

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش ای بر نشانگان بالینی و خود کنترلی بیماران روان تنی مبتلا به حساسیت پوستی

دکتر حسن تونزنده جانی^۱، دکتر فرناز ابهرزنجانی^۲

^۱دکترای تخصصی روان شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، واحد نیشابور، ایران.

^۲دکترای تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، ایران مؤلف مسؤل

چکیده

مقدمه: این پژوهش از نوع پژوهش های نیمه تجربی (طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل نابرابر) است که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش ای بر نشانگان بالینی و خود کنترلی بیماران روان تنی مبتلا به حساسیت پوستی (کهپیر آنژیوادم) انجام گردید. روش: جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران دارای حساسیت پوستی مراجعه کننده به کلینیک های پزشکی شهر مشهد می باشند که از بین آنها نمونه ای با حجم ۲۴ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند که به دو گروه ۱۲ نفری آزمایشی و گواه جایگماری شدند. ابزارهای اندازه گیری متغیرهای پژوهش قبل از مداخله درمانی بر گروه آزمودنی، برای هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند و پس از پایان دوره درمان، از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. یافته ها: نتایج بوسیله روش های آماری (تحلیل کوواریانس یک متغیره و چند متغیره) و بر اساس نرم افزار (SPSS) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش حاکی از این بود که تفاوت معناداری دست کم در یکی از مولفه های پرسشنامه نشانگان بالینی و خودکنترلی ایجاد شده است. نتیجه گیری: میانگین نمرات اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون، در آزمون افسردگی کاهش چشمگیری داشته است. این تغییر در گروه کنترل مشاهده نشد ($P < 0.05$).

واژه های کلیدی: شناختی - رفتاری واحد پردازش ای - نشانگان بالینی - خود کنترلی - روان تنی

مقدمه:

اختلالات روان تنی^۱ آن دسته از اختلالات جسمانی را شامل می شود که دارای منشأ روانی است؛ بنابراین با کنترل هیجانات ناخوشایند و استرس ها می توان این عوارض را بهبود بخشید(۱). پوست رابطه ای مشخص با روان دارد و نیز دارای پیامدهای روانی نیرومندی است، پوست دارای سیستم پیچیده غدد، عروق خونی، اعصاب و عناصر عضله می باشد، بسیاری از آن ها توسط سیستم عصبی خودکارکنترل می شوند و می توانند تحت تاثیر محرک های روانی قرار گیرند، براین اساس آلرژی، واکنش افراطی سیستم ایمنی بدن^۲ نسبت به عوامل مختلف است. کسانی که دچار حساسیت هستند، دارای سیستم ایمنی فوق العاده حساس هستند که نسبت به مواد ظاهرا بی آزار موجود در محل زندگیشان، واکنشی بیش از حد معمول نشان میدهند(۲).

یکی از اختلالات پوستی کهیر آنژیودما است. کهیر اغلب بر اثر ازدیاد حساسیت یا واکنش بیش از حد سیستم دفاعی بدن ایجاد می شود. سیستم دفاعی بدن باید یک آستانه تحمل و فعالیت طبیعی داشته باشد(۳). اگر سیستم دفاعی بدن به ماده ای که وارد بدن می شود واکنش بیش از حد نشان دهد، می تواند به ایجاد کهیر، منجر شود. پس در واقع این نشانه ها ناشی از ازدیاد فعالیت سیستم ایمنی بدن است(۴).

استرس^۳ نوعی واکنش فیزیولوژیک بدن در مقابل هر تغییر، تهدید و فشار بیرونی یا درونی است که تعادل روانی فرد را برهم می زند عوامل ایجادکننده استرس درجات و انواع مختلفی دارند. از طرفی این عوامل، با فرض یکسانی محتوا، دارای پاسخ های متفاوتی در افراد مختلف هستند. به طوری که متغیرهایی همچون سن جنس، میزان تحصیلات، طبقه اجتماعی، وضعیت تأهل، نژاد، ژنتیک از جمله عوامل سبب سازی هستند که این گوناگونی را منجر می شوند. استرس زیاد، واکنش های هیجانی شدید، ناراضیاتی شغلی، مشکلات اقتصادی اجتماعی، ناراضیاتی خانوادگی و بسیاری عوامل دیگر، احتمال ابتلا به دسته ای از اختلالات روانی را باعث می شوند(۵).

