

روش‌های شناسایی و مداخله‌های درمانی اختلال پس از ضربه در کودکان و نوجوانان

ثریا حسینی رضی^{۱*} / کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، آموزش و پرورش استثنایی تهران

حمید اسدی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی

چکیده

زمینه: اختلال استرس پس از ضربه، یک اختلال اضطراب وابسته به استرس است که می‌تواند پس از یک یا چند تجربه آسیب‌زای خاص رخ دهد. رویدادهای آسیب‌زا، تهدیدی برای امنیت و سلامت به شمار می‌آیند؛ این رویدادها ممکن است مسیر رشد طبیعی، عملکرد تحصیلی و سایر حوزه‌های عملکردی دانش‌آموزان را تحت تأثیر قرار دهد و باعث اختلال استرس پس از ضربه شود. امروزه پژوهش‌های جدید و جامع در جهت کشف عوامل علی و مداخله‌های درمانی مرتبط با اختلال استرس پس از ضربه در حال رشد و گسترش است.

نتیجه‌گیری: نشانه‌ها و علائم اختلال استرس پس از ضربه به ندرت به طور کامل ناپدید می‌شوند؛ هم‌بودی بالای این اختلال با سایر اختلالات روانی، همچنین عوامل خطر ساز، ماهیت پیچیده اختلال استرس پس از ضربه، بازگشت و عود نشانه‌های این اختلال در برابر رویدادهای آسیب‌زای کنونی، ضرورت شناسایی، ارزیابی دقیق بالینی و به‌کارگیری مداخله‌های درمانی یکپارچه را ایجاب می‌کند. از این رو، این مداخله‌ها نیاز به پژوهش بیشتری دارند تا اثربخشی، کارایی و معنی‌داری بالینی آنها مشخص شود.

واژه‌های کلیدی: مداخله‌های درمانی، اختلال استرس پس از ضربه.

مقدمه

در دنیای امروز، رویدادهای آسیب‌زا می‌توانند تهدیدی برای امنیت و سلامت فرد به شمار آیند. رویداد آسیب‌زایی که موجب اختلال استرس پس از ضربه می‌شود، به قدری ناتوان‌کننده است که تقریباً هرکسی را از پا درمی‌آورد. این فشار می‌تواند ناشی از جنگ، شکنجه، بلاهای طبیعی، حمله، تجاوز، سانحه تصادف و آتش‌سوزی باشد (۱). بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، اختلال استرس پس از ضربه^۳، تجربه‌ی مجدد مداوم، اجتناب و بی‌احساسی، بیش‌انگیزگی، نشانه‌های شناختی و عاطفی در پاسخ مستقیم یا غیرمستقیم مواجه شدن با رویداد آسیب‌زا، مشخص می‌شود و همچنین زمانی که این اختلال سیر مزمنی داشته باشد احتمالاً بر نزدیکان فرد مبتلا اثر

گذاشته، موجب تنش در خانواده می‌شود (۲). از جمله نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه می‌توان به دشواری تمرکز، واکنش شدید از جا پریدن، مسخ واقعیت، مسخ شخصیت، کاهش آگاهی از محیط، ناتوانی در به یاد آوردن جنبه‌های مختلف آسیب، بروز واکنش‌های جسمی و موارد دیگری اشاره کرد که همگی آن‌ها باعث کاهش سلامت عمومی می‌شوند (۳ و ۴). کودکان به جای تعریف خاطرات آسیب‌زا ممکن است آن‌ها را در بازی هایشان نشان دهند که شامل کیفیت خشک، تکراری، و اضطراب‌آمیزی است که کودک جنبه‌های مختلف آسیب را بارها و بارها تکرار می‌کند. کودکان ممکن است به طور مکرر راجع به درگیری هایشان با رویداد آسیب‌زا صحبت کنند، یا در قالب نقاشی ابراز نمایند که اغلب با ناراحتی همراه نیست (۵). انعطاف‌پذیری شناختی یکی از مولفه‌های اصلی کارکرد اجرایی است. کارکردهای اجرایی، تنظیم‌کننده واکنش‌های رفتاری ما در محیط هستند (۶). بسیاری از گزارش‌ها نشانگر آن است که این

1- Email: hamid_asadi4517@yahoo.com

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5

3- Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

کودکان و نوجوانان با اختلال استرس پس از ضربه انجام شد.

سبب شناسی کودکان و نوجوانان با اختلال استرس پس از ضربه

سبب شناسی اختلال استرس پس از ضربه پیچیده است و مانند سایر اختلالات روانی دارای علت واحدی نیست و یک پدیده زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است. مهمترین عواملی که در بروز این اختلال نقش دارند شامل عوامل ژنتیک، زیست شناختی، سابقه بدرفتاری فیزیکی، جنسی و روانی، تغییرات پر استرس اخیر در زندگی است. پنج نظریه مهم در مورد علت اختلال استرس پس از ضربه به شرح زیر می‌باشد (۱۷).

۱. نظریه باورهای در هم شکسته: رویداد آسیب زا باعث می‌شود که فرد در حالت شوک، ناباوری، تعارض، تخیل و عدم واقعیت قرار گیرد و در انطباق با آسیب بلندمدت تاثیر منفی گذارد. این نظریه حالت شوک و بی حسی هیجانی بیمار را توجیه می‌کند.

۲. نظریه شرطی سازی کلاسیک: در زمان وقوع آسیب، حادثه آسیب زا (محرک غیر شرطی) با محرک‌های موقعیتی و محیطی تداعی می‌شود. این محرک‌های موقعیتی نیز با مکان و زمان آسیب (محرک شرطی) پیوند خورده‌اند و در ارتباط با موقعیت آتی مشابه نیز همان واکنش ترس اولیه را نشان می‌دهند و از آن اجتناب می‌نمایند در نتیجه باعث تداوم علایم بیماری می‌گردد.

۳. نظریه شکست روانی: یک آسیب پذیری در این بیماران این است که فرد خودش را قربانی می‌بیند. این افراد خاطرات خود را به صورت جزئی پردازش نمایند؛ زیرا فکر می‌کنند و بر روی آنها کنترل ندارند.

۴. نظریه کدگذاری دوگانه: اختلال استرس پس از ضربه نوعی اختلال ترکیبی^۲ است که در آن دو سیستم مستقل در حافظه نقش دارند. الف. سیستم حافظه قابل دسترس کلامی. ب. بازبانی آسان سیستم حافظه موقعیتی.

