچار اختلال استرس پس از سانحه تعمیم داد (فینی^{۱۶}، فوآ^۱، تریبول^۲ و مارچ^۳، ۲۰۰۴؛ به نقل از اسمیت و همکاران، ۲۰۰۷).

-
1. Silverman
 2. Perrin
 3. Smith
 4. Donnelly
 5. Amaya-Jackson
 6. Deblinger
 7. Mannarino
 8. Cohen
 9. Runyon
 10. Steer
 11. Passarella
 12. Mendes
 13. Mari
 14. Feather
 15. Ronan
 16. Feeny

صرف نظر از مطالعات فوق، پژوهش‌های دیگری نیز در زمینه ارزیابی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر علائم اختلال استرس پس از سانحه کودکان و نوجوانان صورت گرفته است که بر گروه‌هایی با سابقه تجربه رویدادهای آسیب‌زایی غیر از سوء استفاده جنسی و ضربه‌های مزمن تمرکز داشته‌اند (برای مثال دروٹ^۴ و همکاران، ۲۰۱۱؛ حکیم شوشتری، پناغی و عطاری مقدم، ۲۰۰۸). اگر چه ضربه آسیب‌زا در این مطالعات یک رویداد منفرد (مشاهده انفجار و زلزله) بود، با این حال باز هم نتایج نشان دهنده اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه بوده است. البته در تفسیر نتایج این مطالعات باید دو نکته را مد نظر داشت؛ نخست این که شرکت‌کنندگان این پژوهش‌ها کودکان و نوجوانانی با نشانه‌های استرس پس از سانحه بودند و هیچ یک واجد ملاک‌های کامل تشخیصی بر اساس DSM-IV-TR برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه نبودند؛ علاوه بر این محدودیت‌هایی مانند انتساب غیر تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌های آزمایش و کنترل و عدم پیگیری دستاوردهای درمانی، نتیجه‌گیری قطعی در خصوص اثربخشی درمان را با چالش مواجه می‌سازد.

مطالعه اسمیت و همکاران (۲۰۰۷) نخستین مطالعه کنترل شده تصادفی^۵ است که با رفع محدودیت‌های مطالعات پیشین، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فردی را در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از یک رویداد آسیب‌زای منفرد مورد بررسی قرار داده است. نتایج این مطالعه نشان دهنده تأثیر درمان در بهبود علائم اصلی اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و اضطراب بود که این پیامدهای درمانی در پیگیری ۶ ماهه نیز همچنان تداوم داشتند. راهنمای درمانی مورد استفاده در این مطالعه مبتنی بر نظریه شناختی اهلرز و کلارک^۶ (۲۰۰۰) در مورد اختلال استرس پس از سانحه بود که این نظریه توجه ویژه‌ای به نقش

1. Foa

2. Treadwell

3. March

4. De roos

5. Randomized Controlled Trial

6. Clark

مشکل در حافظه و خاطره در هم گسیخته از رویداد آسیب‌زا به عنوان یکی از عوامل اصلی تداوم اختلال دارد. بر همین اساس، این راهنما که بر مقابله با عوامل تداوم‌بخش^۱ اختلال استرس پس از سانحه متمرکز می‌شود، تأکید خاصی بر تجدید خاطره تصویری^۲ از رویداد آسیب‌زا، بسط حافظه^۳ و توضیح دقیق خاطره مربوط به آن رویداد و ایجاد انسجام و پیوستگی در حافظه به عنوان اصلی‌ترین راهبرد درمانی دارد.

توجه به نقش حافظه در تداوم اختلال استرس پس از سانحه و درمان آن ریشه در مطالعاتی دارد که نشان می‌دهند مبتلایان به این اختلال از طیفی از مشکلات حافظه نظیر مسائل مربوط به رویداد آسیب‌زا (مانند تجدید خاطرت مزاحم و یاد زدودگی‌های روان‌زاد^۴) تا مشکلات کلی‌تر حافظه رنج می‌برند و شکایت‌هایی در خصوص یادآوری وقایع و رویدادها، جزئیات شرح حال، قرارهای ملاقات و غیره دارند (مرادی، نشاط دوست، تقوی، یول و دالگلیش^۵، ۱۹۹۹). نقایص شناختی مربوط به حافظه در این افراد در ابعاد مختلف حافظه نظیر حافظه عمومی^۶ و کلامی^۷ (به عنوان مثال ساموئلسون^۸، کروگر^۹، بارنت^{۱۰} و ویلسون^{۱۱}، ۲۰۱۰؛ یاسیک^{۱۲}، سایگ^{۱۳}، اُبرفیلد^{۱۴} و هالامانداریس^{۱۵}، ۲۰۰۷)، حافظه شرح حال^{۱۶} (برای مثال کایکن^{۱۷} و بروین^{۱۸}، ۱۹۹۵) و حافظه

1. Perpetuating Factor

2. Imaginal Reliving

3. Memory Elaboration

4. Psychogenic Amnesia

5. Dagleish

6. Genaral Memory

7. Verbal Memory

8. Samuelson

9. Krueger

10. Burnett

11. Wilson

12. Yasik

13. Saigh

14. Oberfield

15. Halamandaris

16. Autobiographical Memory

17. Kuyken

18. Brewin

روزمره^۱ (برای مثال مرادی و همکاران، ۱۹۹۹) در مطالعات مختلف نشان داده شده است. مطالعه مرادی و همکاران (۱۹۹۹) به طور خاص با مقایسه عملکرد حافظه روزمره در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و گروه کنترل نشان داده است که بین این دو گروه تفاوت‌های معناداری در نیمرخ کلی حافظه روزمره و خرده مقیاس‌های آن مانند حافظه مربوط به آینده^۲ و جهت‌یابی^۳ وجود دارد.

علی‌رغم وجود مطالعات فوق که مؤید مشکلات حافظه در ابعادی نظیر حافظه روزمره در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است، توجه کمی به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود نقایص شناختی و به طور خاص عملکرد حافظه شده است و تقریباً تمام مطالعات صورت گرفته در زمینه پیامدهای درمان شناختی-رفتاری در این گروه، متمرکز بر تأثیر درمان بر نشانه‌های اصلی اختلال (یعنی تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی بیش از حد) بوده‌اند. این در حالی است که نظریه‌هایی مانند نظریه شناختی اهلرز و کلارک (۲۰۰۰) معتقدند که تغییر در حافظه می‌تواند نقشی واسطه‌ای در کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه داشته باشد. بر این اساس، می‌توان انتظار داشت که یک برنامه درمان شناختی-رفتاری نظیر راهنمای درمانی اسمیت و همکاران (۲۰۰۷) که تمرکز خاصی بر بسط حافظه به عنوان یکی از راهبردهای اصلی درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه دارد، منجر به بهبود عملکرد حافظه در این گروه شود.

در مجموع با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت که اگر چه شواهد پژوهشی در درمان اختلال استرس پس از سانحه کودکان و نوجوانان به نفع رویکردهای شناختی-رفتاری است، اما محدودیت‌های این مطالعات به ویژه تمرکز عمده آنها بر ضربه‌های آسیب‌زای مزمنی نظیر سوء استفاده جنسی، عدم استفاده از گروه‌هایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه و توجه صرف

¹. Everyday Memory

². Prospective Memory

³. Orientation