

## خانواده درمانی و زوج درمانی درمانهای PTSD

دکتر سید محمود میرزمانی<sup>۱</sup> دکتر سید حسین سلیمی<sup>۲</sup> دکتر محمدهلی بشارت<sup>۳</sup>

### چکیده:

هرچند خانواده درمانی و زوج درمانی اشکال مختلفی از مداخله با ویژگی های متفاوتی هستند، ولی ویژگی های مشترکی هم دارند (مثلاً در: نگرش سیستمی، حضور بیش از یک نفر در پروسه درمان). صاحب نظرانی که الحاق خانواده درمانی و یا زوج درمانی را به برنامه های درمانی برای رفع علائم تروما پیشنهاد می کنند اتفاقاً بر همین موضوعات بنحاطر ارزش و اهمیت آنها تأکید و تکیه دارند. بنابراین در این بخش استفاده از اصطلاح خانواده درمانی یا زوج درمانی اشاره به همان مباحثی دارد که از کاربرد این نوع مداخلات حمایت می کنند. در مواقعی که لازم است خانواده درمانی یا زوج درمانی از روش های دیگر متمایز شوند از اصطلاح درمان فردی<sup>۴</sup> برای روش های دیگر استفاده خواهد شد.

### Abstract:

*Although marital and family therapy are distinct forms of intervention with their own histories and somewhat different emphases, they share certain theoretical assumptions and characteristics (e.g., systemic focus, multiple participants). Authors who have suggested the incorporation of marital or family therapy into programs for treating posttraumatic symptoms have largely relied on the same arguments to the value of such interventions. Therefore, in the present section, we use the term "marital/family therapy" to refer to those arguments offered to*

<sup>۱</sup> PhD، روانشناس بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) مدیر گروه کودکان

استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

<sup>۲</sup> Ph.D، روانشناس بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

<sup>۳</sup> PhD، روانشناس بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه تهران

<sup>۴</sup> -Individual PhD

*support the utility of these interventions. In cases where arguments or suggestions appear specific to either marital therapy or family therapy, the individual terms are used.*

*PTSDfam2taæha2*

#### مقدمه:

محققین و درمانگران از مدتها قبل متوجه نقش مهم حمایتها و روابط خانوادگی در بهبودی عوارض حوادث روان‌خراش شده‌اند (۱، ۲، ۳ و ۴). همچنین متوجه شده‌اند که حوادث روان‌خراش و تبعات بعدی آن بطور قابل توجهی بر همسر و اعضاء خانواده قربانیان اثر می‌گذارد (۵، ۶، ۷، ۸ و ۹). هم روابط خانوادگی در بهبودی عوارض PTSD اثر می‌گذارد و هم PTSD بر خانواده، و همین موضوع باعث شده است تا خانواده درمانی و زوج درمانی در برنامه‌های درمانی برای PTSD و دیگر عوارض روانی تروما لحاظ شود یا حداقل به آن توجه شود (۱۰، ۱۱ و ۱۲). متأسفانه علی‌رغم تأکید فراوان در رابطه با اهمیت خانواده درمانی و یا زوج درمانی در برنامه‌های درمانی، هیچ بررسی علمی و کنترل شده‌ای که اثر این نوع درمان در بهبودی اثرات تروما را نشان دهد، ارائه نشده است و تنها تجارب عملی در این رابطه وجود دارد. لذا نوشته حاضر باین است بر درمان PTSD و مشکلات مرتبط با تروما با تأکید بر جنبه‌های نظری و بالینی آن.

این بحث به دو قسمت مجزا تقسیم شده است، تا بیانگر دو فلسفه یا منطقی باشد که معمولاً موجب شده است تا منابع موجود خانواده یا زوج درمانی را برای علائم مرتبط با PTSD توصیه کنند.

#### درمان سیستمی

دلیل اول برای استفاده از خانواده یا زوج درمانی بعنوان درمانی برای علائم PTSD بر این اساس استوار است که تروما و عوارض بعدی آن مستقیماً و غیرمستقیم بر روی اعضای خانواده فرد که با حادثه مواجه شده است اثر می‌گذارد (۶، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴ و ۱۵). تمرکز این رویکردها بر نشان دادن فروپاشی کلی خانواده به دلیل مواجهه فرد با حادثه روان‌خراش و بروز علائم بعد از سانحه روان‌خراش در یک یا چند عضو از خانواده است. همچنین مداخله بیشتر متمرکز بر رفع ناراحتی از خانواده ترومازده است تا کاهش علائم فرد خاص. بدیهی است که رویکرد پیشنهاد شده در این مبحث بر اساس همان خانواده درمانی و زوج‌درمانی بنا شده است

که در گروههای دیگری غیر از PTSD ها بکار می‌رود. این رویکرد را درمان سیستمی می‌نامیم.

### درمان حمایتی

دومین دلیل برای استفاده از رویکرد خانواده یا زوج درمانی در درمان علائم مرتبط با تروما، تمرکز بر نقشی دارد که همسر و اعضاء خانواده در بهبودی علائم سانحه روانخراش در سانحه دیدگان دارد (۱، ۲، ۳ و ۴). از این دیدگاه همسر یا اعضاء خانواده اهمیت زیادی در تأمین حمایت اجتماعی برای بیمار دارند. رویکرد خانواده یا زوج درمانی در این دیدگاه، متمرکز است بر افزایش اثر همسر یا اعضاء خانواده در تأمین حمایت برای بیمار. این مدل از خانواده یا زوج درمانی بر آموزش مهارت‌ها برای درمان تکیه دارد و کمتر از خانواده درمانی و زوج درمانی سنتی و تئوریهای مربوطه استفاده می‌کند. در مرور مطالعات مرتبط این رویکرد را درمان حمایتی می‌نامیم.

این دو رویکرد در رابطه با خانواده درمانی و زوج درمانی برای علائم مربوط به تروما شامل تکنیک‌های درمانی مختلف و با اهداف متنوعی است. درمان سیستمی بیشتر متمرکز است بر پریشانی خانواده یا بستگان که ناشی از سانحه روانخراش است و در مقابل درمان حمایتی بیشتر متمرکز است بر علائم فردی که خود سانحه روانخراش را تجربه کرده است. این تمایز باعث می‌شود که روش‌های متفاوتی برای ارزیابی اثربخشی این نوع درمان بکار رود. حاصل ارزیابی درمان سیستمی متمرکز است بر اصلاح عملکرد خانواده و بستگان به همراه توجه خاص بر ارتباطات اعضاء خانواده. از طرف دیگر درمان حمایتی بر ارزیابی تغییرات حاصل در علائم ناشی از ترومای بیمار تأکید دارد.

