

"مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی بر کاهش علائم و بهبود تحریک پذیری و تمرکز جانبازان شیمیایی مبتلا به اختلال

استرس پس از سانحه استان تهران"

"Comparative the effectiveness of cognitive-behavioral based mindfulness therapy group and mindfulness in reduction symptoms and improve the irritability and focus of chemical veterans with PTSD in Tehran state"

تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۱۴

Sonboli S. MSc[✉], Farhangi A. PhD, Tizdast T. PhD

سپهلا سنبلی[✉]، عبدالحسن فرهنگی^۱، طاهر تیزدست^۱

Abstract

Introduction: Post-Traumatic Stress Disorder is considered as a disorder that is associated with the trauma and stress which is expressed in people who exposed to severe harmful events. The aim of this study was to determine the efficacy of combination of Mindfulness and Cognitive - Behavioral therapy and mindfulness on reduction symptoms of PTSD veterans.

Method: This study was quasi-experimental with pre-test, post-test design. A total of 30 war victims with PTSD caused were randomly assigned to two experimental groups and one control group. First Experimental group received combination therapy (CBT) and mindfulness for 8 session of 90 minute and the second group received mindfulness therapy. Clinical interviews, and questionnaires of post-traumatic stress disorder (PTSD Check List for DSM-5(PCL) were used to collect data. There were analyzed using multivariate analysis of one-way covariance and using SPSS software.

Results: there was differences between the effectiveness of mindfulness therapy and a combination of cognitive - behavioral therapy on alleviation of the symptoms of post-traumatic stress disorder. The multivariate analysis of covariance was used.

Discussion showed that there was significant difference between mean scores of compared groups in terms of aspects of PTSD symptoms.

Discussion: there was a significant difference between the experimental and control groups in terms of symptom reduction. The control group did not change, but the therapy intervention in two treatment groups reduced the severity of symptoms. Although mindfulness intervention was effective in reducing symptoms, but combined approach was more effective because of its comprehensive features.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Mindfulness therapy, PTSD, Veterans

چکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از سانحه نوعی اختلال مرتبط با تروما و استرس است و در افرادی که در معرض حوادث آسیب رسان شدید، قرار گرفته اند، بروز می کند. هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی روش درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی بر کاهش علائم جانبازان مبتلا بود.

روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون، پس آزمون، با گروه کنترل می باشد. تعداد ۳۰ نفر از جانبازان مبتلا به این اختلال به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، جایگزین شدند. آزمودنی های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، گروه اول تحت درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی و گروه دوم تحت درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند. برای جمع آوری اطلاعات، از مصاحبه بالینی و پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه (PCL)، استفاده شد.

نتایج: یافته های به دست آمده با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره یک راهه و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بین اثر بخشی روش درمان ترکیبی و روش ذهن آگاهی، در کاهش علائم، تفاوت وجود دارد.

بحث: میان گروه های آزمایش و کنترل، از لحاظ کاهش علائم، تفاوت معناداری وجود دارد. گروه کنترل تغییری نداشت، اما مداخلات درمانی در دو گروه آزمایش، باعث کاهش شدت علائم و نشانه ها شده بود. با اینکه مداخله درمانی ذهن آگاهی در کاهش علائم موثر بود، اما روش ترکیبی به دلیل ویژگی جامع بودنش، موثرتر از درمان ذهن آگاهی بوده است.

کلید واژه ها: درمان شناختی - رفتاری، درمان ذهن آگاهی، اختلال استرس پس از سانحه، جانبازان.

[✉]Corresponding author: Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Email: s.sonboli@yahoo.com

[✉] گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۱- گروه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

مقدمه

یکی از اختلالات روانشناختی که ارتباط معناداری در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا دارد، اختلال استرس پس از سانحه^۱ می‌باشد. معیارهای تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه، طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و پنجمین نسخه^۲ آن عبارتند از: قرار گرفتن در معرض رویدادی آسیب‌رسان که شخص آنرا تجربه کرده یا شاهد بوده، که با خطر واقعی یا تهدید به مرگ یا صدمه جدی همراه بوده یا تهدیدی برای تمامیت جسمی خود و دیگران محسوب شده است. یادآوری مکرر رویداد با تصاویر ذهنی، افکار، یا ادراکات؛ رویاها؛ احساس و رفتار به گونه‌ای که انگار حادثه در حال تکرار شدن است (مشمول بر احساس وقوع مجدد حادثه، خطاهای حسی، توهمات، و دوره‌های فلش بک تجزیه‌ای، ناراحتی شدید روانشناختی در رویارویی با نشانه‌های درونی یا بیرونی تداعی‌کننده (سمبولیک) یا مشابه وجهی از رویداد؛ اجتناب مستمر از محرک‌های مربوط با تروما و کاهش پاسخگویی کلی (که قبل از حادثه وجود نداشته است)؛ علائم مستمر تحریک بالاتر از حد معمولی (که قبلاً وجود نداشته)، مواردی مثل اشکال در بخواب رفتن، تحریک‌پذیری یا حمله‌های خشم، اشکال در تمرکز، گوش‌بزدگی شدید، تشدید واکنش ازجا پریدن؛ طول مدت علائم بیش از یک ماه است؛ اختلال موجب ناراحتی شدید یا تخریب در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم می‌گردد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). پدیده‌هایی همچون مشکلات خواب، (حفظ) تمرکز، گوش‌به‌زنگی مفرط^۳، مشخص می‌گردد (هوکسیم، نات^۴، ۲۰۰۰، سادوک و سادوک^۵، ۲۰۰۰، شر، مک کریر، آسماندسن و رسیک^۶، ۲۰۰۸). مطالعات انجام شده در مورد کیفیت خواب این بیماران، حاکی از پایین بودن کیفیت خواب حتی سال‌ها بعد از واقعه اولیه بوده است (انگدال، ایبرلی،