افراد احساس گناه، افسردگی و فقدان سازش یافتگی دارند و دیدگاه خاص و تحریف یافته‌ای نسبت به خود و زندگی داشته، اظهار می‌کنند که فاقد معنای مناسبی در زندگی هستند (۷). جنبه‌های دلسوزی به خود به عنوان یک عامل حفاظتی قابل انعطاف برای پیامدهای آسیب شناسی روانی ناشی از رویدادهای آسیب زا عمل می‌کند (۸). دلسوزی به خود سطوح هیجان پذیری منفی به هنگام مواجهه با رویدادهای آسیب زا را کاهش می‌دهد (۹). افرادی که توانایی کمتری برای تغییر آمایه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی را دارند، علائم اختلال استرس پس از ضربه بیشتری را گزارش می‌کنند (۱۰). نتایج پژوهش نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه از مشکلات حافظه رنج می‌برند (۱۱). حافظه‌ی سرگذشتی، نوع خاصی از حافظه‌ی رویدادی است که داستان زندگی یا گذشته‌ی شخصی فرد را شامل می‌شود (۱۲). در این راستا، نتایج یک پژوهش نشان می‌دهد که تجربه‌ی شدید در دوران کودکی می‌تواند شانس خطر حافظه سرگذشتی در یک نوجوان ۱۳ ساله را تا ۶۰ درصد افزایش دهد (۱۳). نتایج یک پژوهش نشان می‌دهد که مداخله با روش ایمن سازی در مقابل استرس در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش نشانگان عمومی اختلال استرس پس از ضربه و کاهش علائم اجتناب و برانگیختگی گردید (۱۴). بیماران گروه حساسیت زدایی منظم چشم / پردازش مجدد، در فراخوانی خاطرات از حافظه و مهارت حل مساله تعمیم پذیری کمتری نشان دهند (۱۵). افزایش ذهن آگاهی^۱ تأثیر فیزیولوژیکی سودمندی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس- آسیبی نشان داد (۱۶).

داده‌های این پژوهش از طریق جستجوی نظامند وبگاه مجلات علمی- پژوهشی و همچنین پروتکل مداخله‌ای از جمله: انجمن روان پزشکی آمریکا، (۲۰۱۳)، مجلات معتبر ساینس دایرکت و مجلات داخلی معتبر استخراج شده است. این پژوهش با هدف شناسایی و مداخله‌های درمانی

منفی زندگی در افراد دامنه سنی ۶ تا ۱۸ سال طراحی شده است. این پرسشنامه تجربه تعدادی از حوادث از جمله آسیب‌های بدنی قبلی و فعلی، بستری شدن‌ها، خشونت خانوادگی، خشونت در جامعه، فجایع طبیعی، تصادفات رانندگی، سوء استفاده فیزیکی و جنسی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (معیار الف ۱ اختلال استرس پس از سانحه) و اینکه آیا واکنش‌های فرد به رویداد آسیب‌زا شامل ترس شدید، درماندگی یا وحشت بوده است یا خیر؟ در این پرسشنامه ارزیابی می‌شود (معیار الف ۲). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون نیز ۰/۸۹ گزارش شده است (۲۱).

مداخله‌های درمانی کودکان و نوجوانان با اختلال استرس پس از ضربه

روش‌های درمانی متعددی برای درمان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه استفاده شده است، مداخله‌های درمانی منتشر شده شامل، درمان‌های مواجهه‌ای (۲۲ و ۲۳)، درمان‌های رفتاری و شناختی (۲۴ و ۲۵)، روان‌درمانی روان‌پویشی (۲۶)، حساسیت زدایی منظم چشم / پردازش مجدد (۲۷ و ۲۸)، و دارودرمانی (۲۹)، می‌باشد. در مجموع پژوهش‌ها نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری بیشترین تاثیر را در درمان اختلال استرس پس از ضربه داشته‌اند. با وجود گسترش درمان‌های رفتاری و شناختی در این حوزه، هنوز روش درمانی مطلوبی در این زمینه به دست نیامده است.

الگوی درمان رویارویی طولانی مدت مبتنی بر نظریه پردازش هیجانی

الگوی درمان رویارویی طولانی مدت مبتنی بر نظریه پردازش هیجانی است که برای کودکان نوپا مبتلای به ضربه توسط راجمیم^۳ و همکاران تدوین شده است. این مداخله شامل ۱۸ جلسه هفتگی رویارویی طولانی مدت بود. درمان شامل ۱۲ جلسه (مادر-کودک) و ۶ جلسه آموزش والدین بود. مادر در کل جلسات مراقب کودک بود و تکالیف خانگی را با او تمرین می‌کرد.

۵. نظریه پردازش هیجانی: ماهیت قوی رویداد آسیب‌زا تصویری از آسیب در حافظه فرد ایجاد می‌کند که با سایر جزئیات موقعیتی و محیطی تداعی می‌شود. از آن پس محرک‌ها شبکه ترس را در حافظه، فعال و کد بندی می‌کنند.

سنجش و ارزیابی کودکان و نوجوانان با اختلال استرس پس از ضربه

از مهمترین ابزارهای سنجش و ارزیابی کودکان و نوجوانان با اختلال استرس پس از ضربه، شامل مصاحبه نیمه ساختار یافته، چک لیست رفتار کودک و پرسشنامه حوادث آسیب‌زا می‌باشد.

الف. مصاحبه نیمه ساختار یافته به صورت جداگانه برای جوانان و والدین اجرا می‌شود و متخصصان این اطلاعات را برای تعیین وجود علائم اختلال استرس پس از ضربه به کار می‌برند. تعدادی از علائم بر روی اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان مدرسه‌ای که هر یک از علائم تجربه مجدد، اجتناب و گوش به زنگی را نشان می‌دهند، به کار گرفته می‌شود (۱۸ و ۱۹).

ب. چک لیست رفتار کودک (CBCL)، توسط آنباخ^۱ و همکاران (۲۰۰۷) تهیه شده است. این پرسشنامه ۱۱۵ سوالی است که دارای زیر مقیاس‌های بیرون‌سازی و درونی‌سازی می‌باشد. این سیاهه برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال کاربرد دارد. والدین و یا سرپرست وضعیت کودک خود را در ۶ ماه گذشته کنترل و هر سؤال را به صورت صفر = نادرست، یک = تاحدی یا گاهی درست، و دو = کاملاً یا غالباً درست، درجه بندی می‌کند. ضریب کلی اعتبار این فرم ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار باز آزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است، روایی این آزمون نیز مطلوب می‌باشد (۲۰).

ج. پرسشنامه حوادث آسیب‌زا- فرم خود گزارشی این پرسشنامه، توسط فورد^۲ و همکاران (۲۰۰۲) با هدف بررسی سابقه حوادث آسیب‌زا و تمایز آنها از تجربیات

1- Achenbach

2- Ford

3- Rachamim

الگوی درمان پردازش شناختی - تحولی انطباقی

الگوی درمان پردازش شناختی - تحولی انطباقی توسط متولیس^۱ و همکاران برای نوجوانانی که از اختلال استرس پس از آسیب سوء استفاده جنسی یا جسمی کودک رنج می‌برند، به کار می‌رود. پروتکل اصلی درمان پردازش شناختی شامل ۱۲ جلسه است، اما در آلمان درمان پردازش شناختی - تحولی انطباقی شامل ۴۵-۲۵ جلسه معطوف بر اختلال استرس پس از ضربه به ۳۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای کاهش دادیم؛ که ۵ جلسه برای برنامه ریزی و آماده سازی درمان، ۶ جلسه برای آموزش تنظیم هیجانات، ۴ جلسه نهایی که تمرکز بر تکالیف تحولی و ۱۵ جلسه پروتکل درمان پردازش شناختی است. بنابراین درمان در چهار مرحله اجرا شد.