این دو رویکرد کاملاً از هم قابل تفکیک نیستند و در رابطه با تکنیک‌ها و ارزیابی همپوشی‌هایی دارند. برای نمونه صاحب نظرانی که درمان سیستمی را پیشنهاد می‌کنند نقش خانواده را در حمایت اجتماعی و بخصوص یک جو مناسب برای بهبودی را نیز مدنظر قرار می‌دهند. به همین نسبت، صاحب نظرانی که رویکرد آموزشی و تعلیم همسر یا اعضاء خانواده را بکار می‌گیرند اذعان دارند که تروما بر روی اعضاء خانواده که مستقیماً با سانحه روانخراش مواجه نشده‌اند تأثیر به‌سزایی دارد (یا بر روی چندین عضو خانواده که با یک سانحه مواجه شده‌اند). به‌رحال چون دلایل مختلفی منتهی به استفاده از روش‌های درمانی می‌شود، تجزیه و

تحلیل واحد (سیستمی در مقایسه با فردی) و سنجش پیشرفت حاصله بطور خلاصه در اینجا شرح داده می‌شود.

## دلایل نظری

### دلیل استفاده از رویکرد درمان سیستمی:

در بعضی از مواقع (مثلاً سوانح طبیعی، حوادث رانندگی، قتل یکی از اعضای خانواده)، زوج یا تمام اعضای خانواده ترومای مشابهی را تجربه می‌کنند. در این مواقع، احتمالاً کل خانواده دچار ناراحتی می‌شوند. و لذا توجه درمان خانواده ایجاد می‌شود. بهرحال شواهد حاکی از این است که حتی در مواقعی که فقط یکی از اعضای خانواده مستقیماً سانحه روانخراش را تجربه می‌کند، تأثیرات سانحه به سایر اعضای خانواده نیز گسترش می‌یابد. مثلاً احتمال وجود مشکلات و ناراحتی در خانواده‌های نظامیان سابق مبتلا به PTSD بسیار بالا است (۶، ۱۳، ۱۴ و ۱۶). معمولاً نظامیان مبتلا به PTSD از روابط خانوادگی خود رضایت ندارند (۱۳ و ۱۴). بعلاوه روابط آنها کمتر صمیمانه و گرم است و بیشتر تقابلی و شدیدتر از روابط نظامیان بدون PTSD است (۱۳، ۱۴ و ۱۶). همچنین همسران نظامیان سابق ویتنامی دارای PTSD گزارش داده‌اند که بطور معنی‌داری رضایت کمتری از زندگی خود دارند تا همسران نظامیان سابقی که به PTSD مبتلا نیستند (۱۴). بهرحال تأثیر PTSD بر روی همسران نظامیان سابق ممکن است فراتر از اثرات مشخص بر روی روابط باشد. بکهام، لیتل و فلدمن<sup>۱</sup> (۱۷) با تحقیقی به این نتیجه رسیدند که ناراحتی روانی در بین همسران نظامیان سابق ویتنامی مبتلا به PTSD بطور معنی‌داری با شدت علائم گزارش شده توسط نظامیان همبستگی دارد. ویزمن و همکارانش<sup>۲</sup> (۶) در پژوهشی دریافتند که زنان نظامیان قدیمی اسرائیلی مبتلا به PTSD بیشتر علائم بیماری روانی و از هم پاشیدگی روابط اجتماعی از خود نشان دادند تا زنان نظامیان قدیمی که به PTSD مبتلا نبودند. صاحب نظران این تفاوت را در خشک و انعطاف ناپذیری، تقابلی بودن روابط نسبت می‌دهند.

1- Beckham & Lytle & Feldman (1996).

2- Waysman & Colleagues (1993).

وجود این مشکلات در بین خانواده‌ها و همسران عاملی است برای کاربرد تکنیک‌های خانواده‌درمانی یا زوج‌درمانی در درمان علائم PTSD. درمانهای سیستمی متمرکز است بر واکنش‌های سیستم خانواده یا زوجین به سانحه روانخراش تا بر علائم PTSD در یک یا چند عضو خانواده. نتیجه رضایتبخش (موفقیت‌آمیز) از طریق اصلاح عملکرد خانواده بررسی می‌شود (مقدمتاً بر اساس اصلاح ارتباطات و کاهش درگیری‌ها). در این چهارچوب، دو راهبرد مداخله‌ای توصیه شده است: (۱) خانواده درمانی (با تمرکز بر تخفیف کشمکش‌ها و اصلاح ارتباطات کل خانواده)، و (۲) زوج‌درمانی (با تمرکز بر کمک به روحبخش نمودن روابط و کاهش کشمکش بین زوجین).

### دلیل استفاده از رویکرد حمایتی:

اولین دلیل برای استفاده از درمان حمایتی زوجین و اعضاء خانواده این موضوع بوده است که همسر و اعضاء خانواده منبع مهمی از حمایت اجتماعی برای سانحه دیدگان هستند. والدین نوعاً اولین منبع حمایت اجتماعی برای فرد می‌باشند (۱۸، ۱۹ و ۲۰). نقش دادن به حمایت اجتماعی در بهبودی علائم سانحه روانخراش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱، ۲، ۳ و ۴). اگر اعضاء خانواده سانحه دیدگان آموزش دیده و حمایت گر باشند حمایت بیشتر و مؤثرتری را برای قربانیان فراهم می‌کنند تا سریعتر بهبود یابند. دلیل دیگر برای توجه به نیازهای اعضاء خانواده این است که همسر فرد سانحه دیده ممکن است دانسته یا ندانسته روند درمان سانحه دیده را مختل کند (۲۱).