هارویتز، ماهووالد، و بلیک^۷، ۲۰۰۰). مطالعات اجتماعی، شیوع مادام‌العمر (در طول عمر) اختلال استرس پس از سانحه را تقریباً ۸٪ در بزرگسالان آمریکایی گزارش می‌کنند. مطالعات انجام شده روی افراد در معرض خطر (یعنی گروه‌هایی که در معرض رویدادهای آسیب‌زای ویژه قرار گرفته‌اند) میزان شیوع متفاوتی به دست آورده‌اند (که دامنه‌ی آن از یک سوم تا بیش از نصف افراد در معرض رویداد است)، و در بازماندگان از تجاوز جنسی، جنگ، اسارت، زندان، با انگیزه سیاسی یا قومی، و قتل عام، بالاترین نسبت را تشکیل می‌دهد (متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، چاپ چهارم، ۲۰۰۰^۸، ترجمه دکتر محمدرضا نیکخو-هامایاک آوادیس یانس). شیوع این اختلال در قربانیان تجاوز بین ۳۱٪ تا ۵۷٪ (فوا و ریگز، ۱۹۹۴) و در سربازان جنگ ۲۰٪ گزارش شده است (بنیش، ایمل و ومپولد، ۲۰۰۸). بعد از حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر، شیوع اختلال PTSD در مردم آمریکا ۱۱/۴ درصد برآورد شده است (دانشنامه روان‌شناسی و علوم تربیتی میگنا، ۱۳۹۴). دکتر راه نجات (۱۳۹۳) شیوع اختلال استرس پس از سانحه را در رزمندگان ارتشی مطالعه کرده و به شیوع ۲۴ درصدی رسیده است. با توجه به جنگ‌های مزمزم در سوریه، عراق، افغانستان، یمن، کنیا و... سیل عظیم پناه‌جویان خسته از جنگ و خونریزی، دل‌کنده از خانه و کاشانه اما افتاده در چاه حوادث، بخصوص آسیب‌های بی‌شماری که کودکان و زنان متحمل می‌شوند، همچنین پدیده داعش که از هر سرزمینی می‌گذرد و فاجعه‌ای انسانی بر جای می‌گذارد، انتظار می‌رود در چاپ‌های بعدی نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تغییراتی در میزان شیوع اختلال PTSD حاصل شود.

همزمان اختلالات دیگر، آسیب پذیری فرد را برای ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه افزایش می‌دهد (کاپلان-سادوک، خلاصه روانپزشکی، جلد ۲، ترجمه دکتر پورافکاری). نتایج پژوهش مجیدی (۱۳۸۵) نشان می‌دهد که شایع‌ترین اختلال همراه جانبازان، افسردگی اساسی با شیوع ۳۲٪ می‌باشد. شهریار خاطری (۱۳۷۹) با بررسی سیمای بالینی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن، به این نتیجه می‌رسد که شایع‌ترین علامت اصلی در بیماران مورد مطالعه، عبارت است از تحریک پذیری و عصبانیت ۴۸٪، و پس از آن علائم اصلی دیگر به ترتیب شیوع افسردگی و پرخاشگری بوده و همچنین شایع‌ترین علامت فرعی به ترتیب بی‌حوصلگی، بی‌خوابی، بی‌علاقگی به زندگی و احساس دلتنگی و غمگینی می‌باشد.