اختلال های روان تنی با ایجاد هزینه های مستقیم جهت اقدامات تشخیصی و درمانی، بازتوانی و پیشگیری و همچنین، هزینه های غیرمستقیم از جمله کاهش توان فردی، کاهش نیروی فعال جامعه، بار خانوادگی اثرات زیان باری بر جامعه می گذارند. این اختلال ها علاوه بر روان، جسم را نیز درگیر می کنند. پژوهش ها تأیید کننده این امر است که تنشهای هیجانی باعث اختلال در سیستم عصبی خودکار و غدد برون ریز می شوند(۶).

با توجه به آن چه بیان شد به نظر می رسد اضطراب، استرس و افسردگی جزء عوامل خطر ساز یا تشدید کننده بیماریهای روان تنی مبتلا به حساسیت پوستی از جمله کهیر آنژیودما هستند و در داخل کشور پژوهشی در رابطه با مبتلایان به بیماران روان تنی مبتلا به حساسیت پوستی و رویکردهای روان شناختی مؤثر در درمان این بیماران انجام نشده است، لذا هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بیماریهای روان تنی مبتلا به حساسیت پوستی است(۷). همچنین پژوهش های اخیر حاکی است که اختلال اضطرابی مزمن ممکن است میزان مرگ و میر مربوط به اختلالات قلب و عروق را افزایش دهد (۸). شیوع نسبتا بالای

^۱ Psychosomatics

^۲ Overreaction of the immune system

^۳ Stress

اختلالات روان تنی وهمبودی آنها با اختلالات دیگر نظیر افسردگی و اضطراب یا اختلالات رفتاری مهار گسیخته لزوم توجه بالینی در این زمینه را محرض می سازد(۹).

امروزه مبحث سلامت با رویکردهای مختلفی مورد بررسی قرار می گیرد. رویکردهایی همچون زیستی، روانی، اجتماعی که هر کدام در حیطه ی علمی خود، از اصول اولیه لازم الاجرا هستند(۱۰). یکی از درمانها، درمان شناختی رفتاری واحد پردازش ای می باشد، که برگرفته از نظریه پیمانانه ای بودن ذهن "جری فودرو" است که شامل ۱۴ تکنیک درمانی (پردازنده ای)، خودپایشی، آموزش مهارتهای اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، استراتژی های تقویت کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت، پیشگیری و توجه به زمان است(۱۱). هدف از این درمان حفظ مزایای استاندارد شده پروتکل های شناختی-رفتاری با بوجود آوردن سطح انعطاف پذیری بالا از طریق استفاده از دستورالعمل های کاربردی فردی می باشد(۱۲) که تا کنون، اثربخشی آن بر درمان اختلالات روان تنی مورد بررسی قرار نگرفته است. لذا، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش ای بر نشانگان بالینی و خود کنترلی بیماران روان تنی مبتلا به حساسیت پوستی انجام گردید.

روش کار:

ابتدا ۲۴ نفر از بیماران بیماران روان تنی مبتلا به حساسیت پوستی به صورت در دسترس انتخاب شده و ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفت. با استفاده از ابزارهای پژوهش از آنها پیش آزمون گرفته شد. سپس، مداخلات درمانی بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری واحد پردازش ای به مدت ۱۲ جلسه ۲ ساعته برای گروه آزمایش به روش گروهی اجرا شد، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. و پس از پایان دوره درمان، از هر دو گروه با استفاده از ابزارهای پژوهش پس آزمون به عمل آمد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران دارای حساسیت پوستی (کهپرانژوادم) مراجعه کننده به کلینیک های روانپریشکی و پزشکی، در سطح شهر مشهد، در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه آماری پژوهش شامل ۲۴ نفر از بیماران روان تنی مبتلا به حساسیت پوستی بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. سپس، از مودنی ها به دو گروه ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفت. معیارهای ورود به طرح پژوهشی عبارتند از: دارای جنسیت زن، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال، مراجع هنگام دریافت این درمان، درمان روانشناختی دیگری دریافت نکنند و درمان های روانشناختی پیشین را باید تا یک ماه پیش از ورود به درمان به اتمام رسانده باشد و داوطلب شرکت در طرح درمان باشد.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه نشانگان بالینی DAS-۲۱