جدول ۲- مراحل درمان پردازش شناختی - تحولی انطباقی برای نوجوانان سوء

استفاده جنسی یا جسمی مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

مراحل	هدف و اجرا
اول	مرحله برنامه ریزی و آماده سازی (جلسه ۱-۵): در جلسه ۱ و ۲ قرارداد درمانی بسته می‌شود که در آن بیمار متعهد می‌شود خودکشی نکند و به طور منظم در جلسات شرکت کند و لغو جلسات را فوراً اعلام نماید. پیش بینی یک برنامه اضطراری که فرمول بندی شده تا در بحران‌های حاد یا در مواردی که احتمال خودکشی وجود دارد (شناسایی بیمارستان روانی مناسب یا یک فرد مطلع)، مدیریت می‌نماید. جلسات ۳ و ۴ متمرکز بر ایجاد یک راه نجات است. از بیماران خواسته می‌شود مهمترین رویدادهای مثبت و منفی زندگی خود را بر روی یک نمودار نشان دهند تا ارتباط بین رویدادهای مرکزی و دوره علائم را که ممکن است انگیزش برای درمان را افزایش دهد، تشخیص دهند. راه نجات یک ابزار اقتصادی است که اطلاعات مفیدی به درمانگر در خصوص گذشته بیمار و باورها و شرایط اش می‌دهد. مرحله اول درمان با فرمول بندی دقیق درمان و اهداف درمانی عملی بسته می‌شود.
دوم	آموزش تنظیم هیجانی (جلسه ۶-۱۱): این جلسات مبتنی بر مداخلات تنظیم هیجانی توصیف شده در اختلال استرس پس از ضربه است. در این مرحله بیماران یاد می‌گیرند هیجانات شدید وابسته به آسیب استرس را بدون انجام شیوه‌های ناکارآمد، تحمل کنند. انواع فنون نظیر ذهن آگاهی، تحمل عدم ریلکس (مثلاً حواسپرتی، خود-آرامشی، مزایا و معایب)، یا تنظیم هیجانی (مثلاً توصیف هیجانات، رهایی از احساسات دردناک، تفکر یا عمل مخالف) برای آموزش بیماران در خصوص چگونگی تحمل استرس بالا به کار می‌رود... آنها راجع به انواع مختلف هیجاناتی که وجود دارد، - موقعیت‌هایی را که به طور معمول رخ می‌دهد - احساسات بدنی که معمولاً با آن ارتباط دارد و آن نوع از رفتاری که معمولاً به دنبال آن می‌آید، آموزش می‌بینند.
سوم	پردازش شناختی فشرده (جلسات ۱۲-۲۶): در جلسه ۱۲، بیماران اطلاعات خصوصاً ای در خصوص الگوی کارکردی پردازش شناختی فشرده برای اختلال استرس پس از ضربه دریافت می‌کنند. سپس از نوجوانان خواسته می‌شود «معنی» آسیب خود را با نوشتن یک گزاره مؤثر به عنوان تکلیف خانگی بررسی نمایند. در جلسات ۱۳ و ۱۴ بیماران بحث می‌کنند که چرا

جدول ۱- الگوی درمان رویارویی طولانی مدت مبتنی بر نظریه پردازش هیجانی برای کودکان نوپا مبتلا به ضربه

جلسه	هدف و اجرا
۱-۳	پس از پذیرش، درمان با سه جلسه با والدین آغاز شد که شامل آموزش روانی راجع به کودک عادی و واکنش‌های والدین به رویدادهای آسیب زا، ارائه منطق درمان و اقدامات بود. همچنین درمانگر به معلمان پیش دبستانی در چگونگی کمک به کودک، مهارت‌های مفید در طول کلاس راهنمایی‌ها ارائه داد. سپس جلسات با کودک به طور هفتگی اجرا شد.
۴	در این جلسه، برای اینکه کودک در حضور درمانگر احساس ریلکس بیشتری کند، درمانگر یک بازی خنده دار را به کودک و مادر معرفی نمود... درمانگر هم چنین ارتباط و حمایت والد-کودک را تشویق می‌کند. برای اتصال بیشتر هر خلاء ارتباطی، درمانگر یک داستان کوتاه راجع به کودکی که رویداد ترسناک مشابهی را تجربه کرده ارائه می‌نماید. اسباب بازی‌ها، مثل چرخاندن حیواناتی که در دسترس اند به طوری که کودک بتواند افکار و احساساتش را به شیوه‌ای که متناسب سنش است، بیان کند.
۵	درمانگر یک جلسه آموزش اضافی برای والدین اجرا کرد؛ در این جلسه منطق جلسه رویارویی واقعی بعدی معرفی شد و به طور مشترک لیستی سلسله مراتبی از تمرینات رویارویی جمع آوری شد. سلسله مراتب شامل مواردی همچون بازی با درمانگری که لباس سفید خواهد پوشید، داشتن درمانگری که مانند پزشک لباس پوشیده و مادر را معاینه می‌کند، کودکی که پدر بزرگش را که در نزدیکی کلینیک زندگی می‌کند، ملاقات می‌کند، رانندن ماشین والدین، گوش دادن به زنگ درب و رفتن همراه مادر برای باز کردن...
۶-۹	درمانگر و مادر چندین جلسه رویارویی واقعی با کودک را اجرا کردند. درمانگر داستان کودکی را توضیح می‌دهد که از زمان معاینه پزشکی دچار ترس شده، او از صداهای می‌ترسد و از جا می‌پرد، صداهایی که ممکن است آزاردهنده باشند اما به او صدمه نمی‌زنند. آنها رویارویی را با اولین معرفی صداهای آرامتر آغاز کرده و با صداهای بلند و بلندتر ادامه دادند. در حالی که صداهای معرفی می‌کردند آنها مشغول آواز خواندن و رقصیدن بودند «صداهای من صدمه نمی‌زند». والدین رویارویی واقعی را به عنوان تکالیف خانگی بین جلسات ادامه دادند. این رویارویی‌ها براساس لیست سلسله مراتبی برانگیزاننده‌ها دنبال شد و تا زمانی که کودک در مواجهه با آنها ترس زیادی نداشت و تا پایان درمان که کودک حتی می‌توانست به پزشک اجازه دهد، او را معاینه کند.
۱۰	منطق تکرار بازگویی داستان آسیب زا از طرف والدین بدون حضور کودک اجرا شد. والدین رویداد را بازگویی کرده و تشویق شدند تا افکار و احساساتشان را راجع به رویداد آسیب زا بیان کنند تا عدم ریلکس هیجانی خود را حل کنند تا بتوانند برای کودک خود الگویی از چگونگی بیان آرزاهای افکار و احساسات مربوط به آسیب باشند. پردازش رویداد آسیب زا نیز به عنوان فرصتی برای والدین ارائه شد تا باورهای زیربنایی واکنش‌های هیجانی شان را جستجو کنند. این مداخلات احساس گناه و عدم ریلکس والدین را کاهش داده و آنها را برای جلسات بازگویی بعدی که با حضور کودک برگزار می‌شد، آماده کرد.
۱۱-۱۶	جلسات ۱۱ و ۱۲ شامل مادر و کودک بود. بازگویی به طور مشترک با مادر و درمانگر اجرا گردید. در این جلسات، درمانگر از عروسک و اسباب بازی‌هایی که تجهیزات پزشکی را نماد سازی کرده بود، استفاده نمود. استفاده از این اسباب بازی‌ها جهت افزایش همکاری کودک با پردازش بازگویی بود. درمانگر سؤالات و ارسای را می‌پرسید و کودک را تشویق می‌کرد آنچه که اتفاق افتاده بود در داستانی که مجدداً به نمایش درآمده بود، را بصورت کلامی توضیح دهد... و...
۱۷	این جلسه با هر دو مراقب برگزار شد. والدین تشویق شدند به استفاده از ابزارها و راهبردهای مقابله‌ای کسب شده در طول درمان در صورتی که ترس‌ها مجدداً ظاهر شدند و مشکلات بیشتری در ارتباط با رویداد آسیب زا به وجود آمد، ادامه دهند. اصل پیش‌گیری از بازپیدایی اجتناب به عنوان مهارت مقابله‌ای ناسازگار مورد تأکید قرار گرفت.
۱۸	در جلسه پایانی، والد پیشرفت‌های کودک را مرور کرده و موفقیت اش را جشن گرفتند (۳۰).