مفهوم پردازش رفتاری اختلال استرس پس از سانحه براساس نظریه دو عاملی ماورر^{۱۵} (۱۹۶۰) از اضطراب، شکل گرفته است. براساس این مدل، ذهن بیمار اضطراب و سایر هیجانات تجربه شده در طول رویداد آسیب‌زا را با تصاویر، صدا و سایر حس‌های ادراک شده در طول رویداد، پیوند می‌زند. این فرایند شکلی از شرطی‌سازی کلاسیک است. در طی این فرایند، تصاویر، صداها و سایر حس‌ها تبدیل به سرنخ‌هایی خواهند شد که هنگام روبرو شدن مجدد بیمار با آن‌ها، باعث بروز اضطراب می‌شوند. طیف علائمی که باعث بروز اضطراب می‌شوند، در طول زمان به واسطه دو فرایند، گسترده تر خواهد شد: تعمیم دهی، که به موجب آن سرنخ‌های مشابه سرنخ اصلی، موجب برانگیختن اضطراب می‌شوند و شرطی‌سازی سطح بالاتر، که به موجب آن سرنخ‌هایی که در ابتدا خنثی بوده، منجر به برانگیختن اضطراب می‌شوند، زیرا با اضطراب برانگیخته شده توسط سایر سرنخ‌ها، پیوند

عوامل مربوط به آسیب پذیری که به نظر می‌رسد نقش سبب شناختی در بروز این اختلال داشته باشند، عبارت است از:

- ۱- وجود آسیب در دوران کودکی (تحمل تروما در کودکی).
- ۲- صفات مربوط به اختلال شخصیتی مرزی^۹، پارانوئید^{۱۰}، وابسته^{۱۱}، یا ضد اجتماعی^{۱۲}.
- ۳- سیستم حمایت ضعیف خانواده یا هم‌تایان.
- ۴- جنسیت مونث.
- ۵- آسیب پذیری ارثی به بیماری‌های روانی.
- ۶- تغییرات پر استرس اخیر در زندگی.
- ۷- ادراک یک موقعیت کنترل کننده بیرونی (علت طبیعی) به عوض یک عامل درونی (انسانی).
- ۸- سابقه اخیر افراط در مصرف الکل.

بهترین پیش‌بینی کننده مقاومت زیاد در مقیاس اختلال استرس پس از سانحه هوش بالاست. علت آن می‌تواند رابطه سطح هوشی با ایجاد استراتژی‌های کنار آمدن^{۱۳} باشد. تفاوت عامل آسیب پذیری با عامل خطر: عامل خطر احتمال پیامدهای منفی را افزایش می‌دهد و فرقی نمی‌کند که یک عامل منفی دیگر هم حضور دارد یا نه. عامل آسیب پذیری، احتمال پیامدهای منفی را صرفاً^{۱۴} در حضور یک عامل منفی دیگر، افزایش می‌دهد (گنجی، مهدی، آسیب شناسی روانی براساس DSM-5).

میزان شیوع بیماری‌های همراه^{۱۴} با اختلال استرس پس از سانحه زیاد است، به شکلی که حدود دو سوم این بیماران لاقبل به دو اختلال دیگر نیز مبتلا هستند. بیماری‌های شایع همراه با این اختلال عبارتند از اختلال افسردگی، اختلالات مرتبط با مواد، سایر اختلالات اضطرابی و اختلالات دوقطبی. وجود

خورده اند. باید به این نکته توجه داشت که سر نخ برانگیزاننده اضطراب می تواند بیرونی (اماکن، تصاویر، اصوات) و یا درونی باشند (افکار، خاطرات، احساسات جسمانی و حالات هیجانی).

دومین بخش از نظریه دو عاملی ماورر، اجتناب است. سرخ های یادآوری کننده رویداد آسیب زا، می توانند برانگیزاننده اضطراب باشند. بنابراین بیمار تلاش می کند از آن ها اجتناب کند. هنگامی که از سرخ ها اجتناب شود، اضطراب فرد کاهش می یابد. کاهش اضطراب، به عنوان پاداش عمل می کند و احتمال اجتناب فرد را در آینده افزایش می دهد. این فرایند نوعی شرطی سازی عاملی است. بنابراین اجتناب به عنوان یک راهبرد مقابله ای، به طور فزاینده ای افزایش می یابد. از آنجا که ممکن است سرخ هایی که از آن ها اجتناب می شود، درونی باشند (مانند افکار و خاطرات)، اجتناب می تواند منجر به کرختی هیجانی شود. گاهی بیماران برای اجتناب از سرخ های درونی، به الکل، مواد، یا داروهای آرام بخش روی می آورند و این موضوع منجر به سوءمصرف یا وابستگی در آن ها می گردد. رفتارهای اجتنابی منجر به تداوم علائم اختلال استرس پس از سانحه می شوند، زیرا علیرغم کاهش اضطراب در کوتاه مدت، مانع از خوگیری به سرخ های برانگیزاننده خاطرات و هیجانات رویداد آسیب زا می شوند. به همین دلیل سوءمصرف مواد و انواع دیگری از رفتارهای اجتنابی با روند طبیعی بهبودی تداخل ایجاد می کنند (رابرت لیهی، استفان ج، هولند، لاتاک، مک کین، ترجمه دکتر مهدی اکبری و مسعود چینی فروشان، ۱۳۹۵، مداخلات و طرح های درمانی برای افسردگی و اختلال های اضطرابی، انتشارات ارجمند، تهران). اهلر و کلارک^{۱۶} (۲۰۰۰) مدل شناختی برای اختلال استرس پس از سانحه پیشنهاد کرده اند که مدل های پردازش