پرسشنامه نشانگان بالینی DAS-۲۱: این پرسشنامه توسط ه آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) تدوین و مورد تحلیل عملی قرار گرفت. هر یک از خرده مقیاس های داس-۲۱ شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال های مربوط به آن به دست می آید. هر سوال از صفر (اصلا در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملا در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس ها باید ۲ برابر شود. سپس با مراجعه به جدول شماره ۲ می توان شدت علایم را مشخص کرد (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵، به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). خرده مقیاس ها شامل افسردگی (۳-۵-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷-۲۱)؛ اضطراب (۲-۴-۷-۹-۱۵-۱۹-۲۰)؛ و استرس (۱-۶-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸) می باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود.

پرسشنامه فرم کوتاه خودکنترلی تانجی

پرسشنامه فرم کوتاه خودکنترلی تانجی: این پرسشنامه شامل ۱۳ گویه می‌باشد که از فرم ۳۶ سؤالی آن اقتباس شده است. نمره فرد هرچه بالاتر باشد نشان‌دهنده خودکنترلی بهتر فرد می‌باشد. نمره گذاری این مقیاس به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ تا ۵ و گزینه‌های آن از "همیشه در مورد من صدق می‌کند" تا "به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند" می‌باشد. همچنین برخی از سؤالات بصورت معکوس نمره گذاری می‌شوند (تانجی، بلمیستر و بون، ۲۰۰۴). تانجی و همکاران (۲۰۰۴) آلفای کرونباخ فرم ۳۶ سؤالی را در دو نمونه تحقیقی خود ۰/۸۹ و در فرم ۱۳ سؤالی ۰/۸۳ و ۰/۸۵ گزارش نموده‌اند. در پژوهش ریدر و همکاران (۲۰۱۱) دو خرده مقیاس خودکنترلی اولیه و منع کننده برای این نسخه در نظر گرفته شد. سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹ و ۱۲ مربوط به خرده مقیاس منع کننده و سؤالات ۳، ۱۰، ۱۱ و ۱۳ مربوط به خودکنترلی اولیه و سؤالات ۴، ۷ و ۸ گویه‌های طبقه بندی نشده هستند. در تحقیق ماردیور و همکاران (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ خرده مقیاس خودکنترلی منع کننده و اولیه به ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۶۷ می‌باشد.

یافته‌ها:

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون

انحراف معیار	میانگین	حداکثر نمره	حداقل نمره	تعداد	آزمون	
۴,۰۱	۱۳,۱۰	۱۸	۷	۱۲	پیش آزمون	مؤلفه اضطراب
۳,۶۵	۹,۰۸	۱۳	۴	۱۲	پس آزمون	گروه آزمایشی
۳,۸۶	۱۲,۷۵	۱۸	۷	۱۲	پیش آزمون	مؤلفه افسردگی
۳,۴۱	۱۰,۰۰	۱۵	۵	۱۲	پس آزمون	گروه آزمایشی
۲۴,۳۲	۹۰,۷۵	۱۲۷	۴۹	۱۲	پیش آزمون	مؤلفه خود کنترلی
۲۹,۴۱	۱۱۳,۶۷	۱۴۲	۶۷	۱۲	پس آزمون	گروه آزمایشی
۳,۶۱	۱۳,۱۷	۲۰	۷	۱۲	پیش آزمون	مؤلفه اضطراب
۳,۶۶	۱۳,۰۲	۲۰	۸	۱۲	پس آزمون	گروه کنترل
۳,۷۰	۱۲,۶۷	۱۸	۷	۱۲	پیش آزمون	مؤلفه افسردگی
۳,۴۵	۱۲,۲۵	۱۹	۸	۱۲	پس آزمون	گروه کنترل
۲۴,۷۶	۹۰,۵۰	۱۳۵	۴۹	۱۲	پیش آزمون	مؤلفه خودکنترلی
۲۶,۴۰	۹۲,۱۳	۱۳۷	۴۳	۱۲	پس آزمون	گروه کنترل

