

## The Effectiveness of Cognitive-Analytic Therapy on Acute Stress Disorder Syndrome and Dissociative Experiences in Traffic-Related Injuries

Article Info	Abstract
<p><b>Authors:</b> Azadeh Rezayatizadeh<sup>1*</sup>, Sahar Hayatloo<sup>2</sup>, Shokooh Gholipour<sup>3</sup></p>	<p><b>Purpose:</b> The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-analytical therapy on acute stress disorder syndrome and dissociative experiences of traffic-related injuries.</p> <p><b>Methodology:</b> The research was quasi-experimental with pre-test, post-test and control group design. All the injured in traffic accidents referred to the orthopedic and trauma wards of Haft-e-Tir Hospital formed the research community. Thirty patients with inclusion criteria were selected by the available method and were randomly assigned to the experimental and control groups. Data were collected in addition to the Mississippi Traumatic Stress and Dissociative Experiences Scale. The intervention group received the treatment plan for 16 sessions in 1 hour weekly sessions but the control group did not receive this program. Data were analyzed by t-test (independent and paired) and multivariate analysis of covariance.</p> <p><b>Findings:</b> Cognitive-analytical program has been effective in reducing the score of acute stress disorder and its dimensions in the subjects of the intervention group (<math>P &lt; 0.05</math>). There was a significant difference between the mean scores of dissociative experiences of the two groups in the post-test period (<math>P &lt; 0.05</math>).</p> <p><b>Conclusion:</b> Research findings indicate the effectiveness of this emerging treatment method. It seems that due to the combination of treatment and the active role of the patient in it, it is more suitable for patients with trauma and stressor-related disorder.</p>
<p><b>Keywords:</b> Cognitive-Analytic Therapy, Acute Stress Disorder, Dissociative Experiences, Injuries</p>	
<p><b>Article History:</b> Received: 2021-08-25 Accepted: 2021-11-17 Published: 2021-11-21</p>	
<p><b>Correspondence:</b> Email: rezayatizadeh.a.2021@gmail.com</p>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. PhD Student, Department of psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (Corresponding Author).</li><li>2. PhD Student, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.</li><li>3. MA, Department of Family Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.</li></ol>	

## اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر نشانگان اختلال استرس حاد و تجارب تجزیه‌ای در

## مصدومین حوادث جاده‌ای

آزاده رضایتی‌زاده<sup>۱\*</sup>، سحر حیاتلو<sup>۲</sup>، شکوه قلی‌پور<sup>۳</sup>

## چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر نشانگان اختلال استرس حاد و تجارب تجزیه‌ای مصدومین حوادث جاده‌ای انجام شد.

**روش:** پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه بود. تمامی مصدومین حوادث رانندگی مراجعه‌کننده به بخش‌های ارتوپدی و ترومای بیمارستان شهدای هفتم تیر جامعه پژوهش را تشکیل دادند. تعداد ۳۰ بیمار واجد ملاک‌های ورود به پژوهش با روش در دسترس انتخاب و به‌شیوه تصادفی‌سازی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارش شدند. گردآوری داده‌ها علاوه بر چک لیست اطلاعات دموگرافیک با مقیاس می‌سی‌سی‌پی (Norris & Reed, 1997) و مقیاس تجارب تجزیه‌ای (Bernstein & Putnam, 1986) انجام شد. گروه مداخله برنامه شناختی-تحلیلی را طی ۱۶ جلسه به‌صورت جلسات هفتگی ۱ ساعته دریافت نمودند اما گروه گواه این برنامه را دریافت نکرد. داده‌ها با آزمون‌های t (مستقل و زوجی) و تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** برنامه شناختی-تحلیلی بر کاهش نمره اختلال استرس حاد ( $F=۳۶/۰۲$ ،  $\text{Eta}=۰/۶۴$  و  $P<۰/۰۵$ ) و مؤلفه‌های آن (خاطرات رخنه‌کننده، مشکل در ارتباط بین‌فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و احساس افسردگی) در آزمودنی‌های گروه مداخله اثربخش بوده است. بین میانگین نمره تجارب تجزیه‌ای دو گروه نیز در دوره پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری بود ( $F=۲۳/۱۲$ ،  $\text{Eta}=۰/۶۱$  و  $P<۰/۰۵$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاکی از کارایی این شیوه درمانی نوظهور است. به‌نظر می‌رسد به‌علت تلفیقی بودن درمان و نقش فعال بیمار در آن برای مبتلایان به اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس‌زا مناسب‌تر است.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی-تحلیلی، استرس حاد، تجارب تجزیه‌ای، حوادث جاده‌ای

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

۱. دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۳. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

## مقدمه

هر ساله بروز حوادث متعدد رانندگی در جاده‌ها و تصادفات بیش از حد عده زیادی را به کام مرگ کشانده و هزاران تن را مصدم و خانواده‌ها و افراد بسیار زیادی را دچار عوارض جسمانی و روانی می‌سازد (روکت، کاین، کانری و نولت، ۲۰۲۱؛ سوفیا<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). حوادث رانندگی مسبب ابتلای به ناتوانی و مرگ‌ومیر بسیار زیادی بوده و بدون مداخلات مناسب همچنان سومین علت مرگ‌ومیر و بیماری در سراسر جهان و بالاخص در ایران می‌باشد (رحمانیان، رحمانیان، زاهدی، منصوریان و خوب‌فکری، ۲۰۲۱). با این وجود تاکنون بیشترین توجه سامانه‌های بهداشتی و سایر سازمان‌های مرتبط به کاهش پیامدهای جسمانی این حوادث متمرکز بوده و از آثار روانی تابعه آن غفلت شده است (روکت و همکاران، ۲۰۲۱؛ رحمانیان و همکاران، ۲۰۲۱).