اطلاعات و حافظه را یکپارچه می کند. آن ها اظهار کردند اختلال استرس پس از سانحه زمانی اتفاق می افتد که افراد رویداد آسیب زا را به گونه ای پردازش می کنند که منجر به احساس تهدید فعلی می شود. در این فرایند سه عامل درگیر هستند: ۱- ارزیابی منفی از رویداد آسیب زا و عواقب آن ۲- توصیف ضعیفی از جزئیات و بافتار خاطرات رویداد آسیب زا، به همراه حافظه تداعی گر و ادراکی قوی ۳- راهبردهای رفتاری و سبک پردازش شناختی ناکارآمدی که مانع بهبودی می شود.

درمان شناختی - رفتاری، یک درمان دارای ساختار است. داشتن ساختار به این معنی است که از ابتدای درمان، کاملاً مشخص است که در هر جلسه درمان، چه مقدار وقت به چه کاری اختصاص داده خواهد شد. این فرایند، یک فرایند تدریجی است که به فرد کمک می کند تا گام به گام، به سمت تغییر رفتار، حرکت کند. معمولاً فرایند درمان براساس یک پروتکل از قبل تدوین شده اجرا می شود. بازسازی شناختی در اختلال استرس پس از سانحه، افکار خودآیند تحریف شده، مفروضه های ناکارآمد و طرحواره های ناسازگار، بیمار را در رابطه با رویداد آسیب زا مورد هدف قرار می دهد. شایع ترین طبقه افکار خود آیند تحریف شده در اختلال استرس پس از سانحه، شامل تعمیم افراطی، تفکر همه یا هیچ، و شخصی سازی است. این تحریف ها منعکس کننده مفروضه های زیربنایی درباره اجباری بودن چیزها و باورهای بنیادین درباره ماهیت خود و دیگران است. تجربه کردن رویداد آسیب زایی که با مفروضه های طبیعی و سازگار درباره ایمنی جهان، پیش بینی پذیری و کنترل پذیری رویدادها، همچنین توانایی فرد برای مقابله در تناقض است، او را وادار به "برونی سازی" طرحواره های خود می کند. به عبارت دیگر این فرد به این نتیجه می رسد که هر چیز

مقابله‌ای مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری، بر اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ و افسردگی جانبازان را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری، در کاهش شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی همراه آن، موثر بوده است.

مداخلات مبتنی بر آموزش مهارت‌های حضور ذهن در دهه ۱۹۷۰ پس از تاسیس کلینیک کاهش استرس در مرکز پزشکی ماساچوست، توسط کبات زین^{۱۹} (۱۹۹۲) معرفی شد. از آن زمان به بعد، بیماران بسیاری با مشکلاتی چون بیماری‌های وابسته به استرس، درد مزمن، اختلالات خواب، فشارخون بالا، افسردگی، اضطراب و وحشتزدگی، از این روش بهره برده‌اند. حضور ذهن، ریشه در فرهنگ بودیسم مشرق زمین دارد و ممکن است برای افراد غیر آسیایی نامانوس باشد، از این رو کبات زین پیشنهاد می‌کند که بهتر است تمرینات آن منطبق با فرهنگ افراد باشد. به همین علت پژوهشگران و متخصصین بالینی تمرینات حضور ذهن را مستقل از مذهب و سنت‌های فرهنگی مبدا آن آموزش می‌دهند (کبات زین^{۲۰}، ۱۹۸۲؛ لینهان، ۱۹۹۲). مهارت‌های حضور ذهن می‌تواند در تجارب روزمره، مورد تمرین واقع شود. بنظر می‌رسد که این روش با هدف پیشگیری از عود سازگار باشد، زیرا اساساً "روشی است که بیماران می‌توانند حتی در دوره‌ای که مریض نیستند، استفاده کنند (دکتر محمد خانی، پروانه - دکترامیدی، عبدالله، آموزش حضور ذهن به عنوان یک مداخله بالینی، فصلنامه سلامت روان، شماره اول بهار).

سینا احمدیان، (۱۳۹۲) مطالعه‌ای را با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش استرس، بهبود

و هر فردی خطرناک، غیرقابل پیش بینی و نفرین شده است و همچنین خودش ضعیف و بی‌کفایت است. افرادی که سابقه چندین رویداد آسیب‌زای پیشین را داشته‌اند، ممکن است از قبل طرحواره‌ها و مفروضه‌های منفی داشته باشند. در چنین مواردی، رویداد آسیب‌زای اخیر به جای نقض طرحواره‌های قبلی، به عنوان تقویت‌کننده طرحواره‌های منفی موجود، عمل می‌کند. هدف از بازسازی شناختی در اختلال استرس پس از سانحه، این است که طرحواره‌های منفی و مفروضه‌های ناکارآمد بیمار را، به دیدگاه و باورمتعادل بازگرداند که در آن (دیدگاه) دنیا با وجود محدودیت‌هایش مکان امنی است، رویدادها عموماً "پیش بینی پذیر و قابل کنترل هستند و فرد کارآمدی لازم برای مقابله با اغلب موقعیت‌ها را دارد (رابرت لیهی، استفان ج، هولند، لاتاک، مک کین، ترجمه دکتر مهدی اکبری و مسعود چینی فروشان، ۱۳۹۵، مداخلات و طرح‌های درمانی برای افسردگی و اختلال‌های اضطرابی، انتشارات ارجمند، تهران).