### خلاصه از مطالعات قبلی رویکرد سیستمی به درمان

#### مداخلات خانواده:

تاکنون، کاملترین طرح خانواده درمانی سیستمی با افراد سانحه‌دیده توسط فیگلی<sup>۱</sup> (۵)، ۱۰، ۲۲، ۲۳ و ۲۴ ارائه شده است. هدف این برنامه فراهم آوردن امکان غلبه خانواده بر مشکلات و کسب تجربه از سانحه پیش‌آمده است بطوریکه برای مقابله با حوادث بعدی آماده

<sup>۱</sup> - Figley

شوند (۲۲). در این چهارچوب، درمانگر سعی می‌کند تا مهارت‌هایی را تقویت کند که منجر به تعبیر اطلاعات به نحو مفید، حل مسئله و رفع کشمکش می‌شوند. فیگلی (۲۲ و ۲۳) پنج مرحله را برای خانواده درمانی با خانواده‌های سانحه‌دیده تبیین کرده است: ۱) تعهد و کثرت جهت انجام مراحل درمانی، ۲) تعیین مشکلات (۳ بررسی مجدد مشکلات ۴) پرورش یک نظریه درمانی و ۵) خاتمه و آمادگی. این درمان نسبتاً کوتاه است، و درمانگر اساساً نقش تسهیل‌کننده و تشویق‌کننده اعضای خانواده برای تقویت و بهبود بخشیدن مهارت‌های خود آنها برای مقابله با استرس‌های شدید را دارد. موفقیت نه تنها از طریق اصلاح عملکرد جاری خانواده ارزیابی می‌شود بلکه از طریق توانایی خانواده در رویارویی با مشکلات آتی ارزیابی می‌شود (۲۲).

در جلسات اولیه رابطه درمانی برقرار می‌شود و اعتماد بین درمانگر و اعضای خانواده بوجود می‌آید. همچنین در اولین جلسه نقش درمانگر بعنوان یک مشاور به اعضای خانواده معرفی می‌شود. در مرحله بعدی درمان بر شناسایی و تعیین مشکلات خانواده که ناشی از تروما می‌باشد، تأکید می‌شود. این مرحله شامل بررسی اقدامات قبلی اعضای خانواده در جهت مقابله با مشکلات خود و واکنش آنها، و همچنین موانع موجود بر سر راه مقابله موفق آنها با مشکلاتشان می‌شود. سپس درمانگر سعی می‌کند مهارت‌های ارتباطی و حمایتگری خانواده را ارتقاء دهد تا تغییرات بیشتری در افکار و رفتار آنها بوجود آورد. پس از آن اعضای خانواده به مرور خاطرات ناخوشایند مربوط به سانحه می‌پردازند. در ضمن اینکه اعضای خانواده واکنش‌های خود را نسبت به تروما برای یکدیگر تشریح می‌کنند یک تصور کلی جدیدی نسبت به تروما و واکنش‌ها خانواده شکل می‌گیرد. سرانجام نظرات فردی اعضای خانواده بهم نزدیک شده تا یک نظریه شفا دهنده خانواده شکل می‌گیرد به گونه‌ای که باعث می‌شود کلیه اعضای خانواده بر اینکه چه اتفاقی افتاده است و چگونه می‌توان با حوادث مشابه آن در آینده مقابله کرد به توافق می‌رسند (۵).

همچنین رویکرد خانواده درمانی با کمی تفاوت توسط اریکسون<sup>۱</sup> (۲۵) ارائه شده است. اریکسون روند مشاوره ویلیامسون<sup>۲</sup> (۲۶ و ۲۷) را اصلاح کرده است. این مدل از خانواده‌درمانی برای مداخله در خانواده‌هایی طراحی شده است که جوانان آنها تلاش می‌کنند تا

1 - Erickson (1989).

2 - Williamson (1992a & 1992b).

از والدین جدا شوند. بنابراین، این نوع درمان زمانی می‌تواند بیشترین کاربرد را داشته باشد که جوانان دچار سانحه روان‌خراش شده و تلاش می‌کنند تا از خانواده‌ای بیش از حد محتاط (محافظت کننده<sup>۱</sup>) مستقل شوند. اریکسون (۲۵) این برنامه درمانی را برای یک خانواده‌ای بکار می‌برد که بزرگترین دختر آنها (حدود ۲۲ ساله) اخیراً مورد تجاوز قرار گرفته است. بهرحال این رویکرد به همان اندازه برای زوجین، اعضاء خانواده، دوستان صمیمی نیز می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. قابل ملاحظه است که، اریکسون معتقد است که این روش درمانی مناسب‌ترین روش برای خانواده‌هایی است که قبل از سانحه عملکرد مناسبی داشته‌اند و خانواده‌هایی که پویایی و تعامل آنها می‌تواند نوع رفتار مورد نظر و نیازهای حمایتگری را در آنها ایجاد کند، اریکسون توضیح مختصری از مباحث ارزیابی این روش ارائه کرده است.

همانند روش درمانی فیگلی (۲۲) که قبلاً توضیح داده شد، هدف از درمان اریکسون (۲۵) این است که خانواده بپذیرد که تروما بر کل خانواده اثر می‌گذارد و لذا بهم پیوستگی خانواده را از طریق مهارت‌های ارتباطی موثر و حمایت متقابل تقویت می‌کند. در این برنامه درمانی، فعالیتها به گونه‌ای طراحی شده است تا به اعضاء خانواده کمک شود تا آنها (۱) تروما را بعنوان یک بحران تلقی کنند که نیاز به اقدامی مشترک دارد، (۲) نیازهای هر یک از اعضاء خانواده درک و به آن پاسخ مناسب داده شود، (۳) تشویق به رفتارها و بیان مناسب احساسات و واکنش‌های مفید، و (۴) درک این موضوع که آسیب‌های حاصله از تروما قابل درمان هستند. با توجه به این اهداف، اریکسون درمانی را توصیف می‌کند که جلسات فردی و خانوادگی را هماهنگ می‌کند تا نیازهای دختری را که مورد تجاوز قرار گرفته و خانواده او را نشان دهد.