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در بین بازماندگان ناشی از حوادث استرس‌زا، آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های روانی و اقدام به خودکشی بالا می‌باشد (ایشیدا، کواهارا، شیباهاشی، اوکارا، سوگاما، یوشیمورا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ لئونارد، چاریاو-پیرت، دباتی، بلی، ریکارد، سانچز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). از جمله شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی در بین مصدومان تصادفات جاده‌ای، اختلال استرس حاد<sup>۴</sup> با میانگین بروز سالانه ۸/۴ الی ۱۳/۷ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد (لی، لی، چئونگ، لیم، جو، کیم<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). به‌عنوان مثال، الطاف<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۲۱) در کشور پاکستان نشان دادند از ۵۹ مصدوم تصادف، ۳۲ نفر با دامنه سنی ۱۸ الی ۴۰ سال دارای علائم اختلال استرس حاد تشخیص داده شده‌اند. این اختلال بر مبنای ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۷</sup> به‌صورت واکنش‌های حاد روان‌شناختی در برابر رویدادهای سانحه‌آمیز شدید با طول دوره ۳ روز الی ۱ ماه و با سه علامت عمده‌ی تجربه‌ی مجدد، اجتناب و بی‌احساسی، و بیش‌انگیزگی تعریف شده است (موردننو، گالمیت، فیرولانو و سیندای<sup>۸</sup>، ۲۰۲۱)، که علاوه بر پایین آوردن کیفیت زندگی فرد مبتلا و افزایش علائم بیماری‌های روان-تنی، می‌تواند با پیامدهای سنگین بهداشتی و اجتماعی همراه باشد (وانگ، دوان، پنگ، لی، اویو، ویلسون<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ لیفبور، فورتین و گیلوای<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۱).

نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد تجزیه، مکانیسم بیماری‌زایی اصلی در جمعیت‌های بالینی با تجربه تروما به‌ویژه اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس‌زا<sup>۱۱</sup> می‌باشد (مارسدون، لونگدن، پری، موریسون و وارس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۱؛ بلایر، کرسافو، دیلگادو، بورباک، گونزالز و ویکر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۱). تجارب تجزیه‌ای<sup>۱۴</sup> معمولاً از بین رفتن طبیعی ارتباط چندگانه فرایندهای ذهنی مثل افکار، احساسات و تجارب در سطح هوشیاری و حافظه در نظر گرفته می‌شود. ویژگی بارز در تجارب تجزیه‌ای، اجتناب شناختی از خاطرات می‌باشد که مانع از دسترسی به منابع هیجانی پریشان‌کننده از رویدادهای خاص می‌شود (کایت، جامایسون، دورای و میدلتون<sup>۱۵</sup>، ۲۰۲۱). اگرچه تغییر در هوشیاری به شکل حالت تجزیه‌ای ممکن است در لحظه بی‌پناهی کامل ارزش انطباقی داشته باشد، تداوم این وضعیت پس از کنار رفتن خطر موجب ناسازگاری خواهد شد (کایت و همکاران، ۲۰۲۱).

در راستای درمان اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس‌زا اغلب مطالعات درمانی در مورد بررسی اثرات ترکیبی دارو درمانی با انواع روان‌درمانی‌ها به‌ویژه درمان شناختی-رفتاری در کنترل علائم و آثار جانبی این اختلالات بوده است. اگرچه

1. Rockett, Caine, Connery & Nolte

2. Sophiya

3. Ishida, Kuwahara, Shibahashi, Okura, Sugiyama & Yoshimura

4. Léonard, Charriau-Perret, Debaty, Belle, Ricard & Sanchez

5. Acute stress disorder

6. Lee, Lee, Cheong, Lim, Jo & Kim

7. Altaf

8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)

9. Mordeno, Gallemit, Ferolino & Sinday

10. Wang, Duan, Peng, Li, Ou & Wilson

11. Lefebvre, Fortin & Guay

12. Trauma and stressor-related disorder

13. Marsden, Longden, Parry, Morrison & Varese

14. Blihar, Crisafio, Delgado, Buryak, Gonzalez & Waechter

15. Dissociative experiences

16. Kate, Jamieson, Dorahy & Middleton

ترکیب درمان‌های مذکور، موفق به کسب پیشرفت‌هایی در زمینه کاهش علائم مبتلایان شده است اما همچنین، انگیزه بالایی برای پژوهش به‌منظور دستیابی به روش‌های درمانی مؤثرتر برای این مبتلایان وجود دارد (اینگراث، لوئیس، لامبارث، استوکینگ، دافی، جیلن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ میشل، بوگنشات، لیلینشتاین، هاریسون، کلایمن، پارکر-گلبرت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). از طرفی، مقاومت بالا و عدم تمایل بیمار در مواجهه با افکار مرتبط با حادثه در طی درمان شناختی-رفتاری، عدم بینش‌یابی عمیق نسبت به ماهیت اختلال و عود مجدد علائم نیاز به دستورالعمل‌های درمانی مؤثر و مبتنی بر شواهد، برای مدیریت بهتر این اختلال را برجسته می‌سازد (دورن، کارس، ویانا، آرایوگو، دیل-ریل، سیلوا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). براین اساس یکی از روش‌های درمانی که در این امر می‌تواند راهگشا باشد، درمان شناختی-تحلیلی<sup>۴</sup> است. این درمان به‌عنوان یکی از درمان‌های کوتاه‌مدت به ارائه بینش در ارتباط با خطاهای شناختی می‌پردازد، سپس فرد شروع به تغییر با هدف دستیابی به راهبردهای سازنده‌تر و هدایت افکار می‌کند. این درمان برای افرادی که کار گرفته می‌شود که هم تمایل دارند مهارت‌های مؤثر را برای درک بیماری‌شان یاد بگیرند و هم سلامتی و بهبودی خود را حفظ و یا بهبود بخشند (هامیلتون، ساکسون، بست، گلور، والترس و کر<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱؛ ویکفیلد، دیلگادیلو، کلیت، وایت و هایپل<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱).

پژوهش‌های بسیاری اثربخشی این درمان را در کاهش شدت علائم و بهبود شاخص‌های سلامت در طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی از قبیل اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلالات روان‌پریشی و روان-تنی نشان داده است (هامیلتون و همکاران، ۲۰۲۱ و ویکفیلد و همکاران، ۲۰۲۱). وجود شواهد قوی از اثربخشی این مداخله روان‌شناختی، پیشنهاد مطالعات قبلی به انجام بررسی بیشتر و معضلات روان‌درمانی‌های موجود در درمان علائم اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس‌زا بر ضرورت انجام این مطالعه می‌افزاید. همچنین، عدم بررسی این مدل درمانی در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد در ایران خلاء دیگری است که با این مطالعه می‌تواند پر گردد و نتیجه چنین مطالعه‌ای به‌عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر و نیز طراحی مداخلات متناسب جهت بهبود وضعیت روانی این بیماران گردد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی-تحلیلی بر نشانگان اختلال استرس حاد و تجارب تجزیه‌ای در مصدومین حوادث جاده‌ای انجام شد.