نتایج مطالعات کنترل شده تصادفی فوآ، دانکو^{۱۷} و همکاران (۱۹۹۹)، مارکس، لاول^{۱۸} و همکاران (۱۹۹۸)، فوآ (۲۰۰۵)، نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری، مداخله‌ای اثر بخش در اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد (فوآ، ۲۰۰۶). فوآ و همکاران (۲۰۰۹) کیفیت شواهد درمان‌های مختلف شناختی - رفتاری برای اختلال استرس پس از سانحه را بررسی کردند. آن‌ها دریافتند 3مواجهه" در اکثر آزمایش‌های بالینی کنترل شده از حمایت تجربی بالایی برخوردار است. به طور کلی نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان شناختی - رفتاری برای درمان اختلال استرس پس از سانحه از اثربخشی مناسبی برخوردار است. ذوقی پایدار و همکاران (۱۳۹۰)، اثربخشی مهارت‌های فصلنامه روانشناسی نظامی دوره ۷، شماره ۲۶، تابستان ۱۳۹۵

نشانه‌ها، کیفیت خواب، و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به PTSD انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، کیفیت خواب و تنظیم هیجان را بهبود بخشیده است.

هیومایریک^{۲۱} و همکاران (۲۰۱۲)، مواجهه درمانی طولانی مدت را در درمان اختلال استرس پس از ضربه، روی ۱۱۲ نفر از کهنه سربازان جنگ ویتنام، اولین جنگ خلیج فارس و جنگ‌های عراق و افغانستان، بررسی کردند. همه آزمودنی‌ها تشخیص PTSD داشتند. آزمودنی‌ها در سه گروه جنگ‌های نام برده جایگزین شده و تحت درمان مواجهه‌ای طولانی مدت قرار گرفتند. نتایج حاکی از آنست که کهنه سربازان هر سه گروه بهبودی معناداری را در نشانه‌های PTSD از خود نشان دادند. کهنه سربازان جنگ خلیج فارس، به همان اندازه‌ای که دو گروه دیگر جواب داده بودند، پاسخ ندادند. بنابراین پرسش‌ها و مسائل مربوط به درمان مبتنی بر شواهد برای کهنه سربازان دوره‌های زمانی مختلف، مورد بحث قرار گرفته است.

جوزف آ، و همکاران (۲۰۱۲)، پژوهش‌هایی بر اثربخشی مواجهه درمانی و خط مقدم بودن این درمان بر روی کهنه سربازان و کارکنان نظامی مبتلا به PTSD، انجام دادند. نتایج به دست آمده حاکی از اثربخشی مواجهه درمانی در کاهش نشانه‌های PTSD دارد. دستورالعمل‌های درمانی و بالینی از این نتیجه‌گیری حمایت می‌کنند، همچنین اثربخشی آن در کاهش مشکلات همراه، مانند پرخاشگری، احساس گناه، ادراکات منفی از سلامتی و افسردگی ثابت شده است. یکی از اساسی‌ترین تفکرات این تحقیق آن است که تعامل‌های ذهن و جسم در غنی‌ترین شکل خود چگونه بر تفکرات، ادراکات و رفتار فرد و نهایتاً عملکردهای

اجتماعی و فردی تاثیرگذار است. هدف کلی پژوهش حاضر، پاسخ به این سؤال است که آیا بین اثر بخشی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی، در کاهش علائم و بهبود تحریک‌پذیری و تمرکز جانبازان شیمیایی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تفاوتی وجود دارد؟

روش

این مطالعه یک پژوهش نیمه آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، بر روی نمونه‌های منتخب از جامعه جانبازان شیمیایی استان تهران، که دارای پرونده فعال روانپزشکی هستند، اجرا شده است. افراد از طریق نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل، بصورت تصادفی جایگزین شدند. جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه مراجعه‌کنندگان و بیماران بستری در بیمارستان روانپزشکی ۵۰۵ ارتش، شهر تهران در سال ۱۳۹۵ می‌باشد، که در زمان اجرای پژوهش، براساس پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه (PCL)، و مصاحبه بالینی براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5 از سوی روانپزشک و روانشناس بالینی، مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تشخیص داده شده‌اند. افراد خارج از بیمارستان نیز، قبلاً" تشخیص PTSD توسط پزشک معالج خود داشته‌اند و در زمان اجرای طرح، طی مصاحبه بالینی براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) و پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه (PCL) از سوی روانشناس بالینی، مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تشخیص داده شدند. از بین افراد مناسب برای شرکت در پژوهش، ۳۰ نفر به صورت در دسترس، طی مصاحبه بالینی، و با استفاده از پرسشنامه PCL و پیش‌آزمون،

پزشک تدوین شده است و این به معنای روایی (صحت و دقت) محتوایی ابزار مورد استفاده می‌باشد.

پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه (PCL): یک مقیاس خود گزارش‌دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماری از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی، به کار می‌رود. این فهرست بوسیله ویدرز، لیتز، هرمن، هوسکا، و کین^{۲۳} (۱۹۹۳) طراحی شد. پرسشنامه PCL دارای ۱۷ سؤال است که پنج ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زای تروماتیک، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب، و ۵ ماده این فهرست مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید است. روایی و پایایی این آزمون در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. بلنچارد و همکاران (۱۹۹۶) ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) کل مقیاس را ۰/۹۳، سوالات مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زای تروماتیک را ۰/۹۳، علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب را ۰/۸۲، و ماده‌های ملاک علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید را ۰/۸۳، گزارش نموده‌اند. ویدرز و همکاران (۱۹۹۳) روایی همگرایی این آزمون را بررسی نمودند. روایی همگرایی این مقیاس با مقیاس pk مربوط به MMPI-2 (۰/۷۲)، مقیاس اثر حادثه (۰/۹۰) و مقیاس رویارویی با جنگ (۰/۴۶) گزارش گردید. روایی صوری این مقیاس در پژوهش گودرزی (۱۳۸۲) مورد تأیید قرار گرفت. همچنین در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ گزارش شد. این پرسشنامه دو نمره برش دارد. در مطالعه بلنچارد و همکاران نمره برش ۴۴ و در مطالعه ویدرز و همکاران نمره برش ۵۰ تعیین شده

انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. جهت رعایت همگنی نمونه و عدم سوگیری در پژوهش، معیارهای ورود و خروج نمونه‌ها در هر سه گروه، رعایت شد، از جمله افرادی که طبق نمره برش پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه (PCL^{۲۳})، و مصاحبه بالینی داری اختلال PTSD بودند، وارد طرح شدند و بیماران عدم مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، از پژوهش حذف شدند. همچنین بیمارانی که سواد خواندن و نوشتن نداشتند و بیمارانی که تشخیص‌های دیگر مانند محور یک یا دو مانند اسکیزوفرن یا اختلال شخصیت به طور همزمان با تشخیص اختلال PTSD داشتند، وارد پژوهش نشدند. در این پژوهش از روش آزمایشی گروهی و به منظور جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر از پرسشنامه جمعیت شناختی (دموگرافیک)، مصاحبه بالینی، و پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه (PCL) استفاده شد. پرسشنامه جمعیت شناختی (دموگرافیک) شامل سوالاتی در مورد سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی، مراجعه پیشین به روانپزشک یا روانشناس به علت مشکل روانی، نوع دارو و میزان داروی مصرفی می‌باشد. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

مصاحبه نیمه ساختار یافته بر اساس DSM-5 در اختلال PTSD: به منظور تشخیص اختلال و علائم تحریک‌پذیری، این مصاحبه انجام شد. مضمون سوالات شامل چهار بخش است: سوالات مربوط به رویداد فشارزا؛ سوالات مربوط به تجربه مجدد رویداد؛ سوالات مربوط به اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد فشارزا؛ سوالات مربوط به افزایش برانگیختگی. این سوالات بر پایه DSM-5 و براساس نظر روان

است. چون سازندگان پرسشنامه ویدرز و همکاران است، توصیه به استفاده از نمره برش ۵۰ می باشد. تحلیل داده‌ها بر اساس مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایشی با گروه کنترل در مورد متغیرهای پژوهش، علائم و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه، صورت گرفت. از محاسبه شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، برای ارائه اطلاعات توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی (دموگرافیک) مانند سن، تحصیلات، شغل و تاهل و تعداد فرزندان گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد. برای مقایسه

میانگین‌های نمرات پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری، از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های مقدماتی تحلیل کواریانس برای اطمینان از عدم تخطی از پیش فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفت و بعد از اطمینان از عدم تخطی، این روش‌ها مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته‌ها

۲۳ نفر از پاسخگویان این پژوهش را افراد متأهل تشکیل دادند که ۷۶/۶۶ درصد از کل حجم نمونه را شامل می شود. ۹ نفر از پاسخگویان کارمند بودند که ۳۰ درصد از کل حجم نمونه را شامل می شود.