سوم	<p>آنها معتقدند رویداد آسیب زا اتفاق افتاده و چگونه این رویداد، باورهای آنها را در باره خودشان، دیگران و دنیا شکل داده است؟ از آنها خواسته می‌شود حوزه‌های امنیت، اعتماد، قدرت/ عزت نفس، و به خصوص صمیمیت را شناسایی کنند... جلسات ۱۵ و ۱۶ بر یادآوری رویداد آسیب زا و کار از طریق نقاط گیر متمرکز است. به همین دلیل، بیماران گزارش‌های مفصلی از آسیب زنده ترین و مهم ترین رویداد زندگی خود از جمله جزئیات حسی، افکار، و احساسات را یادداشت می‌کنند... در جلسات ۱۷ تا ۲۰ مهارت‌های اصلی پردازش شناختی به طور فشرده آموزش داده می‌شود. در جلسات ۲۱ تا ۲۶ بیماران بر موضوعات خاصی متمرکز می‌کنند که احتمال دارد به وسیله رویداد آسیب زا دچار اختلال شده باشد: امنیت، اعتماد، قدرت/ کنترل، عزت، و صمیمیت...</p>
چهارم	<p>تکالیف تحولی (جلسات ۲۷-۳۰): مداخله‌های متعددی ایجاد شده است تا از طریق آن، خطر دوباره قربانی سوءاستفاده جسمی یا جنسی شدن را به حداقل برسانند. این هدف را می‌توان با آموزش بیمار راجع به علائم هشدار دهنده‌ای که ممکن است نشان دهد شریک بالقوه صمیمی احتمال دارد سوءاستفاده کننده باشد، به دست آورد. این هدف به بیماران جوان اجازه می‌دهد سوءاستفاده کننده‌های بالقوه را قبل از اینکه با آنها ارتباط هیجانی برقرار کنند، شناسایی و از آنها اجتناب نمایند. به همین منظور از نسخه تعدیل شده‌ی جوانان ۲۰ پرچم سرخ که در اصل توسط کوبان و رالستون گردآوری شده استفاده کردیم. علائم هشدار دهنده (در میان دیگران) عبارتند از حسادت، دروغ گفتن، پرخاشگری فیزیکی با دیگران، مشهور بودن به زن پرستی، و غیر قابل اعتماد بودن. از آنجا که نوجوانان دختر غالباً فقط تا حدی قادر به پیش بینی تأثیرات شان بر مردان هستند، بیماران راجع به این الگوهای رفتار، لباس، و شیوه‌های صحبت کردن یا عمل کردن که ممکن است از نظر جنسی مردان را دعوت یا دلسرد کند، آموزش می‌بینند (۳۱).</p>

دوم	<p>جلسه ۸-۳: در مرحله دوم، پس از اینکه علائم خوشه به یک سطح قابل مدیریت قرار داده شدند، درمانگر و فرد می‌توانند با همکاری یکدیگر روی نقاط داغ اولیه کار کنند. بطور کلی مقاومت شامل افکار منفی گرایانه، فاجعه بار، و احساسات شدید اضطراب، گناه، و شرم و غیره است. اولین قدم در درمان مقاومت اولیه، شناسایی رویداد کلیدی یا وضعیتی است که آسیب را برمی‌انگیزد. درمانگر به فرد کمک می‌کند تصویر زیربنایی اصلی مرتبط با آسیب را که اضطراب را برمی‌انگیزد، کشف کند. هنگامی که تصویر زیربنایی شناسایی شد، از فرد خواسته می‌شود آن تصویر را یادآوری کرده و حوادث قبل و بعد از آن را با جزئیات زیاد توصیف نماید. سپس به فرد کمک می‌شود تصویر برانگیزان را در تجسمش تا زمانی که امکان دارد نگه دارد در حالی که به صورت دوره‌ای افکار اصلی منفی و فاجعه بار از جمله احساسات بدنی غیر ریلکس کننده را به صورت شفاهی بیان می‌کنند. پس از تنظیم موفقیت آمیز علائم خوشه، افکار فاجعه آمیز، اضطراب شدید و رفتار اجتنابی ممکن است در پاسخ به تداوم رویارویی افزایش یابد. هنگامی که فرد به افکار فاجعه آمیز پاسخ می‌دهد، درمانگر به او کمک می‌کند، فکر غیر سازشی را پردازش نماید. آنگاه فرد تصویر سازگار بازسازی شده و افکار و احساسات مرتبط را در درون مکان مناسبی در داستانش ترکیب می‌نماید. خواندن روزانه داستان تعدیل شده نه تنها اضطراب را بلکه رفتار اجتنابی را نیز کاهش می‌دهد. هنگامی که فرد توانست برای مدت طولانی توجه‌اش را بر روی تصویر برانگیزان نگه دارد و نشانه‌های عادت کردن وجود داشت، از فرد خواسته می‌شود، با توجه به تصویر اختصاص داده شده، خود را ریلکس نماید و یاد بگیرد به طور آگاهانه دامنه آگاهی‌اش را به بقیه بدنش گسترش دهد. تا این مرحله فرد تحمل تصویر تهدید آمیز را گسترش داده است.</p>
سوم	<p>جلسه ۱۲-۹: در طی جلسات ۹-۱۲ درمانگر به فرد کمک می‌کند آگاهانه ریلکس شده و تلاش و توجه ذهنی به کار برده برای تصویر را رها سازد. فرد یاد می‌گیرد در حالی که بخش از توجه‌اش بر روی تصویر تهدید کننده قرار دارد منابع توجه خود را به سمت آگاهی از بقیه بدنش توزیع نماید. افزایش آگاهی بدنی فرد منجر به انعطاف پذیری فضایی بزرگتری می‌شود. درمانگر پس از آن می‌تواند به فرد کمک کند به تدریج از حس‌های خاص بدنی غیر ریلکس کننده، افکار مولد اضطراب، احساسات و تکانه‌ها آگاه شود. سپس فرد توانایی شناسایی و تغییر از یک محرک به دیگری و برچسپ زدن و چشم پوشی از آنها را پیدا می‌کند. همچنان که علائم کاهش می‌یابند، فرد به طور روز افزون از تغییر تعامل بین تصویر برانگیزان و حس‌ها، افکار و احساسات تولید شده به وسیله اضطراب محیطی آگاه می‌شود. در دو جلسه پایانی، فرد کل داستان را حداقل دو بار مرور و توصیف می‌نماید؛ از جمله خاطرات یادآوری شده، افکار سازشی، احساسات، و رفتارها. در آخرین جلسه، پیشرفت درمان مرور شده و پیشگیری از عود تمرین می‌شود (۳۲).</p>