## روش

این پژوهش، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مصدومین حوادث رانندگی بوده که در روزهای پنجم الی هشتم بعد از تصادف رانندگی و در بخش‌های ارتوپدی و ترومای مرکز آموزشی-درمانی شهدای هفتم تیر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال بستری بودند. پس از مطالعه پرونده بیماران ۴۳ نفر از مصدومینی که براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر مبنای ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و با نظر روان‌پزشک دارای علائم اختلال استرس حاد بودند، انتخاب شدند. سپس به افراد واجد ملاک‌های ورود به مطالعه جهت مراجعه مجدد در ۱ ماه بعد از تصادف معرفی نامه داده شد و مقرر گردید که به اتاق روان‌پزشک بیمارستان مراجعه کنند تا نمونه‌ها مجدداً از نظر علائم اختلال استرس حاد ارزیابی شوند. جهت امکان پیگیری دقیق‌تر و یادآوری زمان مراجعه نیز از بیماران آدرس محل سکونت و شماره تلفن اخذ شد. در مرحله بعد از بین ۳۶ نفر مراجعه کننده مجدد از تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی‌سازی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند (نمودار ۱ کانسورت).

با توجه به این که در تحقیقات آزمایشی معمولاً از نمونه‌های ۱۵ نفری برای هر گروه استفاده می‌کنند (سعدی‌پور، ۱۳۹۹)، در این مطالعه نیز حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. گروه آزمایش تحت ۱۶ جلسه به‌صورت هفتگی و هر جلسه به‌مدت ۶۰ دقیقه در یکی از اتاق‌های مرکز آموزشی-درمانی شهدای هفتم تیر توسط متخصص آموزش دیده قرار گرفت. برنامه

1. Illingworth, Lewis, Lambarth, Stocking, Duffy & Jelen

2. Mitchell, Bogenschutz, Lilienstein, Harrison, Kleiman & Parker-Guilbert

3. Duran, Corchs, Vianna, Araújo, Del Real & Silva

4. Cognitive-analytic therapy

5. Hamilton, Saxon, Best, Glover, Walters & Kerr

6. Wakefield, Delgado, Kellett, White & Hepple

درمانی شناختی-تحلیلی مطابق با پروتکل درمانی تدوین شده توسط رایلی و کر<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) استفاده شد. در این مدت گروه گواه هیچ نوع مداخله درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار (انتظار درمان) قرار داده شدند تا در پایان برنامه درمانی و در صورت مؤثر سودمند بودن، آن‌ها نیز تحت برنامه درمانی مذکور قرار بگیرند. خلاصه محتوای برنامه مداخلاتی به روش درمان شناختی-تحلیلی در جدول ۱ ارائه شده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت (مذکر)، دامنه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال، توانایی برقراری ارتباط، رضایت جهت شرکت در پژوهش، تشخیص اختلال استرس حاد براساس نظر متخصص روان‌پزشکی و با توجه به نمره اکتسابی در ابزارهای مورد استفاده و عدم دریافت هر گونه برنامه درمانی دیگر قبل و در حین اجرای پژوهش و برخورداری از سواد خواندن و نوشتن بود. همچنین، ملاک‌های خروج از پژوهش عدم همکاری و غیبت بیش از یک جلسه از شرکت در برنامه درمانی، تروما به مغز و طناب نخاعی (از روی تشخیص پزشک در پرونده بیمار)، سابقه بیماری مزمن قلبی و سابقه اختلال روانی (طبق اظهارات بیمار) بود. در خصوص رعایت نکات اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به صورت کلی به آزمودنی‌ها اطمینان لازم داده شد. پس از اخذ موافقت و رضایت‌نامه کتبی مرحله پیش‌آزمون انجام شد و مرحله پس‌آزمون نیز پس از خاتمه برنامه درمانی انجام گرفت. در این پژوهش علاوه بر چک لیست اطلاعات دموگرافیک، از مقیاس می‌سی‌سی‌پی و مقیاس تجارب تجزیه‌ای استفاده شده است. اطلاعات مربوط به هر یک از ابزارهای پژوهش در زیر ارائه شده است. مقیاس می‌سی‌سی‌پی<sup>۲</sup> به منظور سنجش اختلالات استرس حاد و پس‌آسیمی در سال ۱۹۹۷ توسط نوریس و رید<sup>۳</sup> تدوین و دارای ۳۹ پرسش با چهار مؤلفه خاطرات رخنه کننده، مشکل در ارتباط بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و احساس فقدان و افسردگی است. نمره‌گذاری مقیاس به شیوه لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافق = نمره ۵ تا کاملاً مخالف = نمره ۱) انجام می‌شود. در این مقیاس حداقل نمره اکتسابی ۳۹ و حداکثر آن ۱۹۵ است. این مقیاس دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی است. سازندگان مقیاس، اعتبار بازآزمایی ۰/۹۷، ثبات درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۴، حساسیت ۰/۹۳ و کارایی ۰/۹۰ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند (نوریس و پرلا<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶). در ایران اعتبار مقیاس براساس همبستگی درونی ۰/۹۲، روش دونیمه کردن ۰/۹۲ و براساس آزمون مجدد با فاصله یک هفته ۰/۹۱ گزارش شده است (بشرپور، امانی و نریمانی، ۱۳۹۸).

مقیاس تجارب تجزیه‌ای<sup>۵</sup> به منظور سنجش فراوانی تجارب گسستگی در سال ۱۹۸۶ توسط برنشتاین و پاتنام<sup>۶</sup> تدوین و دارای ۲۸ پرسش با سه مؤلفه گسست از خویشتن و واقعیت، فراموشی تجزیه‌ای، و تخیل و جذب است. نمره‌گذاری مقیاس به شیوه لیکرت ۱۰ درجه‌ای (هرگز = نمره صفر تا همیشه = نمره ۹) انجام می‌شود. در این مقیاس حداقل نمره اکتسابی صفر و حداکثر آن ۲۵۲ است. سازندگان مقیاس، همسانی درونی آن را ۰/۷۰، پایایی بازآزمایی ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (احمدی، گودرزی و کاظمی رضایی، ۱۴۰۰). به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، آزمون‌های آماری تی (مستقل و زوجی) و آنالیز کوواریانس چندمتغیری با SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