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میزان اضطراب گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۳,۱۰ بدست آمد که این میزان در پس‌آزمون (بعد از اعمال مداخله) به ۹,۰۸ کاهش پیدا کرده است؛ میزان افسردگی گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۲,۷۵ بدست آمد که این میزان در پس‌آزمون (بعد از اعمال مداخله) به ۱۰,۰۰ کاهش پیدا کرده است و میزان خود کنترلی گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۹۰,۷۵ بدست آمد که این میزان در پس‌آزمون (بعد از اعمال مداخله) به ۱۱۳,۶۷ کاهش پیدا کرده است؛ این در حالی است که این مؤلفه‌ها در گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت محسوسی نکرده است.

جدول ۲. خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره

اثرات	لانداى ويلكز	F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
افسردگی	۰/۳۵۶	۱۳/۸	۳	۲۹	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۴۱۱	۱۵/۷	۳	۲۹	۰/۰۰۱
استرس	۰/۳۴۹	۱۷/۱۲	۳	۲۹	۰/۰۰۱
خود کنترلی	۰/۴۰۰	۱۶/۴۳	۳	۲۹	۰/۰۱

چنانکه اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد، شاخص لانداى ويلكز در سطح ۰/۰۰۱ برای هر چهار متغیر وابسته (افسردگی، اضطراب، استرس و خودکنترلی) معنی دار است. به عبارت دیگر می‌توان ادعا کرد که در مجموع، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد؛ بنابراین درمانگری شناختی رفتاری واحدپدازه ای بر نشانگان بالینی و خود کنترلی بیماران روان تنی مبتلا به حساسیت پوستی اثربخش است.

جدول ۳. میانگین های تعدیل شده اضطراب، افسردگی، خود کنترلی با آزمون بن فرونی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۹۵ درصد اطمینان	
			حد بالا	حد پایین
اضطراب گروه آزمایشی	۹,۳۱	.۳۲۴	۹,۹۸	۸,۶۶
افسردگی گروه آزمایشی	۱۰,۹۰	.۵۱۸	۱۱,۹۷	۹,۸۲
خود کنترلی گروه آزمایش	۹,۳۱	.۳۲۴	۹,۹۸	۸,۶۶
اضطراب گروه کنترل	۱۲,۷۷	.۳۲۴	۱۳,۴۴	۱۲,۰۹
افسردگی گروه کنترل	۱۳,۹۳	.۵۱۸	۱۵,۰۰	۱۲,۸۵
خود کنترلی گروه کنترل	۱۲,۱۱	.۳۵۶	۱۲,۸۶	۱۱,۳۷

مجموع مجذورات متغیر مستقل برابر ۷۱,۴۷ می باشد که منجر به اندازه آزمون F ۵۶,۷۴ می شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است و مجموع مجذورات متغیر مستقل برابر ۳۴,۷۹ می باشد که منجر به اندازه آزمون F ۱۱,۰۵ می شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. همچنین، مجموع مجذورات متغیر مستقل برابر ۲۷,۸۳ می باشد که منجر به اندازه آزمون F ۱۸,۲۸ می شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، بین دوگروه کنترل و آزمایش در میزان اضطراب، افسردگی و خود کنترلی حتی بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی دار می باشد.