ابتدا، قربانی جدا از خانواده‌اش در جلساتی شرکت کرد که در آن جلسه او تشویق شد تا در مورد حادثه (تجاوز) صحبت کند. خانواده در جلسات جداگانه (جدا از فرد قربانی تجاوز) حضور یافته و هر یک از اعضاء در مورد واکنش قربانی نسبت به حادثه پیش‌آمده صحبت کردند. در مرحله دوم درمان، قربانی و خانواده او در جلساتی (در گروه‌های کوچک) حضور یافتند. در این جلسات اعضاء خانواده مجدداً در مورد حادثه و تأثیر آن روی خانواده صحبت کردند. از هر یک از اعضاء خانواده، شامل خود قربانی، خواسته شد تا تجربه خود را

<sup>۱</sup> - Over protective

از حادثه مورد نظر بنویسد. آنگاه درحالی‌که قربانی حادثه مورد نظر را شرح می‌دهد درمانگر آمادگی خانواده برای مشارکت و حمایت از قربانی را ارزیابی می‌کند. هنگامی که مشخص شد که خانواده آماده است (این احتمالاً اولین نیاز خانواده درمانی سستی می‌باشد)، قربانی از خانواده‌اش دعوت می‌کند که به او بپیوندند. قربانی بطور خلاصه حادثه را بیان می‌کند. سپس بعد از ۳ روز متوالی، قربانی و خانواده واقعه تجاوز و اثر آن بر خانواده را جز به جز توصیف می‌کنند.

هریس<sup>۱</sup> (۲۸) یک مدل از مداخله خانوادگی بحران برای واکنش‌های بعد از سانحه روان‌خراش ناشی از یک ترومای تازه ارائه نموده است. هریس با شرح درمان با موردی از یک خانواده‌ای که دختر ۱۸ ساله آنها مورد تجاوز قرار گرفته بود، پنج مرحله از مداخله برای حل مشکل خانواده‌ها در بحران حاصله از یک سانحه روان‌خراش را تشریح کرد. این مراحل شباهت زیادی به مراحل طراحی شده توسط فیگلی (۱۱) دارد. مرحله اول این نوع درمان به برقراری رابطه درمانی و ایجاد اعتماد بین درمانگر و خانواده اختصاص دارد. مرحله دوم شامل: (۱) شناسایی مشکلاتی که باید سریعاً بررسی شود (۲) ارتقاء ارتباطات، و (۳) ارتقاء حمایت اجتماعی خانواده. مرحله سوم درمان عبارت است از بررسی راه حل‌های ممکن برای مشکلات. با اجازه قربانیان، این مرحله شامل یک توصیفی از مشکلات روانی قربانی خواهد بود. در مرحله چهارم، درمانگر تلاش می‌کند تا خانواده اقدامی عملی در جهت حل مشکلات قبلی بعمل آورد. اگر خانواده یا درمانگر ضروری تشخیص دهند، در مرحله نهایی این مداخله، یعنی پی‌گیری، امکان درمان بیشتر خانواده پس از بحران فراهم می‌شود.

چندین صاحب‌نظر دیگر راهنمای عمومی ارائه نموده‌اند، اما تکنیک‌های خاصی برای انجام خانواده درمانی با سانحه‌دیدگان و خانواده آنها ارائه نکرده‌اند. راهنمایی‌ها و اهداف پیشنهادی برای درمان شبیه مواردی بود که قبلاً توضیح داده شده است و شامل این موارد است.

- بیرون آوردن فرد سانحه دیده از نقش بیمار (ویلیامز و ویلیامز)<sup>۲</sup> (۲۹).

- آموزش خانواده‌ها نسبت به اثر تروما (۲۹ و ۳۰).

- استفاده از جلسات خانوادگی و فردی (۳۰ و ۳۱).

<sup>۱</sup> - Harris (1991)

<sup>۲</sup> - Williams & Williams (1980)



- رشد و ارتقاء مهارت‌های ارتباطی و حمایت متقابل اعضای خانواده (۲۹)
- شفاف کردن نقشها و ارزشها (۲۹ و ۳۰).
- حل مشکلات هیجانی خاص مثل خشم، شرمساری یا احساس گناه (۲۹ و ۳۲).
- الگوهای برای مواجهه با تروماهای بعدی (۳۲).

### مداخلات زوجی:

چندین صاحب‌نظر استفاده از مداخلات سیستمی با تمرکز بر زوجین را بجای کل خانواده پیشنهاد داده‌اند. به‌رحال تنها دو تا از این مطالعات با جزئیات منتشر شده است. یکی از این مداخلات، یعنی درمان تعامل بحرانی<sup>۱</sup> (۳۳) که فیگلی (۱۱ و ۲۲) بعنوان عملی در شبکه بزرگتر خانواده از آن نامبرده است. دیگر زوج‌درمانی‌های هیجان محور<sup>۲</sup> (۳۴ و ۳۵) کاربرد درمانی برای زوجهای پریشی را نشان می‌دهد که یکی از زوجین دچار سانحه روانخراش شده است (۲۱).

جانسون، فلدمن و لوبین<sup>۳</sup> (۳۳) یک روش درمانی را ارائه کرده‌اند که بر الگوهای کلی مداخلات زوجین استوار است که معمولاً این روش برای خانواده‌های نظامیان سابق ویتنامی کاربرد دارد. قابل توجه اینکه این صاحب‌نظران این روش را بعنوان جایگزینی برای برگزاری جلسات جداگانه ارائه نموده‌اند (یعنی جلسات جداگانه‌ای با اعضای خانواده و نظامیان) (۳۱). در سطح کلی جانسون و همکارانش اعتقاد دارند که خانواده‌های سانحه‌دیدگان الگوی رفتاری خاصی را نسبت به یکدیگر از خود نشان می‌دهند که آنرا "تعامل بحرانی"<sup>۴</sup> نام نهاده‌اند. این رفتار برخوردهای تکراری است که معمولاً با خاطرات سانحه مرتبط است. تعامل بحرانی بعنوان رفتارهای پس از سانحه بیان شده است. مخصوصاً برخوردهای زوجین موجب برانگیختگی هیجاناتی می‌شود که منجر به این می‌شود که کهنه نظامیان توجه خود را معطوف به حوادث ویتنام کنند. سپس نظامیان از همسران خود کناره‌گیری می‌کنند (یا واکنش‌های غضبناک از خود نشان می‌دهند) که تمام ارتباطات بین زوجین را از بین می‌برد. همسران آنها

<sup>1</sup> - Critical interaction therapy

<sup>2</sup> - Emotion-focused marital therapy (EFT)

<sup>3</sup> - Johnson, Feldman & Lubin (1995)

<sup>4</sup> - Critical interaction

ترس، خشم و درماندگی احساس می‌کنند، بطوریکه این احساسات از هرگونه تلاش برای حل کشمکش‌ها و تقویت برخورد‌های طبیعی خودشان جلوگیری می‌کند. فقدان قصد و عزم موجب می‌شود که این کشمکش‌ها تکرار شود. درمان بالینی یک سری از مداخلات خاص را با این اهداف بکار می‌گیرد: ۱) به زوجین در مورد روند برخورد‌ها و تعامل خود، آموزش داده می‌شود. ۲) مشخص کردن ارتباط این نوع رفتارها با تجربه سانحه روانخراش نظامیان. ۳) قطع سرزنش متقابل نظامیان و همسرشان و بجای آن یکدیگر را حمایت کنند. ۴) ارتقاء توان حل بهتر مشکلات و ارتباط بهتر.