1. Ryle & Kerr

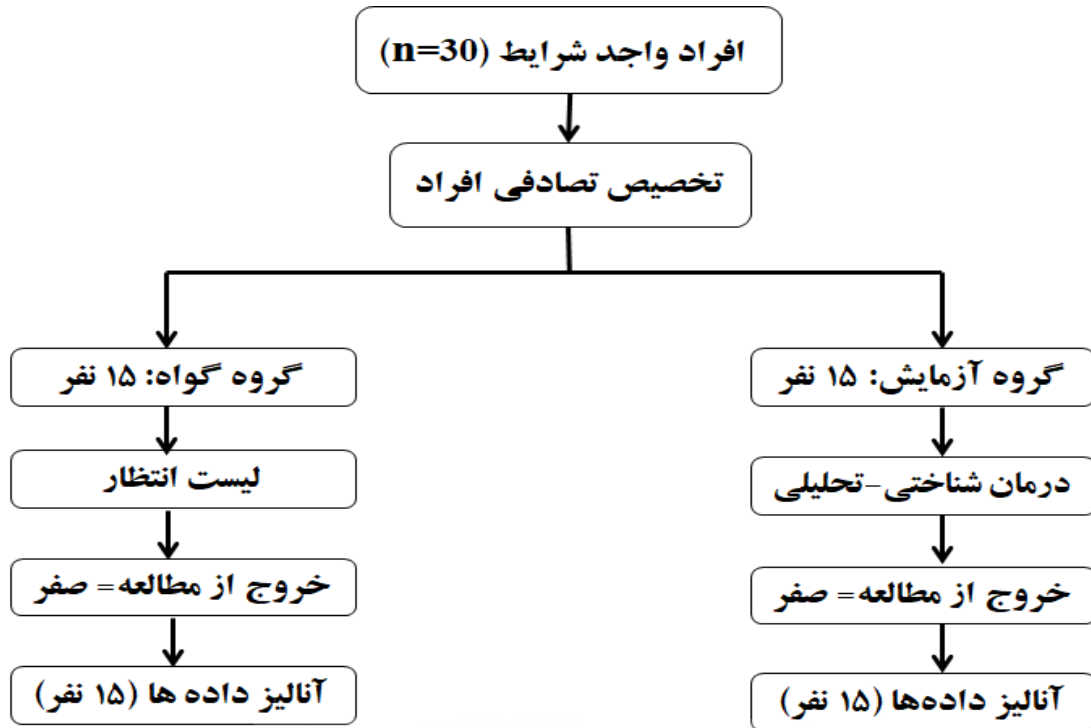
2. Mississippi Traumatic Stress Scale

3. Norris & Reed

4. Perilla

5. Dissociative Experiences Scale

6. Bernstein & Putnam



شکل ۱- نمودار کانسورت مطالعه و روند مشارکت بازماندگان حوادث جاده‌ای

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-تحلیلی

خلاصه محتوای جلسات مداخله

جلسه یکم و دوم: اتحاد و تفاهم درمانی، جمع‌آوری سابقه و شرح حال بیمار، ایجاد فهرستی از مشکلات اصلی (فهرستی از مشکلات آماج)، ارائه درکی از درمان شناختی-تحلیلی و چگونگی کارکرد آن به بیمار.

جلسه سوم و چهارم: بررسی واکنش بیمار به برنامه صورت‌بندی و تعدیل صورت‌بندی مشکل براساس اظهارنظر آزمودنی، تعیین اهداف درمانی، تدوین فرمول‌بندی نهایی براساس علائم و نشانگان بالینی.

جلسه پنجم و ششم: بازشناسی وقایع آشکار ساز رفتار و افکار ناکارآمد، شناسایی نقاط ضعف و قوت آزمودنی، آغاز عملیات شناسایی روندهای ناسازگار متوالی و نقش‌های متقابل ناسازگار با کمک درمانگر.

جلسه هفتم و هشتم: تدوین فهرستی جهت شناسایی روندهای ناسازگار متوالی با همکاری آزمودنی، شناسایی دقیق روندهای ناسازگار رخ داده در طول جلسه درمان و استفاده از آن‌ها به‌عنوان وسیله‌ای برای تغییر و یادگیری، پیش‌بینی دقیق فرایند انتقال احساسات و انتقال متقابل.

جلسه نهم و دهم: بازبینی و بازشناسی روندهای ناسازگار اکتسابی قدیمی توسط فرد بیمار، بهبود توانایی بیمار در شناسایی رویه‌های متوالی ناسازگار و نقش‌های متقابل، آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد خلق‌و‌خو و بیش‌برانگیختگی و اصلاح آن‌ها، کمک به بیمار برای فهم اینکه هر یک از رفتارهای ناکارآمد وی در کجای دیگرام قرار دارد و افزایش آگاهی از چرخه نشخوار با حادثه.

جلسه یازدهم و دوازدهم: تجدیدنظر رویه‌ای براساس شناخت تأثیر هیجانات و رفتارهای بیمار بر علائم و رفتارهای مرتبط با استرس حاد، آگاهی از نحوه استمرار الگوها و طرح‌واره‌های قدیمی مرتبط با نشانگان استرس حاد و تجرب فراموشی و اجتناب، تحلیل روندهای ناسازگار و مشخص کردن جایگاه این روندها در دیگرام.

جلسه سیزدهم و چهاردهم: کمک به بیمار برای رفتار کردن به شیوه‌ای جدید و اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی بیمار، استفاده از فنون تقویتی گوناگون در جهت تسریع تغییرات و بهبودی (ارائه تقویت، ایفای نقش و تفکر در مورد ایده‌های جدید و آموزش حل مسأله)، کمک به بیمار برای کسب بینش نسبت به چگونگی تأیید و تثبیت هیجانی و اصلاح نقش‌های بین‌فردی.