بحث و نتیجه گیری:

این یافته‌ها با نتایج پژوهش های هیوت و فلت (۲۰۱۵)(۱۳)؛ سارکوا (۲۰۱۳)(۱۴)؛ گالا (۲۰۱۱)(۱۵)؛ بکر و همکاران (۲۰۱۲)(۱۶) هماهنگ و همسو می باشد.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پرده‌ای بر نشانگان بالینی و خود کنترلی بیماران روان تنی مبتلا به حساسیت پوستی با توجه به نتایج داده ها باید چنین گفت که براساس نظریه چیو و همکاران (۲۰۰۸) که معتقدند تغییرات شناختی بر اثر مداخله درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری واحد پرده‌ای، آزمودنی ها را قادر می‌سازد تا تجربه‌های موجود را از منظری متفاوت و مرتبط با فضاهای مختلف بنگرند. این آگاهی لزوماً باعث ایجاد نگرش در افراد نمی‌شوند، بلکه شیوه نوینی در مشاهده تجارب شناختی ایجاد می‌کنند که آن ها به وسیله آن می‌توانند از تجارب خود آگاهی یابند. به این ترتیب، فرد قادر خواهد بود به تعریف بهتری از خود دست یابد و مشکل به عنوان یک تجربه فراگیر تلقی شده و با روش مناسبی به حل آن پردازد و می‌تواند به طور موثری باعث کاهش نشانگان بالینی شود (۱۷).

بیماران روان تنی نوعی خود اشتغالی ذهنی همراه با افکار نگران کننده و منفی دارند که با خود کم انگاری و تردید درباره توانایی‌های خود مشخص می‌شود و اغلب به ارزیابی شناختی منفی، هیجان های منفی و واکنش فیزیولوژیک نامطلوب آنان می‌انجامد (۱۸) از آنجا که در درمان ذکر شده، به اصلاح ادراکات و تصورات نادرست فرد از تهدید یا موقعیت آسیب‌زا پرداخته می‌شود، علایم روان تنی در بیماران کاهش می یابد (۱۹). همینطور، در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پرده‌ای بر تنظیم هیجانی باید ذکر نمود که تنظیم هیجانی، به فرایندهایی که بوسیله آن ما چه موقع و چه هیجاناتی را تجربه کنیم و چگونه آنها را بیان کنیم، اشاره دارد به نوعی به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (۲۰).

در رویکردهای درمانی شناختی- رفتاری به درک نقش شناخت در کنترل هیجان و رفتار افراد توجه ویژه می‌شود. در حقیقت، رویکردهای شناختی- رفتاری بیان می‌دارند که این رویدادها نیستند که موجب مشکلات روان شناختی می‌شوند، بلکه شیوه تفسیر آنها باعث بروز مشکلات می‌شود. بر همین مبنا، درمانگری‌های شناختی- رفتاری با معنایی که افراد به تجربه‌های خود می‌دهند سروکار دارند و مبتنی بر فنون شکل‌دهی رفتار و تغییر باورهای سازش نیافته هستند و برای ایجاد تغییرهای پایدار رفتاری لازم است که در باورهای شخص نیز تغییر ایجاد شود (۲۱).

References:

- Durana, C (۲۰۱۴) The use of bonding and emotional expressiveness in the PAIRS training: Psychoeducational approach approach for couples. **Journal of family psychotherapy**, ۵(۲), ۶۵-۸۱.
- Falciglia, A. (۲۰۱۰). Impact of PAIRS Essentials Marriage Education With LowIncome Couples. **Journal of Marital and Family Therapy**, ۲۴, ۱۴۵-۱۵۶
- Beighi MA., Bahadooran P. (۲۰۱۷). The relationship between stress of pergnancy with weghit and age of brith among infants, **Research Nurs Midwifery**; ۵(۲۶), ۲۵-۹.
- Baker, B. S., & Hoffman, C. J. (۲۰۱۵). Emotional Freedom Techniques (EFT) to reduce the side effects associated with tamoxifen and aromatase inhibitor use in women with breast cancer: A service evaluation. **European Journal of Integrative Medicine**, ۷(۲), ۱۳۶-۱۴۲.