فوائد مداخله‌ای که جانسون و همکارانشان بیان داشته‌اند عبارت است از:

- زوجین در یک گفتگوی آزاد شرکت می‌کنند.
- کشمکشی که در نتیجه کناره‌گیری نظامی روی می‌دهند از خود نشان می‌دهد (این می‌تواند یک رفتار ظریف باشد).
- درمانگر از خاطرات مرتبط با سانحه می‌پرسد که باعث کشمکش شده‌اند.
- از همسر خواسته می‌شود از نظر فیزیکی کاری کند که نظامی راحت باشد (مثلاً کنار او بنشیند)
- از نظامی خواسته می‌شود که در مورد سانحه روانخراش با همسرش صحبت کند.
- درمانگر اشاره می‌کند که چطور این خاطرات با کشمکش‌های مکرر مرتبط است.
- از نظامی خواسته می‌شود که اینها را بررسی کند و با همسرش راحت باشد.
- درمانگر تبعات حادثه را مرور می‌کند.
- درمانگر تکالیفی به منظور کمک به ساختار رفتاری زوجین در رابطه با کشمکش‌های درون خانواده معین می‌کند.
- این رفتارها در جلسات تمرین می‌شود.

دومین روش برای انجام زوج‌درمانی با سانحه دیدگان، زوج درمانی هیجان‌محور است که تلاش می‌کند تا برنامه درمانی اثربخشی را برای برطرف نمودن ناراحتی زوجین (که ناشی از وضعیتی است که به دلیل سانحه دیدگی یکی از زوجین بوجود آمده است) تدوین کند. تکنیک زوج‌درمانی هیجان‌محور (EFT) در جای دیگری توضیح داده شده است (رجوع شود به ۳۶ و ۳۷). بطور خلاصه گفته شده است که روشی کوتاه مدت (۱۲ تا ۲۰ جلسه) و تجربی است، با تمرکز بر بازسازی واکنش‌های هیجانی که رفتارهای مرتبط را شکل می‌دهد (۳۵).

EFT به ۹ مرحله تقسیم شده است که جانسون و ویلیامز کیلر<sup>۱</sup> (۳۵) اعتقاد دارند که سه مرحله از این روش با سه مرحله از درمانی که مک کن و پیرلمن<sup>۲</sup> (۳۸) برای سانحه‌دیدگان پیشنهاد داده‌اند، همسو هستند. بطور خاص جانسون و ویلیامز کیلر (۳۵) ۴ مرحله اول EFT (ارزیابی، شناسایی الگوی تعامل فی‌مابین، شناسایی احساسات موجود و نامیدن نمونه‌های منفی رفتار و تعامل بعنوان مشکل) را بعنوان مرحله تثبیت درمان<sup>۳</sup> ذکر می‌کنند. مرحله پنجم تا هفتم EFT (آگاهی از ترسهایی که در ارتباط با همسر بوجود می‌آید، پذیرش این ترسها توسط همسر و تقاضا برای ارضاء صحیح نیازها) شبیه مرحله شکل‌دهی تواناییها<sup>۴</sup> در درمان سانحه‌دیدگان است. بالاخره مرحله هشتم (پرورش راه جدیدی برای مقابله) و مرحله نهم (بکارگیری الگوی جدید برخورد در رابطه با همسر) شبیه مرحله تکمیل<sup>۵</sup> درمان مک‌کن و پیرلمن (۳۸) است.

اطلاعات فراوانی از اثربخشی EFT کلاً برای زوجینی که دچار مشکل شده‌اند حمایت می‌کند (۳۹ و ۴۰) و همچنین در مواردی که زن افسرده است (۴۱). جانسون و ویلیامز کیلر (۳۵) متذکر شده‌اند که EFT برای زوجینی که یکی یا هر دوی آنها با سوانح روانخراش مثل تجاوز، جراثم شدید، سوانح طبیعی و جنگ مواجه شده‌اند مؤثر بوده است ولی آنها تنها به یک مورد پژوهی منتشر شده اشاره می‌کنند (۳۴). جانسون (۳۴) موفقیت این روش را در درمان یک زوج گزارش داده است که زن قربانی تجاوز (زنانی با محارم) بوده است به‌رحال ارزیابی استاندارد برای تأیید این ادعا ارائه نشده است. جانسون و جانسون و ویلیامز کیلر تکنیک EFT را با ذکر مثالهایی به عنوان روشی برای کار با سانحه‌دیدگان معرفی کرده‌اند.

کاهون<sup>۶</sup> (۴۲) اثر مشاوره زناشویی که برای درمان نظامیان در مرکز محلی نظامیان ارائه شده بود را مورد ارزیابی قرار داد. زوج‌درمانی با اصلاح تکنیکهای زوج درمانی فعلی و بر محور آموزش مهارتهای حل مسئله و ارتباطات متمرکز شده است. زوج‌درمانی در یک گروه برای هفت جلسه هفتگی، و هر جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه طراحی شد. شرکت‌کنندگان بطور

<sup>۱</sup> - Johnson & Williams-Keeler (1998)

<sup>۲</sup> - Mc Cann & Pearlman (1990)

<sup>۳</sup> - Stabilization phase

<sup>۴</sup> - Building Capacities

<sup>۵</sup> - Integration Stage

<sup>۶</sup> - Cahoon (1984)

اتفاقی و تصادفی برای درمان در گروه انتخاب نشدند. شرکت کنندگان در گروه زوجین، کهنه نظامیانی بودند که توسط درمانگران در مرکز نظامیان سابق معرفی شده بودند. یک اقلیت کوچک از نظامیان سابق با حضور در زوج‌درمانی موافقت کردند و تنها ۹ زوج هفت جلسه درمانی را به پایان رساندند.