جلسه پانزدهم و شانزدهم: تجدیدنظر رویه‌ای براساس بینش‌افزایی و آگاهی بیمار از مسیر تکاملی مشکلات در جهت کاهش علائم استرس حاد، افزایش مهارت‌های سازگاری هیجانی و مدیریت رفتارهای خود در محیط خارج از درمان و خلاصه‌سازی درمان.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه مداخله برابر با  $4/22 \pm 35/68$  و گروه گواه برابر با  $3/96 \pm 35/42$  سال بود. نتایج حاصل از آزمون مجذور کای در جدول ۲ حاکی از آن است که بین آزمودنی‌های دو گروه مداخله و گواه از نظر جنسیت، وضعیت تأهل و اشتغال، تحصیلات و موقعیت تصادف تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی مصدومین حوادث جاده‌ای

سطح معنی‌داری	گروه مداخله		متغیر
	گروه گواه	گروه مداخله	
	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	
*0/078	۶۰ (۹)	۵۴ (۸)	مذکر
	۴۰ (۶)	۴۶ (۷)	مؤنث
*0/131	۵۴ (۸)	۶۷ (۱۰)	متأهل
	۴۶ (۷)	۳۳ (۵)	مجرد
*0/306	۵۴ (۸)	۶۰ (۹)	شاغل
	۴۶ (۷)	۴۰ (۶)	بیکار
*0/127	۴۰ (۶)	۳۳ (۵)	دانشگاهی
	۶۰ (۹)	۶۷ (۱۰)	غیردانشگاهی
*0/253	۷ (۴)	۲۰ (۳)	راننده
	۳۳ (۵)	۴۰ (۶)	سررئسین
	۴۰ (۶)	۴۰ (۶)	عابر

تعداد در هر گروه ۱۵ نفر، نوع آزمون: مجذور کای، \* $p < 0/05$  اختلاف معنی‌دار

آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل مختلف سنجش به تفکیک در افراد دو گروه در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج آزمون تی زوجی نشان داد در گروه درمان شناختی-تحلیلی بر خلاف گروه گواه بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات متغیرهای اختلال استرس حاد ( $t = -3/586$  و  $p = 0/493$ ) و تجارب تجزیه‌ای ( $t = -0/876$  و  $p = 0/169$ ) در مصدومین حوادث جاده‌ای تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۳). همچنین، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که گروه درمان شناختی-تحلیلی و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون از نظر متغیرهای اختلال استرس حاد ( $T = -4/471$  و  $P = 0/216$ ) و تجارب تجزیه‌ای ( $T = -0/689$  و  $P = 0/512$ ) تفاوت معنی‌داری ندارند اما در مرحله پس‌آزمون دو گروه در تمامی متغیرها تفاوت معنی‌داری داشتند.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مصدومین حوادث جاده‌ای

متغیر	تعداد	گروه	پس‌آزمون		مقدار t (سطح معنی‌داری)
			انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
مؤلفه خاطرات رخنه‌کننده	۱۵ نفر	مداخله	$12/87 \pm 2/35$	$9/18 \pm 1/79$	$2/306$ (*0/001)
		گواه	$12/34 \pm 1/86$	$12/40 \pm 1/95$	$-0/1859$ ( $p > 0/05$ )
مؤلفه مشکل در ارتباط بین‌فردی	۱۵ نفر	مداخله	$13/66 \pm 3/29$	$10/52 \pm 2/19$	$4/160$ (*0/001)
		گواه	$13/72 \pm 4/03$	$13/70 \pm 3/28$	$-1/726$ ( $p > 0/05$ )
مؤلفه ناتوانی در کنترل عاطفی	۱۵ نفر	مداخله	$12/65 \pm 1/64$	$10/42 \pm 1/11$	$3/044$ (*0/001)
		گواه	$13/06 \pm 1/82$	$13/00 \pm 1/76$	$-2/518$ ( $p > 0/05$ )
مؤلفه احساس فقدان و افسردگی	۱۵ نفر	مداخله	$11/51 \pm 1/47$	$9/36 \pm 0/93$	$5/664$ (*0/001)
		گواه	$11/89 \pm 1/63$	$11/92 \pm 1/78$	$-1/897$ ( $p > 0/05$ )
اختلال استرس حاد	۱۵ نفر	مداخله	$50/69 \pm 8/75$	$39/48 \pm 6/02$	$9/273$ (*0/001)
		گواه	$51/01 \pm 9/34$	$51/02 \pm 8/77$	$-3/586$ ( $p > 0/05$ )
تجارب تجزیه‌ای	۱۵ نفر	مداخله	$31/76 \pm 7/14$	$23/52 \pm 4/33$	$4/931$ (*0/001)
		گواه	$28/11 \pm 5/18$	$27/97 \pm 3/85$	$-0/876$ ( $p > 0/05$ )

قبل از ارائه نتایج آنالیز کوواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد. نتایج آزمون نرمال بودن کلموگراف-اسمیرنف متغیرهای اختلال استرس حاد و مؤلفه‌های آن و تجارب تجزیه‌ای نشان داد که توزیع نرمال است ( $P > 0/05$ ). آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد که سطح معنی‌داری به‌دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. از این‌رو، گروه‌های مداخله و گواه از نظر پراکندگی نمرات این متغیرها و مؤلفه‌های اختلال استرس حاد در مرحله پس‌آزمون یکسان هستند. همین‌طور از طریق اثر تعاملی کورویت با متغیر مستقل، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای وابسته پژوهش در بین گروه‌ها بررسی و نتایج آزمون نمرات استرس حاد ( $F=0/175$ ،  $df=1$  و  $P=0/139$ ) و تجارب تجزیه‌ای ( $F=0/485$ ،  $df=1$  و  $P=0/274$ ) نشان‌دهنده تعامل غیرمعنی‌دار بود و نشان از همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌ها داشت.

نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مداخله و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ( $Box\ M=48/61$ ،  $F=1/89$  و  $P=0/146$ ). میزان معنی‌داری آزمون ام‌باکس از ۰/۰۵ بیشتر است، در نتیجه این مفروضه برقرار است. در ادامه نتایج آنالیز کوواریانس روی نمرات پس‌آزمون متغیرهای اختلال استرس حاد و تجارب تجزیه‌ای آزمودنی‌های گروه مداخله و گواه، با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان داد که آزمون اثر پیلایی، آزمون لامبدای ویلکز، آزمون اثر هتلینگ و آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی با  $F=65/37$  برای متغیر استرس حاد و  $F=43/54$  برای متغیر تجارب تجزیه‌ای با سطح معنی‌داری  $P < 0/05$  امکان خطای نوع دوم وجود ندارد.