الگوی یکپارچه سازی ذهن آگاهی با

درمان رویارویی طولانی مدت

الگوی یکپارچه سازی ذهن آگاهی با درمان رویارویی

طولانی مدت برای درمان علائم اصلی اختلال استرس

پس از ضربه به کار می‌رود که توسط رایگی^۱ و همکاران

تدوین شده و شامل سه مرحله است:

جدول ۳- الگوی یکپارچه سازی ذهن آگاهی با درمان رویارویی طولانی مدت

برای درمان علائم اصلی اختلال استرس پس از ضربه

مراحل	هدف و اجرا
اول	<p>جلسات ۱ و ۲: در دو جلسه اول آموزش روانی در خصوص علائم اختلال استرس پس از ضربه و چگونگی درمان، و آنچه مورد نیاز است به افراد داده می‌شود. همچنین افراد در پنج تمرین از شیوه‌های اولیه یکپارچه سازی آموزش خواهند دید و دوره اولیه آسیب را چندین بار در جلسات شرح می‌دهند. در طی شرح چندگانه دوره اولیه آسیب، درمانگر بر شناسایی نقاط داغ یا مقاومتی که افراد در طول روایت خود نشان می‌دهند، به منظور تشکیل سلسله مراتبی از این مقاومت‌ها تمرکز می‌کند. قبل از پرداختن به نقاط داغ، درمانگر نیاز به تمرکز بر خوشه شدید علائم مرتبط با آسیب را دارد: الف. تجربه مجدد، ب. حساسیت بیش از حد، هوشیاری و برانگیختگی، ج. کناره‌گیری و کرختی، د. مشکلات عاطفی مثل خشم و پرخاشگری. راهبردهای یکپارچه سازی را می‌توان یاد گرفت و به طور مستقیم برای شناسایی این علائم به کار گرفت. ابتدا مهارت‌های آگاهی حسی از احساس بدنی کسب شده و در طی دو هفته اول برای مقابله با برجسته ترین خوشه علائم (تجربه مجدد آسیب) به کار گرفته می‌شود. بیمار استفاده از آگاهی حسی را برای ایجاد تمایز موضوع- شیء یاد می‌گیرد، مثلاً او تجارب حسی را جدا از خودش حس نماید.</p>

الگوی یکپارچه درمان متمرکز بر آسیب و تاب آوری^۲

این مداخله توسط گگن^۳ و همکاران برای کودکان و نوجوانان با اختلال استرس پس از ضربه پیچیده تدوین شده است. الگوی قهرمانان زندگی واقعی شامل نقش‌های اولیه برای مشاوران اقامتی، والدین، منابع والدین، مربیان، و دیگر بزرگسالان مراقب در درمان رابطه محور است که برخلاف اثرات آسیب‌های بین فردی، برای افزایش غرور کودک در مورد توانایی‌ها، میراث خانوادگی و فرهنگی‌اش به عنوان پادزهر شرم عمل می‌کند. این الگوی شامل یک کتاب کار کودک و آیین‌های طراحی شده به منظور فراهم کردن یک ساختار آسان برای یادگیری و انتقال است

2- Integrated Model of Trauma and Resiliency-Focused Treatment

3- Kagan.

1- Rappagay

بزرگ جا دادیم. شرکت کنندگان به نوبت داستانی را بازگو می‌کردند. این داستان‌ها به هم ربط نداشت، چون هر کودک داستان خاص خود را می‌گفت. درمانگر به دقت سعی می‌کرد خط داستان آنها را به سمت عدم آرامش و زلزله سوق دهد، اما کودکان داستان را به جهات مختلفی که دوست داشتند، سوق می‌دادند. این هرج و مرج برخی از کودکان را خسته و بی‌قرار می‌کرد (۳۴).