نظامیانی که هفت جلسه زوج‌درمانی را به پایان رساندند بهبودی‌هایی در ارتباطات عاطفی و حل مشکل از خود گزارش دادند. به دلیل کوچکی نمونه تحقیق این بهبودی در سطح معنی‌دار نبود ( $P < .10$ ) بنا بر گزارش رهبران گروه همسرانی که زوج‌درمانی را به طور کاملی به پایان رساندند، بطور معنی‌داری از نظر ناراحتی‌های کلی زناشویی و حل مسئله بهبود یافتند ( $p < .05$ ). همچنین در گروهی که مورد تجاوز قرار گرفته بودند بهبودی معنی‌داری در توانایی مقابله‌ای<sup>۱</sup> و علائم PTSD حاصل شد.

در تنها مطالعه کنترل شده زوج‌درمانی با افراد سانحه دیده، سوئی<sup>۲</sup> (۴۳) بطور تصادفی ۱۴ زوج را مورد بررسی قرار داد. زوجینی که شوهر آنها در اثر شرکت در جنگ به PTSD مبتلا شده بودند. این زوجین در یک زوج‌درمانی هشت هفته‌ای حضور داشتند یا هشت هفته در لیست انتظار برای درمان بودند. زوج‌درمانی شامل هشت جلسه هفتگی دو ساعته مبتنی بر زوج‌درمانی رفتاری بود (۴۴). این مداخله بر اصلاح ارتباطات، افزایش روابط زناشویی مثبت، آموزش مهارت‌های حل مسئله و افزایش شناخت تمرکز دارد. گروهها بلافاصله بعد از درمان با استفاده از پرسشنامه‌های "سازگاری زناشویی"<sup>۳</sup> افسردگی، علائم PTSD مقایسه شدند. نتایج بطور معنی‌داری نشان داد که گروهها با هم متفاوتند. از نظر رضایت زناشویی، افسردگی و علائم PTSD در گروه درمان بهبودی حاصل شده بود.

### رویکرد درمان حمایتی

اکثر نظریات در رابطه با تأثیر درمانهای حمایتی برای زوجین یا اعضاء خانواده در کنار برنامه‌های درمانی که برای کاهش علائم PTSD تدوین گردیده ارائه شده است. در این موارد به ندرت نظریات خاصی برای درمان زوجین یا اعضاء خانواده با جزئیات بیان شده است. در

<sup>1</sup> - Coping ability

<sup>2</sup> - Sweany

<sup>3</sup> - Marital adjustment

عوض بطور خلاصه این روشها بعنوان روشهایی کمکی برای تکنیکهای درمانی که برای علائم PTSD بکار می‌رود اشاره شده است (رجوع شود به ۲۱، ۴۵ و ۴۶). هنگامی که نظریات خاصی جهت اینکه در چنین درمانهایی چه چیزهایی باید وجود داشته باشد ارائه می‌شود، معمولاً این روشها شامل آموزش اعضاء خانواده نسبت به PTSD می‌شود و درمان فرد سانحه‌دیدم، حمایت‌های گروهی، و برنامه‌های کنترل تنش<sup>۱</sup> را شامل می‌شود.

کاملترین درمان حمایتی با جزئیات آن برای همسران سانحه‌دیدگان با استفاده از برنامه کوچ<sup>۲</sup> در فلسطین اشغال شده طراحی شده است (۴۷). پروژه کوچ شامل یک برنامه درمانی ماهیانه، گسترده، چند جنبه‌ای با روشهای مختلف مداخله‌ای است (رجوع شود به ۴۷). قسمت جالب توجه از این بخش مرور مطالعات، شرکت زنان نظامیان سابق در این برنامه درمانی است. استراتژی مورد استفاده برای زنان توسط رابین و ناردی<sup>۳</sup> (۴۸) با جزئیات اشاره شده است. بطور خلاصه اینکه، زنان به دو جلسه مقدماتی قبل از شروع برنامه کهنه نظامیان دعوت شدند. در جلسه اول، از زنان خواسته شد تا مشکلاتی را که به خاطر وجود علائم در شوهرانشان دارند توضیح دهند. در جلسه دوم توضیحی در رابطه با علائم پس از سانحه و اطلاعاتی در رابطه با اصول شناختی و رفتاری مرتبط با علائم PTSD مزمن ارائه گردید. در طول هفته اول برنامه درمان نظامیان سابق، زنان به یک کارگاه آموزشی یکروزه دعوت شدند که در آن کارگاه مهارتهای شناختی مقابله‌ای، استفاده مؤثر از راهبردهای عملی (ابزاری)<sup>۴</sup> به منظور تقویت رفتارهای مثبت شوهر و مهارتهای ارتباطی آموزش داده می‌شد. در طول هفته دوم برنامه نظامیان سابق، زن و اعضاء خانواده در یک روز خانواده<sup>۵</sup> شرکت کردند که در آن نظامیان سابق برای انجام فعالیتی برای خانواده‌ها سازماندهی شدند. در این موقع کارکنان بطور غیررسمی با زنان نظامیان سابق صحبت کردند. در طول دو هفته آخر برنامه، نظامیان و زنان آنها به منظور به بحث گذاشتن مشکلات مشترک، اصلاح مهارتهای ارتباطی و حل مشکل در سه گروه متشکل از زوجین شرکت کردند، و نظامیان را تشویق نمودند تا به زنان خود بعنوان

<sup>۱</sup> - Stress management programs

<sup>۲</sup> - Koach

<sup>۳</sup> - Rabin & Nardi (1991)

<sup>۴</sup> - Operant

<sup>۵</sup> - Family day

حمایتگران و پشتیبانان خود نگاه کنند. سرانجام این گروه از زوجین جهت ادامه کمک به خود بعنوان گروههای خودیار<sup>۱</sup> آموزش دیدند. اثربخشی برنامه کوچ روشن نیست (۴۹). اثر مشارکت زنان و زوجین در برنامه درمانی هنوز بررسی نشده است.