یافته‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که تفاوت بین میانگین نمرات متغیر اختلال استرس حاد و مؤلفه‌های آن در مصدومین حوادث جاده‌ای برحسب عضویت گروهی (گروه درمان شناختی-تحلیلی و گروه گواه) در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد. این تفاوت برای متغیر تجارب تجزیه‌ای نیز در مصدومین حوادث جاده‌ای معنی‌دار بود. بنابراین، درمان به روش شناختی-تحلیلی تأثیر معنی‌داری بر کاهش علائم اختلال استرس حاد و تجارب تجزیه‌ای داشته است. اندازه تأثیر درمان شناختی-تحلیلی بر اختلال استرس حاد ۶۴ درصد، برای مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای بین ۶۱ الی ۷۳ درصد و برای تجارب تجزیه‌ای ۶۱ درصد بوده است، که مقدار آن قابل توجه می‌باشد. نتیجه کلی گویای آن است که مداخله به روش شناختی-تحلیلی بر بهبود وضعیت روان‌شناختی مصدومین حوادث جاده‌ای سودمند بوده است (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره تأثیر درمان شناختی-تحلیلی بر متغیرهای وابسته

متغیر	منبع اثر	df	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
خاطرات رخنه‌کننده	پیش‌آزمون	۱	۲۸/۲۵	۵/۴۸	۰/۰۲۷	۰/۱۶۱	۰/۳۷۶
	عضویت گروهی	۱	۷۱/۰۸	۸/۱۳	۰/۰۰۸	۰/۶۱۹	۰/۸۹۵
مشکل در ارتباط بین‌فردی	پیش‌آزمون	۱	۶۸/۶۲	۷/۷۸	۰/۰۱۶	۰/۱۴۹	۰/۲۶۶
	عضویت گروهی	۱	۸۲/۱۱	۹/۸۴	۰/۰۱۰	۰/۷۳۰	۰/۹۹۳
ناتوانی در کنترل عاطفی	پیش‌آزمون	۱	۴۴/۲۵	۳/۱۰	۰/۰۱۱	۰/۴۴۸	۰/۰۸۷
	عضویت گروهی	۱	۵۱/۲۹	۱۱/۱۷	۰/۰۰۶	۰/۶۸۵	۱/۰۰۰
احساس فقدان و افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۶۵/۹۰	۱۵/۱۳	۰/۰۰۹	۰/۲۷۱	۰/۴۰۷
	عضویت گروهی	۱	۷۶/۲۳	۱۹/۲۵	۰/۰۰۲	۰/۶۱۲	۰/۹۹۵
اختلال استرس حاد	پیش‌آزمون	۱	۲۳۱/۶۵	۲۳/۱۷	۰/۰۱۳	۰/۴۱۶	۰/۳۷۹
	عضویت گروهی	۱	۱۰۴۳/۵۸	۳۶/۰۲	۰/۰۰۴	۰/۶۴۳	۱/۰۰۰
تجارب تجزیه‌ای	پیش‌آزمون	۱	۱۱۹/۶۳	۰/۷۶	۰/۳۱۴	۰/۰۱۳	۰/۱۴۸
	عضویت گروهی	۱	۱۱۴۸/۳۲	۲۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵	۰/۸۸۹

### نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر نشانگان اختلال استرس حاد و تجارب تجزیه‌ای در مصدومین حوادث جاده‌ای انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که شرکت در جلسات درمان شناختی-تحلیلی بر کاهش نشانگان اختلال



استرس حاد اثربخشی داشته است. یافته حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین مانند هامیلتون و همکاران (۲۰۲۱)، ویکفیلد و همکاران (۲۰۲۱)، استیرمن، گاتنر، گامارا، سواک، ووگت، جانسون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۱) و جنینگس، سودر، داردل، شامیز و ویجانویک<sup>۲</sup> (۲۰۲۱) همسو است. همسو با یافته حاضر ریل و کر (۲۰۰۴) نشان دادند که فرمول‌بندی مستحکم، ارائه آگاهی و بینش‌افزایی نسبت به منشأ هیجانی و روانی مشکلات بیمار طی جلسات درمانی در بهبود مبتلایان به استرس و مشکلات متعدد روان‌شناختی اثربخش است. در مطالعه‌ای دیگر که توسط هامیلتون و همکاران (۲۰۲۱) صورت پذیرفته بود، نشان داده شد که ترغیب به یادآوری و بازگشایی تجارب استرس‌زا و حل و فصل آن‌ها در جلسات درمان شناختی-رفتاری نقش مؤثری در کاهش علائم استرس و مشکلات خلقی و اضطرابی دارد.

یکی از حوزه‌های تأثیرگذار درمان شناختی-تحلیلی در پژوهش حاضر، تأثیری است که بر روی کاهش اشتغالات ذهنی و سردرگمی‌های بیماران داشته است، که در مطالعه استیرمن و همکاران (۲۰۲۱) و تیلور، پری، هاتون، تان، فیشر، فوکن<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۹) نیز این مسأله در ارتباط با مبتلایان به مشکلات ناشی از اختلال استرس پس‌آسبی و روان‌پریشی تأیید گردیده و مهم‌ترین دست‌آورد آن کاهش بی‌ثباتی هیجانی و احساس ناتوانی در کنترل عواطف و خاطرات نگران‌کننده در بیماران بوده است. هدف درمان شناختی-تحلیلی، فهم و اصلاح الگوهای مزمن و محدود هیجانات، بازداری‌ها و خواسته‌ها برای پیدا کردن الگوهای عاطفی اصلی و مهم در ارتباط شخص با زندگی روزمره و پیوند آن‌ها با مشکلات در حال حاضر بیمار است. این الگوها هم از تاریخچه زندگی بیمار و هم از تعاملات اجتماعی وی مشتق می‌شود. تصویب یک نقش، خواه رفتار آشکار باشد یا رفتار درونی، همیشه انتظار برای فراخواندن واکنش متقابل را تداعی می‌سازد. شیوه نقش متقابل نشان می‌دهد که پیامد درونی‌سازی‌های اولیه، نشانه‌های میانی و تجارب بین‌فردی پایه‌ای برای همه فعالیت‌های روانی است. قوانین ناسازگارانه نقش متقابل تولید شده به‌وسیله فشارهای ناشی از نشخوار افکار مرتبط با حادثه آسیب‌زا و تعامل با افراد دیگر زندگی، یک هیجان درونی تشکیل می‌دهند که توصیف مشترک این فرایند نقش متقابل و قوانین آن‌ها و تجدیدنظر متوالی آن‌ها مرکز تمرین درمان شناختی-تحلیلی است، که همه این‌ها در مدل مذکور به‌صورت بازتدوین نوشتاری و نموداری نقشه‌بندی می‌شود و از این طریق می‌تواند علاوه بر کاهش مشکل ارتباط بین‌فردی و احساس فقدان و افسردگی، در کنترل عاطفی و شناختی نیز مؤثر بوده و منجر به کاهش علائم استرس حاد گردد.