جدول ۴- برنامه رقص / حرکت درمانی برای دانش آموزان مدرسه در تایوان

مراحل	هدف و اجرا
اول	بازی با پارچه‌ی لایکرا؛ پارچه‌ی لایکرا که پارچه‌ای نرم و ارتجاعی است. از طریق خواص گوناگون این پارچه، کودکان می‌توانستند با دو روش احساسات درونی شان را بیان کنند. روش اول این بود که پارچه بر روی سطحی از بالا تا پایین کشیده می‌شد و کودکان روی پارچه دراز می‌کشیدند. تماس با پارچه نرم به کودکان کمک می‌کرد خود به خود ریلکس شوند. روش دوم این بود که بزرگسالان چهار گوشه پارچه را بکشند و سپس بچه‌ها به طور طبیعی زیر پارچه جمع شده یا روی آن بروند و با پارچه به شکلی که آنها را خوشحال می‌کند، تعامل داشته باشند. برخی از کودکان به سرعت از بدن خود به اشکال گوناگون برای تعامل با پارچه استفاده کردند؛ برخی دیگر خود را درون پارچه پیچیده و احساس پیچیده شدن را لمس می‌کردند. بعد از بازی با پارچه، کشف کردیم که حرکات و تعاملاتشان به آسانی خلاقیت و تخیل آنها را فعال کرده است. آنها به طور طبیعی سر و صدا ایجاد کرده و حرکات شان را با یکدیگر هماهنگ می‌کردند؛ اغلب افراد داخل یا خارج از پارچه به یکدیگر پاسخ می‌دادند. به عنوان مثال یک کودک در داخل پارچه یک شکل بزرگی را ایجاد می‌کرد و به بچه‌های خارج از پارچه می‌گفت «اینجا دره یک هیولا می‌یاد»...
دوم	جسمی سازی بیان تخیل و تکیه‌گاه‌ها؛ در این مرحله راه رفتن از یک سر کلاس به سمت دیگر را با یک شمع تمرین می‌کنند. این فعالیت متمرکز بر عمل فیزیکی راه رفتن است. شاید به خاطر این که کودکان احساس پذیرش کنند و یا به خاطر حرکت از طریق فضا به آنها حس آزادی دهد؛ آنها در طول یک مسیر تعیین شده حرکت نمی‌کنند در عوض آنها مسیر خودشان را می‌سازند. آنها بر اساس یک ریتم خودکار خودشان قدم بر می‌داشتند، حتی باهای شان را به رقص در می‌آوردند. بدن‌های در حال حرکت آنها در احساسات پیچیده نفوذ کرده بود. برخی از تعاملات بین جفت شرکت کنندگان چنان به نظر می‌رسید گویی، بازی می‌کنند، اما این تعاملات سرشار از پر خاشگری و رقابت نیز بود.
سوم	ساخت تابوت‌ها و مقبره‌ها؛ کودکان مقدار زیادی از انرژی خود را از طریق دویدن، آزاد می‌کنند. به طوری که هنگامی که در حال ساخت تابوت و مقبره‌ها بودیم، چند تن از دختران در حالی که نشستند بودند و صحبت می‌کردند. یک دختر شروع به بازی با تشک‌های پلاستیکی بر روی زمین نمود و آنها را درون یک مکعب تا کرد. بقیه کودکان به او پیوستند و به تدریج شکل‌های گوناگونی نمایان شد. در مقابل برخی از پسرها که در حال رقابت بودند، شروع به تا زدن تشک‌ها کردند. سپس کودکان دیگر نیز میدان نبرد را ترک کرده و به این فعالیت پیوستند.
چهارم	مرور و آمادگی برای پایان؛ صبح روز بعد که دومین روز از کارگاه بود، کودکان به مدرسه آمدند. از موسیقی سی دی‌های کودکان به عنوان پس زمینه برای آغاز گرم کردن استفاده کردیم، سپس به تماشای ویدئوی فعالیت‌های روز قبل پرداختیم. در حال پخش ویدئو، ما آنچه را که با گروه انجام داده بودیم و آنچه که اتفاق افتاده بود را ذکر کردیم. آنها به دقت ویدئو را با تمرکز بر خودشان تماشا کردند، حتی توصیه‌هایی به دیگر شرکت کنندگان در خصوص احساس روز قبل داده شد. در بعد از ظهر برای پایان دادن دوره آماده شدیم. از کودکان خواسته شد تجاربشان را در طی دو روز در یک کمپدی ساده برای ارائه سازمان دهند. پس از آن برای مراسم پایانی آماده شدیم. مسیر قرمز در کلاس گذاشته شد و هر کودک در این مسیر راه می‌رفت و آنها در طول مسیر به وسیله سایر شرکت کنندگان و معلمان تشویق می‌شدند. این کارگاه با تشویق همه به پایان رسید (۳۴).

که به کودکان و مراقبان اجازه می‌دهد تا به درمان آسیب ادامه دهند به طوری که آنها از درمان اقامتی به درمان پرورشگاهی یا خانواده محور حرکت کنند و بنابراین تلاش می‌شود تا عدم آرامشی که غالباً به وسیله انتقال نوجوان بین برنامه‌ها و درمانگر و دیگر خدمات ایجاد می‌شود، کاهش یابد (۳۳).

اجرای رقص / حرکت درمانی^۱

این کارگاه برای کودکانی که از حادثه زلزله در تایوان رنج می‌بردند اجرا شد. برنامه رقص / حرکت درمانی که «رشد شادی» نامیده می‌شود، برای دانش آموزان آسیب دیده از زلزله در مدرسه‌ای از شهرهای تایوان، توسط لی^۲ و همکاران به کار گرفته شد. شرکت کنندگان شامل ۱۵ دانش آموز کلاس اول تا پنجم ابتدایی بودند که به صورت هدفمند از میان کودکانی که در خطر بالای اختلال استرس پس از آسیب بودند، انتخاب شدند.

ابتدا گروه دور یک میز دایره‌ای شکل جمع شده و رهبر گروه چارچوب و تعامل حرکتی را توضیح می‌دهد. از کودکان خواسته می‌شود که خودشان را از طریق بازی و فعالیت‌های بدنی / حرکتی کشف کنند، و آزادانه احساسات واقعی خود را بیان نمایند. در آغاز برای گرم کردن گروه، هر شرکت کننده نام خود را می‌گفت و همزمان با آن، یک حرکت انجام می‌داد در حالی که بقیه نیز حرکت او را تکرار می‌کردند. این تمرین به شرکت کنندگان کمک می‌کند همدیگر را به سرعت بشناسند. سپس اندام شان را کشیده و رها می‌کردند. گرم کردن فقط حرکت نیست، بلکه میل به حرکت است که به ما اجازه می‌دهد هیجانات کودک را در سطح حرکات بپذیریم. بعد از گرم کردن، گروه را به چهار گروه کوچک تر تقسیم کردیم و هر گروه کوچک به وسیله یک درمانگر هدایت می‌شد. اما کمی بعد، ما با یک اغتشاش مواجه شدیم. به عنوان مثال کودک A و کودک B باید در گروه‌های متفاوتی باشند اما به خاطر اینکه آنها با هم دوست بودند یا بنا به هر دلیل دیگری می‌خواستند با هم باشند؛ بنابراین آنها را درون یک گروه

1- Dance/ movement therapy

2- Lee

مهارت‌های بازیابی روان‌شناختی^۱

مهارت‌های بازیابی روان‌شناختی رویکردی است که برای کمک به کودکان، نوجوانان، بزرگسالان و خانواده‌هایی که در هفته‌ها و ماه‌های پس از رویداد، یا پس از دوره‌ای که اولین کمک‌های روان‌شناختی به کار برده شده و یا زمانی که مداخلات فشرده‌تر نیاز است، به کار می‌رود. مهارت‌های بازیابی روان‌شناختی طراحی شده تا به بازماندگان کمک کند مهارت‌هایی برای کاهش پریشانی رو به جلو کسب نمایند و به طور مؤثری با استرس‌ها و مصیبت‌ها مقابله کنند. مهارت‌های بازیابی روان‌شناختی مبتنی بر این است که بازماندگان حادثه، دامنه گسترده‌ای از واکنش‌ها را در طی دوره‌های زمانی متفاوت تجربه خواهند کرد. در حالی که برخی از بازماندگان خودشان را بازیابی می‌کنند و برخی دیگر واکنش‌های استرس آمیزی را تجربه خواهند کرد که با مقابله سازگارانۀ تداخل می‌کند.