- Sulima, M., Makara-Studzińska, M., Lewicka, M., Wiktor, K., Stawarz, B., & Wiktor, H. (۲۰۱۴). Analysis of the severity of anxiety in a group of pregnant women hospitalized for threatened premature delivery. **Polish Annals of Medicine**, ۲۱(۲), ۱۱۴-۱۱۹.
- Zlotnick, C., Capezza, N.M. Parker, D. (۲۰۱۰). an interpersonally based intervention women with intimate partner violence: a pilot study, **Arch Women Mental Health**, ۱۴:۵۵-۶۵
- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (۲۰۱۹). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, ۳۸(۵), ۵۶۷-۵۷۶.
- Field, T., Deeds, O., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Gauler, A., Sullivan, S., Wilson, D., Nearing, G.(۲۰۱۹). Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women, **Journal of Bodywork & Movement Therapies**, ۱۳, ۲۹۷-۳۰۳
- Duncan, L. G., & Bardacke, N. (۲۰۱۰). Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. **Journal of Child and Family Studies**, ۱۹(۲), ۱۹۰-۲۰۲.
- Goodman, J. H., & Tyer-Viola, L. (۲۰۱۸). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. **Journal of Women's Health**, ۱۹(۳), ۴۷۷-۴۹۰.
- Garnezy, N. (۲۰۱۸). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. **American Behavioral Scientist**, ۳۴(۹), ۴۱۶-۴۳۰.
- Nicholls, A. R., Polman, R. C., Levy, A. R., & Backhouse, S. H. (۲۰۱۷). Mental toughness, optimism, pessimism, and coping among athletes. **Personality and Individual Differences**, ۴۴(۵), ۱۱۸۲-۱۱۹۲.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (۲۰۱۵). Dimensions of Perfectionism in Unipolar Depression. **Journal of Abnormal Psychology**, ۱۰۰, ۱, ۹۸-۱۰۱.
- Sarkova M, Bacilkova-Sleskova M, Orosova O, Madarasova Geckova A, Katreniakova Z, Klein D, et al.(۲۰۱۳) Associations between assertiveness, psychological well-being, and self-esteem in adolescents. **J Appl Soc Psychol**; ۴۳(۱): ۱۴۷-۵۴.
- Galla MB, Wood JJ, Chiu WA, Langer AD, Jacobs J, Ifekwunigwe M, et al.(۲۰۱۱) One year follow-up to modular cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric anxiety disorders in an elementary school setting. **Child Psychiatr Hum Dev**; ۴۳(۲): ۲۱۹-۲۶
- Becker M, Becker D, Ginsburg S. Modular(۲۰۱۲) cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A closer look at the use of specific modules and their relation to treatment process and response. **School Ment Health**; ۴(۴):۲۴۳-۵۳.
- Cho, Hun Ju, Kwon, Jung Hye, Lee, Jeong Jae (۲۰۰۸). Antenatal Cognitive behavioral Therapy for Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Study. **Yonsei Medical Journal**, ۴۹(۴):۵۵۳-۵۶۲.
- Dimitrovsky, L., Levy-Shiff, R., Schattner-Zanany, I.(۲۰۱۲) Dimensions of Depression and Perfectionism in Pregnant and Nonpregnant Women: Their Levels and Interrelationships and Their Relationship to Marital Satisfaction, **the Journal of Psychology**, ۱۳۶(۶), ۶۳۱-۶۴۶.

- DeMaria, R., & Hannah, M. T. (۲۰۱۳). **Building intimate relationships: Bridging treatment, education, and enrichment through the PAIRS program**. Routledge.
- Durana, C (۲۰۱۴) The use of bonding and emotional expressiveness in the PAIRS training: Psychoeducational approach approach for couples. **Journal of family psychotherapy**, ۵(۲), ۶۵-۸۱.
- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., & Rådestad, I. (۲۰۱۵). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. **Archives of Womens Menaa Healthh** ۸(۲), ۹۷-۱۰۴.