دیگر یافته پژوهش حاضر همسو با نتایج مطالعات کلایت، بی، آدال، هیدلی و دیلگادیلو<sup>۴</sup> (۲۰۲۱) و دباشی، نجفی و رحیمیان بوگر (۱۳۹۷) حاکی از اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر کاهش تجارب تجزیه‌ای بیماران بود. تیلور و همکاران (۲۰۱۹) نیز همسو با این یافته از پژوهش، نشان دادند که درمان شناختی-تحلیل بر کاهش تجارب تجزیه‌ای افراد مبتلا به روان‌پریشی تأثیر مثبتی داشته است. در همین راستا هادی‌زاده، نوابی‌نژاد، نورانی‌پور و فرزاد (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان شناختی-تحلیلی در آزمودنی‌های مبتلا به اختلال شخصیت منجر به افزایش باورهای خودکارآمدی و کاهش مشکلات بین‌فردی شده است. مطالعه عینی، نریمانی، عطادخت، بشرپور و صادقی موحد (۱۳۹۷) نیز حاکی از تأثیر مثبت درمان شناختی-تحلیلی بر قدرت ایگو و روابط موضوعی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت این رویکرد درمانی با گذر از مقاومت بیمار از طریق ایجاد زنجیره متوالی فرایندهای ذهنی سبب نزدیک شدن بیمار به هسته زنجیره‌وار مشکلات خود می‌شود و هر آنچه در بیمار نیاز به تغییر داشته باشد، در این رویکرد درمانی برای تعدیل فراخوانده می‌شود (کلایت و همکاران، ۲۰۲۱؛ دباشی و همکاران، ۱۳۹۷). در این پژوهش درمانگر با ارائه آگاهی در زمینه خطاهای شناختی و ماهیت علائم، مراجع را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش می‌نماید. به گونه‌ای که ابتدا راه‌های این تغییر نگرش را در طی جلسات درمان به مراجعان ارائه نموده و آن‌ها می‌آموزند تا به جای اجتناب شناختی و رفتاری از تجارب حسی، فکری و هیجانی بتوانند آن‌ها را به‌عنوان بخشی از پیامدهای بیماری خود بپذیرند و سعی در اصلاح رفتاری خود داشته باشند. درمانگر در بخش شناختی به مراجع برای بالا بردن ظرفیت تفکر انتزاعی به‌منظور مشاهده فرضیات، احساسات و رفتارها کمک و در بخش تحلیلی برای شناخت فاکتورهای ناهوشیار و کشف عوامل مؤثر بر شناخت و فهم ارتباط

1. Stirman, Gutner, Gamarra, Suvak, Vogt & Johnson

2. Jennings, Soder, Wardle, Schmitz & Vujanovic

3. Taylor, Perry, Hutton, Tan, Fisher & Focone

4. Kellett, Bee, Aadahl, Headley & Delgadillo

بین درمانگر و مراجع تلاش می‌نماید. در طی جلسات هدف اصلی درمانگر پیدا کردن الگوی هیجانی اصلی بیماران از طریق تجدیدنظر رویه‌ای براساس بینش‌افزایی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت احساسات، افکار و رفتارها در ارتباط با خود و دیگران که با استرس‌ها و مسائل مشکل از بیمار در ارتباط هستند، می‌باشد که سرانجام به کاهش تجارب تجزیه‌ای از جمله اجتناب و فراموشی می‌انجامد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نداشتن دوره پیگیری، نمونه خاص این پژوهش (مصدومین حوادث جاده‌ای) و اجرای پژوهش بر فرهنگ و شهر خاص (شهر تهران) اشاره کرد. بنابراین، در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر گروه‌های جمعیتی و فرهنگی باید احتیاط گردد. عدم امکان مقایسه این روش درمانی با سایر رویکردهای درمانی محدودیت دیگری در این پژوهش می‌باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود به منظور دستیابی به نتایج دقیق‌تر در خصوص میزان تأثیر این شیوه درمانی، به مقایسه آن با سایر مداخلات مانند درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری در بیماران درگیر با علائم روانی ناشی از تجارب استرس‌زا پرداخته شود. با توجه به این‌که این رویکرد درمانی جزو رویکردهای درمانی با رویکردی التقاطی و تعاملی بین درمانگر-بیمار است که نتایج درمانی عمیق‌تر را فراهم می‌آورد، لذا برای آن گروه از درمانگران و مراجعانی که به دنبال بهبودی سریع‌تر و رسیدن به شرایط مطلوب هستند، در کلینیک‌های روان‌پزشکی و توان‌بخشی مفید است و در راستای نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش و اثرگذاری این رویکرد درمانی بر علائم اختلال استرس حاد و تجارب تجزیه‌ای، درمانگران می‌توانند از تمرینات این شیوه مداخلاتی جهت کاهش آسیب‌های روان‌شناختی مراجعان استفاده کنند.

### تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم و پرسنل بیمارستان شهدای هفتم تیر شهر تهران به دلیل فراهم نمودن شرایط اجرای پژوهش و نیز تمامی بیماران محترمی که در این پژوهش مشارکت نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## References