جدول ۱- بررسی توصیفی متغیر اختلال استرس پس از سانحه بر اساس چک لیست نشانه‌ها (PCL)

| متغیرها | گروه‌ها | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|----------------------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| نشانگان PTSD | کنترل | ۷۰/۵۵ | ۶/۲۹ | ۷۲/۱۲ | ۵/۲۳ |
| | ذهن آگاهی | ۶۹/۲ | ۱۰/۸۹ | ۶۰/۸۸ | ۱۰/۸۹ |
| | درمان ترکیبی | ۶۸/۸ | ۹/۴۵ | ۵۵/۹ | ۹/۴۵ |
| نشانه‌های تجربه مجدد | کنترل | ۲۱/۲۸ | ۲/۹۳ | ۲۲/۳۹ | ۲/۵۲ |
| | ذهن آگاهی | ۲۰/۸۸ | ۳/۹۵ | ۱۸/۵۵ | ۴ |
| | درمان ترکیبی | ۲۱ | ۳ | ۱۶/۵۴ | ۳/۱۴ |
| گرختی عاطفی و اجتناب | کنترل | ۳۰/۱۲ | ۳/۵۲ | ۲۹/۵ | ۳/۴۷ |
| | ذهن آگاهی | ۲۹/۵۵ | ۵/۸۱ | ۲۶/۲۲ | ۵/۴۶ |
| | درمان ترکیبی | ۲۷/۹ | ۴/۸۴ | ۲۴ | ۴/۷۹ |
| برانگیختگی شدید | کنترل | ۱۹/۱۵ | ۲/۰۲ | ۲۰/۲۳ | ۲/۶۴ |
| | ذهن آگاهی | ۱۸/۷۷ | ۲/۱۶ | ۱۶/۱۱ | ۲/۴۲ |
| | درمان ترکیبی | ۱۹/۹ | ۲/۲۵ | ۱۵/۳۶ | ۲/۹ |

مفروضه‌ی یکسانی رگرسیون از آزمون لوین استفاده شد.

در این تحلیل برای بررسی مفروضه‌ی یکسانی ماتریس واریانس- کواریانس از آزمون ام باکس و برای بررسی

جدول ۲- نتایج آزمون ام باکس برای یکسانی ماتریس واریانس کواریانس

| P | df1 | df2 | F | Box's M |
|-----|-----|-----|------|---------|
| ٪۹۱ | ۳۹۲ | ۱۲ | ۵۰/۰ | ۷/۱۹ |

جدول ۳- نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس های گروه ها

| متغیر | ابعاد | F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | معناداری |
|----------------|----------------------|------|--------------|--------------|----------|
| نشانه‌های PTSD | نشانه‌های تجربه مجدد | ۱/۷۳ | ۲ | ۲۷ | ۰/۱۹ |
| | کرحتی عاطفی و اجتناب | ۱/۸۶ | ۲ | ۲۷ | ۰/۱۷ |
| | برانگیختگی شدید | ۱/۹۶ | ۲ | ۲۷ | ۰/۱۷ |

همانگونه که در جداول فوق مشاهده می‌گردد، آزمون است.

ام باکس و لوین معنادار نبوده و فرض برابری برقرار

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای بررسی تأثیر روش ترکیبی شناختی - رفتاری مبتنی بر

ذهن آگاهی، و روش درمان ذهن آگاهی، در درمان علائم PTSD

| منبع واریانس | SS | DF | MS | F | P | η^2 |
|-------------------------|---------|----|---------|--------|-------|----------|
| پیش آزمون (متغیر کنترل) | ۱۹۷۷/۱۹ | ۱ | ۱۹۷۷/۱۹ | ۲۳۰/۸۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶ |
| گروه (متغیر مستقل) | ۹۴۰/۹۸ | ۲ | ۴۷۰/۴۹ | ۵۴/۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱ |
| خطا | ۲۲۲/۷ | ۲۶ | ۸/۵۶ | | | |
| کل | ۱۲۰۷۸۸ | ۳۰ | | | | |

دارد. در نهایت نتایج آزمون تعقیبی LSD مشخص می‌کند که بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین میانگین نمرات گروه های مورد مقایسه تفاوت معناداری در درمان علائم بیماران جانباز مبتلا به PTSD وجود

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه تفاوت بین گروه ها در نشانه‌های PTSD

| متغیر | مقایسه گروه‌ها | تفاوت میانگین‌ها | خطای انحراف استاندارد | سطح معناداری |
|----------------|---------------------|------------------|-----------------------|--------------|
| نشانه‌های PTSD | کنترل با ذهن آگاهی | ۷/۸۸ | ۱/۳۵ | ۰/۰۰۱ |
| | کنترل با ترکیبی | ۱۳/۴۴ | ۱/۲۸ | ۰/۰۰۱ |
| | ترکیبی با ذهن آگاهی | ۵/۵۶ | ۱/۳۱ | ۰/۰۰۱ |

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و روش ذهن آگاهی و انتخاب موثرترین شیوه درمانی در کاهش علائم و بهبود تحریک پذیری و تمرکز جانبازان شیمیایی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، انجام شده است. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که در اثر

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد در نمره کلی علائم اختلال PTSD بین گروه ها تفاوت معناداری وجود دارد. از نظر کاهش علائم بیماران جانباز مبتلا به PTSD میانگین نمرات گروه ترکیبی و سپس گروه ذهن آگاهی به طور معناداری کاهش یافته است و درمان ترکیبی موثرتر از درمان ذهن آگاهی بوده است. بنابراین موثرتر بودن روش درمان ترکیبی، تایید می‌گردد.