اهداف اساسی و عینی مهارت‌های بازیابی روان‌شناختی:

- ۱- محافظت از بهداشت روانی بازماندگان حادثه
- ۲- افزایش توانایی بازماندگان برای شناسایی نیازها و نگرانی‌هایشان
- ۳- آموزش مهارت‌هایی برای بهبود کودکان، نوجوانان، بزرگسالان و خانواده‌ها
- ۴- پیشگیری از رفتارهای ناسازگار و شناسایی و حمایت از رفتارهای سازگارانۀ

مهارت‌های اصلی بازیابی روان‌شناختی:

- ایجاد مهارت‌های حل مسأله: روشی برای تعریف مشکل و هدف، بارش فکری تعدد راه حل، ارزیابی راه حل‌ها و اجرای راه حلی که به مشکل کمک نماید.
- بهبود فعالیت‌های مثبت: شیوه‌ای برای بهبود خلق و عملکرد به وسیله شناسایی و مشغول شدن در فعالیت‌های مثبت و فعالیت‌های لذت بخش.
- مدیریت واکنش‌ها: مهارت‌هایی برای مقابله و کاهش واکنش‌های فیزیکی و هیجانی آرام نشده.

• بهبود تفکر مفید: گام‌هایی برای شناسایی افکار آرام نشده و مواجهه با این افکار.

• بازسازی ارتباطات اجتماعی سالم: شیوه‌ای برای بازسازی روابط مثبت و حمایت‌های اجتماعی.

• کمک به بازماندگان: برای شناسایی مهم‌ترین نیازها و نگران‌های مبرم آنها و جمع‌آوری اطلاعات اضافی مناسب برای هدایت اقدامات خود.

• حمایت از مقابله سازگارانۀ، تأیید تلاش‌های مقابله‌ای و نقاط قوت، و روحیه دادن به بازماندگان

• تشویق بازماندگان، برای اینکه نقش فعالی در بازیابی شان داشته باشند.

• آموزش مجموعه‌ای از مهارت‌هایی که به بازماندگان کمک کند پریشانی خود را کاهش داده و کارکرد خود را بهبود بخشند.

• پیوند دادن بازماندگان به سیستم بازیابی محلی، خدمات بهداشت روانی، خدمات بخش دولتی و سازمان‌های دیگر.

کاربرد مهارت‌های بازیابی روان‌شناختی:

این روش را می‌توان در کلینیک، مدرسه، مرکز کمک به خانواده، خانه، کار، اردوگاه آوارگان و دیگر موقعیت‌های ارتباطی به کار برد.

آماده شدن برای اجرای مهارت‌های بازیابی روان‌شناختی:

آماده شدن و تمرین، به مجری مهارت‌های بازیابی روان‌شناختی اجازه می‌دهد صلاحیت بیشتری را در تعدادی از حوزه‌ها احساس کند، از جمله:

• چگونه یک ارتباط قوی با بازمانده به عنوان اساسی که برای آموزش مهارت‌های بازیابی روان‌شناختی ایجاد شود؟

• جمع‌آوری اطلاعات راجع به واکنش‌های بازماندگان، نیازها و منابع.

• آموزش مجموعه مهارت‌های هسته‌ای بازماندگان.

• تصمیم راجع به چگونگی و زمان آموزش مهارت‌های

1- Skills for psychological recovery

خاص .

• سازمان دادن مهارت‌ها برای شناسایی نگرانی‌های خاص بازماندگان .

• شیوه‌های راهبردی برای حمایت از بازماندگان جهت درگیر شدن در بیش از یک جلسه مهارت‌های بازیابی روان شناختی (۳۵).

بحث و نتیجه گیری

کودکان و نوجوانانی که با رویدادهای آسیب‌زا مواجه شده‌اند، انواع وضعیت‌های جسمی یا روان شناختی را نشان می‌دهند که ممکن است مسیر رشد طبیعی، عملکرد تحصیلی و سایر حوزه‌های عملکردی آنها را تحت تأثیر قرار دهد و باعث اختلال استرس پس از ضربه شود. نشانه‌ها و علائم اختلال استرس پس از ضربه به ندرت به طور کامل ناپدید می‌شوند؛ و همبودی بالای این اختلال با سایر اختلالات روانی، موجب کاهش عملکرد اجتماعی فرد مبتلا، از هم پاشیدگی خانواده، عصبانیت، اضطراب، افسردگی، مشکلات روانی و ترس در سایر افراد خانواده می‌شود (۳۶). همچنین عوامل ژنتیک، بیماری‌های اولیه روان پزشکی، عوامل فشارزای قبلی، ویژگی‌های شخصیتی و محدودیت‌های اولیه زندگی از جمله عوامل خطر ساز این اختلال می‌باشد (۳۷). افزون بر آنها، به دلیل ماهیت پیچیده این اختلال، و امکان بازگشت و عود نشانه‌ها و علائم این اختلال در برابر رویدادهای آسیب‌زای کنونی، می‌باید علاوه بر مصاحبه نیمه ساختار یافته جداگانه از سنجش بالینی و خاص مثل سیاهه رفتار کودک که توسط والدین، معلمان و درمانگر ارزیابی می‌شود و همچنین از پرسشنامه حوادث آسیب‌زا به همراه سایر اطلاعات جهت ارزیابی دقیق بالینی استفاده کرد تا بتوان از مداخله‌های درمانی متناسب تر و جامع تر بهره گرفت. مداخله‌های درمانی جامع و کارآمد در این اختلال شامل: الف. الگوی درمان رویارویی طولانی مدت مبتنی بر نظریه پردازش هیجانی بود که این مداخله شامل ۱۸ جلسه هفتگی رویارویی با ضربه می‌باشد که به کمک والدین،

معلمان و درمانگر در کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه اجرا می‌شود. ب. الگوی درمان پردازش شناختی- تحولی انطباقی برای نوجوانانی که در دوران کودکی مورد سوء استفاده جنسی و جسمی قرار گرفته و دچار اختلال استرس پس از ضربه، اجرا می‌شود. ج. الگوی یکپارچه سازی ذهن آگاهی به منظور یکپارچه سازی مولفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه به کار گرفته می‌شود. د. الگوی یکپارچه درمان متمرکز بر آسیب و تاب آوری، برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شدید کاربرد دارد که در این مداخله از الگوی قهرمانان به منظور افزایش غرور و توانایی کودک و نوجوانان در برابر ضربه تکان دهنده استفاده می‌شود. اجرای رقص/ حرکت درمانی، این مداخله برای کودکان زلزله زده تایوانی که مبتلای به اختلال استرس پس از ضربه، مورد استفاده قرار گرفت. در این مداخله از طریق رقص و حرکات به رشد شادمانی آنها کمک می‌شود. از مهارت‌های بازیابی روان شناختی برای کمک به بازماندگان استفاده می‌شود که از خودشان در برابر ضربه‌ها محافظت و مدیریت نمایند و همچنین سازگاری خود را افزایش دهند.

بنابراین شناسایی و به کارگیری ابزارهای سنجش بالینی خاص جهت تشخیص دقیق تر اختلال استرس پس از ضربه در کودکان و نوجوانان و همچنین اجرای مداخله‌های درمانی جامع و یکپارچه به همراه به کارگیری مهارت‌های بازیابی روان شناختی در بازماندگان ضروری است. از این رو، این مداخله‌ها نیاز به ارزیابی دقیق بالینی و پژوهش‌های بیشتری دارند تا اثربخشی، کارایی و معنی داری بالینی آنها مشخص گردد.