- Ahmadi F, Goodarzi MA & Kazemi Rezaei SA. (2021). The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) in dissociative experiences, object relations and delayed reward discounting in patients with substance use disorders and addiction. *Journal of Clinical Psychology*; 13(1):65-78. [[Link](#)] [In Persian]
- Altaf R, Shaikh MR, Memon AA, Pirya N & et al. (2021). Medico-legal cases (MLC) presented at a tertiary care center and acute symptoms of post-traumatic stress disorder among the survivors. *Pakistan Journal of Neurological Surgery*; 25(2):263-270. [[Link](#)]
- Basharpoor S, Amani SH & Narimani M. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy on improving posttraumatic symptoms and interpersonal reactivity in patients with cancer. *Archives of Rehabilitation*; 20(2):30-241. [[Link](#)] [In Persian]
- Blihar D, Crisafio A, Delgado E, Buryak M & et al. (2021). A Meta-analysis of hippocampal and amygdala volumes in patients diagnosed with dissociative identity disorder. *J Trauma Dissociation*; 22(3):365-377. [[Link](#)]
- Debashi L, Najafi M & Rahimian-Boogar I. (2018). The Effectiveness of cognitive-analytic therapy on impulsivity and dissociative experiences of borderline personality disordered patients. *Journal of Clinical Psychology*; 10(2):15-27. [[Link](#)] [In Persian]
- Duran ÉP, Corchs F, Vianna A, Araújo AC & et al. (2021). A randomized clinical trial to assess the efficacy of trial-based cognitive therapy compared to prolonged exposure for post-traumatic stress disorder: preliminary findings. *CNS spectrums*; 26(4):427-434. [[Link](#)]
- Einy S, Narimani M, Atadokht A, Basharpoor S & et al. (2018). Effectiveness of cognitive analytic therapy on ego-strength and object relations of persons with borderline personality disorder. *Stud Med Sci*; 29(1):1-11. [[Link](#)] [In Persian]
- Hadizadeh MH, Navabinezhad S, Nooranipour R & Farzad V. (2019). The Effectiveness of cognitive-analytic therapy on the self-efficacy and interpersonal problems of women with dependent personality disorder. *Journal of Counseling Research*; 18(69):208-229. [[Link](#)] [In Persian]
- Hamilton J, Saxon D, Best E, Glover V, Walters SJ, Kerr IB. (2021). A randomized, controlled pilot study of cognitive analytic therapy for stressed pregnant women with underlying anxiety and depression in a routine health service setting. *Clinical Psychology & Psychotherapy*; 28(2):394-408. [[Link](#)]
- Illingworth BJ, Lewis DJ, Lambarth AT, Stocking K & et al. (2021). A comparison of MDMA-assisted psychotherapy to non-assisted psychotherapy in treatment-resistant PTSD: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychopharmacology*; 35(5):501-511. [[Link](#)]
- Ishida T, Kuwahara Y, Shibahashi K, Okura Y & et al. (2021). Pre-existing psychiatric disorder is related to lower mortality from road traffic accident: a Japanese nationwide retrospective cohort study. *Injury*; 52(6):1390-1395. [[Link](#)]
- Jennings AN, Soder HE, Wardle MC, Schmitz JM & et al. (2021). Objective analysis of language use in cognitive-behavioral therapy: associations with symptom change in adults with co-occurring substance use disorders and posttraumatic stress. *Cognitive Behaviour Therapy*; 50(2):89-103. [[Link](#)]
- Kate MA, Jamieson G, Dorahy MJ & Middleton W. (2021). Measuring dissociative symptoms and experiences in an Australian college sample using a short version of the multidimensional inventory of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*; 22(3):265-287. [[Link](#)]
- Kellett S, Bee C, Aadahl V, Headley E & et al. (2021). A Pragmatic patient preference trial of cognitive behavioural versus cognitive analytic guided self-help for anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*; 49(1):104-111. [[Link](#)]

- Lee YJ, Lee SJ, Cheong MJ, Lim JH & et al. (2021). An analysis of the prevalence and pattern identification of Korean medicine for acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in patients with Traffic Injuries. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*; 32(1):1-11. [[Link](#)]
- Lefebvre C, Fortin C & Guay S. (2021). Quality of life after violent crime: the impact of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and other consequences. *Journal of Traumatic Stress*; 34(3):526-537. [[Link](#)]
- Léonard C, Charriau-Perret A, Debaty G, Belle L & et al. (2021). Survivors of avalanche accidents: posttraumatic stress disorder symptoms and quality of life: a multicentre study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*; 29(1):1-11. [[Link](#)]
- Marsden L, Longden E, Parry S, Morrison A & et al. (2021). Development and initial evaluation of a measure of positive beliefs about dissociative experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*; 22(3):349-364. [[Link](#)]
- Mitchell JM, Bogenschutz M, Lilienstein A, Harrison C & et al. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature Medicine*; 27(6):1025-1033. [[Link](#)]
- Mordeno IG, Gallemit IMJS, Ferolino MAL & Sinday JV. (2021). DSM-5 based ASD models: assessing the latent structural relations with functionality in war-exposed individuals. *Psychiatric Quarterly*; 92(1):347-362. [[Link](#)]
- Norris FH & Perilla JL. (1996). The revised civilian mississippi scale for PTSD: reliability, validity, and cross-language stability. *J Trauma Stress*; 9(2):285-98. [[Link](#)]
- Rahmanian V, Rahmanian N, Zahedi R, Mansoorian E & et al. (2021). Risk factors of mortality following road accident in southern Iran. *Trauma Monthly*; 26(4):199-205. [[Link](#)]
- Rockett IR, Caine ED, Connery HS & Nolte KB. (2021). Overcoming the limitations of 'accident' as a manner of death for drug overdose mortality: case for a death certificate checkbox. *Injury prevention*; 27(4):375-378. [[Link](#)]
- Ryle A & Kerr IB. (2004). *Introduction to cognitive-analytic therapy: principles and practice*. 1<sup>st</sup> Edition. New York: The Wiley Press. [[Link](#)]
- SadiPour E. (2020). *Research methodology in psychology & education*. Tehran: Doran Company. PP:110-13. [[Link](#)] [In Persian]
- Sophiya A. (2021). An application of fuzzy value assignment in a relation in two wheeler road accident non wearing helmet death details. *Turkish Journal of Computer and Mathematics Education (TURCOMAT)*; 12(9):922-928. [[Link](#)]
- Stirman SW, Gutner CA, Gamarra J, Suvak MK & et al. (2021). A Novel approach to the assessment of fidelity to a cognitive-behavioral therapy for PTSD using clinical worksheets: a proof of concept with cognitive-processing therapy. *Behavior therapy*; 52(3):656-672. [[Link](#)]
- Taylor PJ, Perry A, Hutton P, Tan R & et al. (2019). Cognitive-analytic therapy for psychosis: a case series. *Psychol Psychother*; 92(3):359-378. [[Link](#)]
- Wakefield S, Delgadillo J, Kellett S, White S, Hepple J. (2021). The effectiveness of brief cognitive analytic therapy for anxiety and depression: a quasi-experimental case-control study. *British Journal of Clinical Psychology*; 60(2):194-211. [[Link](#)]
- Wang Y, Duan Z, Peng K, Li D & et al. (2021). Acute stress disorder among frontline health professionals during the COVID-19 outbreak: a structural equation modeling investigation. *Psychosomatic Medicine*; 83(4):373-379. [[Link](#)]