### خلاصه

مختصراً، ادبیات در رابطه با استفاده از خانواده درمانی و زوج درمانی برای سانحه‌دیدگان ضعیف است. برخی از صاحب‌نظران استفاده از چنین درمانی را برای کاهش اختلالات خانواده و یا افزایش حمایت از سانحه‌دیدگان توصیه کرده‌اند. این درمانها بیشتر مهارت محور<sup>۲</sup> با تأکید بر اصلاح ارتباطات، حل مسوئله‌مقییلهه حمایت دوطرفه هستند. متأسفانه اثربخشی چنین مداخلاتی چندان مورد آزمایش عملی قرار نگرفته است. حتی در ادبیات تحقیقات بالینی جای مطالعات دقیق با ارزیابی‌های استاندارد خالی است.

دو مطالعه‌ای که از نظر روش‌شناسی آزمایش تجربی به نظر می‌رسند، در ادبیات علمی یافت شده است، ولی حجم نمونه آنها خیلی کوچک بود (زوج  $N=9$  و زوج  $N=14$ ) به‌رحال نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که زوج درمانی که بر مهارتهای ارتباطی و حل مشکل تمرکز دارد به کاهش تنشهای زناشویی و علائم PTSD کمک می‌کند. محدودیت این مطالعات به این دلیل است که آنها فقط سانحه‌دیدگانی را مورد بررسی قرار دادند که نظامیان سابق جنگ ویتنام بوده‌اند. تا زمانی که این نوع تحقیقات با گروههای بزرگتر و بازماندگان سوانح دیگر انجام شود و نتایج فوق تأیید شود با اطمینان نمی‌توان زوج‌درمانی را برای درمان PTSD یا تنش‌های زناشویی حاصل از PTSD توصیه نمود.

اکثر درمانهای خانوادگی و زناشویی که در منابع موجود برای درمان سانحه‌دیدگان ارائه شده است محدود به توصیف بالینی بدون جمع‌آوری اطلاعات سیستماتیک برای تأیید اثربخشی آنها می‌باشد. صاحب‌نظران دلایل اصولی برای استفاده از خانواده درمانی و زوج درمانی به تنهایی و یا به همراه دیگر درمانها برای علائم مربوط به تروما ارائه داده‌اند و در کل توافق کلی در رابطه با کاربرد این تکنیکها وجود دارد. بهره‌حال فقدان تأییدهای تجربی برای چنین درمانهایی به این معناست که مشکل است بدانیم که کی آنها را می‌توان بکار گرفت و

<sup>1</sup> - Self-help groups

<sup>2</sup> - Skills-Focused

چطور باید در کنار سایر روشهای درمانی از آنها استفاده کرد.

لذا در حال حاضر توصیه شده است که زوج درمانی و خانواده درمانی به‌همراه درمان‌هایی که بر کاهش علائم PTSD متمرکز است، بکار رود، و نباید خود آنها را بعنوان درمانی برای PTSD در نظر گرفت. به‌رحال چون ناراحتی‌های زناشویی و خانوادگی در بین بازماندگان سوانح روانخراش فراوان وجود دارد، همچنین توصیه شده است که درمانگر در زمانی که سانحه دیدگان را درمان می‌کند نیاز به خانواده‌درمانی و زوج‌درمان را مورد بررسی قرار دهند. وقتی چنین نیازی تأیید شد توصیه شده است که خانواده درمانی یا زوج‌درمانی به همراه یا پس از درمان علائم PTSD مورد استفاده قرار گیرد. بعلاوه توصیه شده است که خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی بر اصلاح ارتباط و کاهش کشمکش بین اعضای خانواده متمرکز شود. این ممکن است مستلزم بحث پیرامون مشکلات جاری یا مباحث مربوط به تروما و تبعات آن باشد. باید توجه داشت هرچند که درمانگران بر روی عملکرد خانواده تمرکز دارند، ولی اصلاح در این حوزه ممکن است به کاهش علائم PTSD کمک کند. همچنین تکنیکهایی که در اینجا ارائه گردید همراه است با بعضی از اشکال مواجهه با اجزاء تروما (مثلاً از تروما برای اعضای خانواده صحبت کردن، توصیف حالتهای مربوط به تروما). به اندازه‌ای که چنین اقداماتی بتواند واقعا "جایگزین تمرینات عملی شود به همان میزان مداخلات زناشویی و خانوادگی می‌تواند مستقیماً علائم PTSD را کاهش دهد.

صاحب‌نظران تمایل دارند که توصیه کنند خانواده درمانی و زوج درمانی یک روش معین (کمکی) برای روشهای دیگر درمانی است که مخصوص علائم PTSD هستند. حتی در مواردی که خانواده درمانی بعنوان اولین روش، درمانی توصیه شده است (۲۲ و ۲۵)، معمولاً درمانهای فردی جاری با سانحه‌دیدگان برای مشکلات یا علائم PTSD در زمان بازگونی تجارب استرس‌زا (تروماتیک) توصیه شده است. اطلاعات زیادی در مورد اثربخشی استفاده از مداخلات زناشویی یا خانوادگی بعنوان درمان PTSD یا دیگر علائم پس از سانحه وجود ندارد. همچنین تا تحقیقات بعدی، در حال حاضر توصیه شده است در رابطه با بزرگسالان سانحه‌زده، خانواده درمانی و زوج‌درمانی تنها به همراه (یا پس از) درمان فرد (یا افراد) سانحه‌زده بوسیله مداخلاتی که در کاهش علائم PTSD مؤثر بوده‌اند، بکار رود.