References

1. Sadock BJ, Sadock WA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Translated by Farzin Rezaei. Tehran: Arjomand Pub; 7-193; 2015.
2. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM5-. Bookpoint US, 2013.
3. Surcamp J R. Applied Logotherapy for the Treatment of Post-

- Traumatic Stress Disorder in Men and Women United States Army Veterans. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Honors Baccalaureate of Science in Public Health Honors Scholar. Oregon State University Honors College, 2015.
4. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, & Grant BF. Prevalence and axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 465–456 ,(3)25 2011
 5. Honor G. Posttraumatic Stress Disorder. National Association of Pediatric Nurse Practitioners. 2013.
 6. Dajani DR, Uddin LQ. Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends Neurosci*. 8-571 :(9)38 ;2015.
 7. Greenberg N, Brooks S, & Dunn R. Latest developments in post-traumatic stress disorder: diagnosis and treatment. *British Medical Bulletin*, 9–1 ,2015
 8. Zeller M, Yuval K, Nitzan-Assayag Y, Bernstein A. Self-compassion in recovery following potentially traumatic stress: Longitudinal study of at-risk youth. *J Abnorm Child Psychol*. -645 :(4)43 ;2015 53.
 9. Karanika K, Hogg MK. Being kind to ourselves: Self-compassion, coping, and consumption. *J Bus Res*. 9-760 :(2)69 ;2016.
 10. Park M, Chang ER, You S. Protective role of coping flexibility in PTSD and depressive symptoms following trauma. *Pers Individ Dif*. 6-102 :82 ;2015.
 11. Brewin CR, & Smart L. Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 68-61 :(1)36 ,2005.
 12. Leventon JS, Stevens JS, & Bauer PJ. Development in the neurophysiology of emotion processing and memory in school-age children. *Developmental cognitive neuroscience*, 2014.
 13. Crane C, Heron J, Gunnell D, Lewis G, Evans J, & Williams JMG. Childhood traumatic events and adolescent over general autobiographical memory: Findings in a UK cohort. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, -330 :(3)45,2014 338.
 14. Ahmadzadeh Aghdam, A, Ahmadi Kh, Noranipoor, R, Aghavi Z. Effectiveness of stress inoculation training on reducing symptoms of PTSD in veterans. *Journal of Research, Veteran medicine*, 32 -40 :(3) 5 ,2013 [Persian].
 15. Sadqy K, Namjoo S. The impact of systematic desensitization and reprocessing eye on the performance of autobiographical memory and problem solving skills in women with post-traumatic stress disorder. *Bring knowledge, Journal of Yasoj medical science*. 40 -32 :(3) ,2015 [Persian].
 16. Dessa CB, Kyle P, Wilfred P. Reductions in the cortisol associated with primary care brief mindfulness program for veterans with PTSD. *J Med Care* 31-25 :(12)52 ;2014.
 - 17.. Ganji M. Psychopathology based on DSM- 5. Third edition, Tehran: Savalan Publication, 2013 [Persian].
 18. Nixon RDV, & et al. The Child PTSD Symptom Scale: An Update and Replication of Its Psychometric Properties. *Psychological Assessment*, 1031–1025 :3 ,25 ,2013.
 19. Gillihan SJ, & et al. The Child PTSD Symptom Scale: Psychometric Properties in Female Adolescent Sexual Assault Survivors, 2013.
 20. Achenbach TM, & Rescorla LA. *Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology: Implications for Mental Health Assessment*. New York: Guilford Press, 2007.
 21. Coffey SF, Schumacher JA, & Nosen E. Trauma-focused exposure therapy for chronic posttraumatic stress disorder in alcohol and drug dependent patients: A randomized clinical trial. (Submitted for publication), 2015n.
 22. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, & Green BL. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*. 627–615 ,(6)24 ,2011.
 23. Hien D A, Wells EA, Jiang H, Suarez-Morales L, Campbell AN, C, Cohen LR, et al. Multisite randomized trial of behavioral interventions for women with co-occurring PTSD and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 619–607 ,(4)77 ,2009.
 24. Ehlers A, & Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 345–319 ,(4)38 ,2000.
 25. Kubany E. S, Hill E. E, Owens J. A., Iannace-Spencer C, McCaig M. A, Tremayne K. J, et al. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD. 2004.
 26. Ehring T, Welboren R, Morina N, Wicherts J. M, Freitag J, & Emmelkamp P. M. Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*. 657–645 :(8)34 ,2014.
 27. Moradpour AR. Naderi F, Mehraby Zadeh Honarmand M.

- The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing through (EMDR) in post-traumatic stress disorder (PTSD). Knowledge and research in applied psychology. 16, 2015 59 (1) [Persian].
28. Gerger H, Munder T, & Barth J. Specific and nonspecific psychological interventions for PTSD symptoms: A meta-analysis with problem complexity as a moderator. *Journal of Clinical Psychology*, 615–601 : (7)2014,70.
 29. Jeffreys M.D, Matt. «Clinician's Guide to Medications for PTSD.» PTSD: National Center for PTSD. National Center for PTSD, U.S. Department of Veteran Affairs, 28 July 2014.
 30. Rachamim L, Mirochnik I, & Helpman L. Prolonged Exposure Therapy for Toddlers With Traumas Following Medical Procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2014.
 31. Matulis S, Resick P. A, Rosner R, & Steil R. Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Adolescents Suffering from Posttraumatic Stress Disorder after Childhood Sexual or Physical Abuse: A Pilot Study. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2013.
 32. Rappay L, Ross J. L, Petersen O, & et al. A Proposed Protocol Integrating Classical Mindfulness with Prolonged Exposure Therapy to Treat Posttraumatic Stress Disorder. *Mindfulness, Springer science*, 2013.
 33. Kagan R, & Spinazzola J. Real Life Heroes in Residential Treatment: Implementation of an Integrated Model of Trauma and Resiliency-Focused Treatment for Children and Adolescents with Complex PTSD. *J Fam Viol*, 715–705 :28 ,2013.
 34. Lee T. C, Liin Y. S, Chiang C. H, & Wu M. H. Dance/ movement therapy for children suffering from earthquake trauma in Taiwan: A preliminary exploration. *The Arts in Psychotherapy*, 157–151 :40 ,2013.
 35. National Center for PTSD. National Child Traumatic Stress Network. Skills for psychological recovery. Field operation Guide, 2010.
 36. Imani S, Atef Vahid MK, Asgharnezhad Farid AA. Quality of life in war veterans suffering from chron-ic Ptsd in comparison with other veterans. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 56-47 :7 ;2012 [Persian].
 37. Halgin RP, Whitbourne S. *Abnormal Psychology, clinical perspective on psychological Disorder. Fourth Edition.* Translated by: Yahya Seyed Mohamadi. Tehran: Ravan publisher 2009.