## REFERENCES

- 1- Barrett, T. W., & Mizes, J.S. (1988). Combat level and social support in the development of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Modification*, 12, 100-115.
  - 2- Beiser, M., Turner, R. J., & Ganesan, S. (1989). Catastrophic stress and factors affecting its consequences among Southeast Asian refugees. *Social Science and Medicine*, 28, 183-195.
  - 3- Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L.K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713-721.
  - 4- Solomon, Z., Waysman, M., & Mikulincer, M. (1990). Family functioning, perceived social support, and combat-related psychopathology: The moderating role of loneliness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 456-472.
  - 5- Figley, C. R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of PTSD* (pp. 398-415). New York: Brunner/Mazel.
  - 6- Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, Z., & Weisenberg, M. (1993). Secondary traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A family typology. *Journal of Family Psychology*, 7, 104-118.
- در مادرانی که فرزندان آنها دچار ستمه شدمانند، پژوهش‌های روان‌شناختی PTSD میرزامانی، سلیم‌محمدی، بولتن، دوبرک (۱۳۷۷). علامت -۷- دوره ۵، شماره ۱ و ۲ صفحه ۷۵-۶۶.
- 8- Mirzamani, S.M., and Bolton, D. (2002). PTSD Symptoms of mothers following occurrence of a disaster affecting their children. *Psychological reports*, 90, 431-438.
  - 9- Mirzamani, S.M., and Bolton, D. (2003). Mothers' Psychological Adjustment following Disaster Affecting their children. *The Journal of Psychology*, 137(1), 54-62.
  - 10- Figley, C. R. (1988). A five-phase treatment of post-traumatic stress disorder in families. *Journal of Traumatic Stress*, 1(1), 127-141.
  - 11- Figley, C. R. (1989). *Helping traumatized families*. San Francisco: Jossey-Bass.
  - 12- Glynn, S. M., Eth, S., Randolph, E. T., Foy, D. W., Leong, G. B., Paz, G. G., Salk, J. D., Firman, G., & Katzman, J. W. (1995). Behavioral family therapy for Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 214-223.
  - 13- Carroll, E. M., Rueger, D. B., Foy, D. W., & Donohoe, C. P. (1985). Vietnam combat veterans with PTSD: Analysis of marital and cohabitating adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 329-337.
  - 14- Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., & Weiss, D. S. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 916-926.
  - 15- Solomon, Z., Mikulincer, M., Fried, B., & Wosner, Y. (1987). Family characteristics and posttraumatic stress disorder: A follow-up of Israeli combat stress reaction casualties. *Family Process*, 26(3), 383-394.
  - 16- Card, J.J. (1987). Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 6-17.
  - 17- Beckham, J. C., Lytle, B. L., & Feldman, M. E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1068-1072.
  - 18- Beach, S. R., Martin, J.K., Blum, T.C., & Roman, P.M. (1993). Effects of marital and co-worker relationships on negative affect: Testing the central role of marriage. *American Journal of Family Therapy*, 21, 313-323.
  - 19- McLeod, J. D., Kessler, R. C., & Landis, K. R. (1992). Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 277-286.
  - 20- Syrotuik, J., & D'Arcy, C. (1984). Social support and mental health: Direct, protective and compensatory effects. *Social Science and Medicine*, 18, 229-236.
  - 21- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New-York: Guilford Press.



- 22- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- 23- Figley, C. R. (1986). Traumatic stress: The role of the family and social support system. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Volume II. The study and treatment of post-traumatic disorder* (pp. 39-54). New York: Brunner/Mazel.
- 24- Figley, C. R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. In C. R. Figley & H. I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family: Volume II. Coping with catastrophe* (pp. 3-20). New York: Brunner/Mazel.
- 25- Erickson, C. A. (1989). Rape and the family. In C. R. Figley (Ed.), *Treating stress in families* (pp. 237-289). New York: Brunner/Mazel.
- 26- Williamson, D. S. (1982a). Personal authority via termination of the intergenerational hierarchical boundary: Part II. The consultation process and the therapeutic methods. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 23-37.
- 27- Williamson, D. S. (1982b). Personal authority in family experiences via termination of the intergenerational hierarchical boundary: Part III. Personal authority defined, and the power of play in the change process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 309-323.
- 28- Harris, C. J. (1991). A family crisis-intervention model for the treatment of post-traumatic stress reaction. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 193-207.
- 29- Williams, C. M., & Williams, T. (1980). Family therapy for Vietnam veterans. In T. Williams (Ed.), *Post-traumatic stress disorder of the Vietnam veteran* (pp. 221-231). Cincinnati, OH: Disabled American Veterans.
- 30- Mio, J. S., & Foster, J. D. (1991). The effects of rape upon victims and families: Implications for a comprehensive family therapy. *American Journal of Family Therapy*, 19(2), 147-159.
- 31- Rosenheck, R., & Thompson, J. (1986). "Detoxification" of Vietnam War trauma: A combined family-individual approach. *Family Process*, 25, 559-570.
- 32- Brende, J. O., & Goldsmith, R. (1991). Post-traumatic stress disorder in families. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 21(2), 115-124.
- 33- Johnson, D. R., Feldman, S. C., & Lubin, H. (1995). Critical interaction therapy: Couples therapy in combat-related posttraumatic stress disorder. *Family Process*, 34, 401-412.
- 34- Johnson, S. M. (1989). Integrating marital and individual therapy for incest survivors: A case study. *Psychotherapy*, 21(6), 96-103.
- 35- Johnson, S. M., & Williams-Keeler, L. (1998). Creating healing relationships for couples dealing with trauma: The use of emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 25-40.
- 36- Johnson, S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connection*. New York: Brunner/Mazel.
- 37- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1994). *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- 38- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- 39- Dunn, R. L., & Schwebel, A. I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*, 9 (1), 58-68.
- 40- Johnson, S. M., & Greenberg, L.S. (1985). Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 313-317.
- 41- Dessaulles, A. (1991). *The treatment of clinical depression in the context of marital distress*. Unpublished doctoral dissertation, University of Ottawa, Canada.
- 42- Cahoon, E. P. (1984). *An examination of relationships between post-traumatic stress disorder, marital distress, and response to therapy by Vietnam veterans*. Unpublished doctoral dissertation, University of Connecticut, Storrs, CT.
- 43- Sweany, S. L. (1987). *Marital and life adjustment of Vietnam combat veterans: A treatment outcome study*. Unpublished doctoral dissertation, University of Washington, Seattle.
- 44- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmaling, K. B., & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- 45- Blanchard, E. B., & Hickling, E.J. (1997). *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 46- Keane, T. M., Albano, A., & Blake, D.D. (1992). Current trends in the treatment of post-traumatic stress symptoms. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp.

363-401). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

47- Solomon, Z., Bleich, A., Shoham, S., Nardi, C., & Kotler, M. (1992a). The "Kouch" project for treatment of combat-related PTSD: Rationale, aims, and methodology. *Journal of Traumatic Stress, 5*(2), 175-193.

48- Rabin, C., & Nardi, C. (1991). Treating post traumatic stress disorder couples: A psychoeducational program. *Community Mental Health Journal, 27*(3), 209-224.

49- Solomon, Z., Shalev, A., Spiro, S. E., Dolev, A., Waysman, M., & Cooper, S. (1992b). Negative psychometric outcomes: Self-report measures and a follow-up telephone survey. *Journal of Traumatic Stress, 5*(2), 225-246.