بخشی روش های درمانی ترکیبی و ذهن آگاهی، تفاوت وجود دارد و در این بین، تاثیر روش ترکیبی (ترکیب شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی) بیشتر بوده است. یافته های این مطالعه با نتایج پژوهش فرهادی و همکاران (۱۳۹۲)، محمدخانی و همکاران (۱۳۹۰)، پناهنده (۱۳۹۰)، حناساب زاده (۱۳۸۹)، رجبی و ناوردی (۱۳۸۹)، موسویان و همکاران (۱۳۸۹)، میچلاک، هولزوتیسمن (۲۰۱۱)، کینگستون و همکاران (۲۰۱۰)، فوآ و همکاران (۲۰۰۷) همسو بوده است. نتایج مطالعه خانی پور و همکاران (۱۳۹۱)، روی ۴ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی حاکی از موثر و مفید بودن این روش درمانی است اما پیشنهاد خانی پور، در قالب جلسات انفرادی است. در تبیین این یافته می توان گفت این رویکرد درمان، بر روی افرادی که جهت کمک به خودشان مصمم هستند، بیشترین تاثیر را دارد. هدف درمان شناختی-رفتاری پیشرفت سریع در رفتارهای ناسازگار، شناسایی و اصلاح مفروضه های ناکارآمد، طرحواره های مرتبط با رویداد های آسیب زا می باشد. ترکیب چنین روش درمانی کارآمد، با روش حضور ذهن، فرایند بهبودی و ماندگاری درمان را بیشتر کرده است. روش درمان ترکیبی (ترکیب شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی) در افراد مورد مطالعه به علت جامع بودن درمان (بازسازی شناختی، مواجهه تجسمی و واقعی با سرخ ها، مراقبه و ریلکسیشن و سایر تکنیک و فنون رویکردهای درمانی)، موثر بوده است. به همین دلیل عدم درمان در مورد این افراد باعث می شود بیماری به صورت یک مشکل پایدار باقی بماند. این مسئله تاکید می کند که احتمال بهبودی در اختلال استرس پس از سانحه، بدون دخالت عامل درمانی بسیار ناچیز است.

روش درمان ذهن آگاهی بر کاهش علائم و بهبود تحریک پذیری و تمرکز بیماران جانباز شیمیایی مبتلا

به PTSD موثر است. براساس نتیجه گیری آماری با ۹۹ درصد اطمینان می توان بیان کرد که روش درمان ذهن آگاهی، در ابعاد نشانه های تجربه مجدد و برانگیختگی شدید، و با ۹۸ درصد اطمینان در بعد کرختی عاطفی و اجتناب، در مجموع کاهش نمرات علائم PTSD اثربخش بوده است. این یافته با پژوهش احمدیان (۱۳۹۲)، آریاپوران (۱۳۹۰)، آذرگون و همکاران (۱۳۸۸)، و پژوهش اشمیت و همکاران (۲۰۱۵)، ریـزو ویلیـامز (۲۰۱۰)، پاتیکـا و بودریک (۲۰۰۵)، همسو است. فایرفکس (۲۰۰۸) می گوید: "اگر روش ذهن آگاهی، صحیح اجرا شود، نه تنها مکمل مداخلات سنتی شناختی - رفتاری است، بلکه می تواند تاثیرگذاری آنها را افزایش دهد". در تبیین این یافته، باید گفت آموزش های درمانی ذهن-آگاهی و تنظیم هیجان از جمله درمان هایی هستند که می توانند بر بهزیستی جسمانی جانبازان شیمیایی مؤثر باشند. آموزش ذهن آگاهی، کاهش درد، اضطراب، و پریشانی روانشناختی را به دنبال دارد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نشانه های اضطراب و افسردگی را کاهش می دهد، و آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود بهزیستی جسمانی، روانی، هیجانی و معنوی، بهبود کیفیت خواب و کیفیت زندگی بالا، لذت بردن از زندگی و نشانه های فیزیکی پایین مؤثر بوده است.

روش درمان ترکیبی شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، در درمان علائم و بهبود تحریک پذیری و تمرکز بیماران جانباز شیمیایی مبتلا به PTSD موثرتر است. با ۹۹ درصد اطمینان می توان بیان کرد که روش درمان ترکیبی شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، در کاهش نمرات ابعاد نشانه های تجربه مجدد و برانگیختگی شدید، و با ۹۵ درصد اطمینان در بعد کرختی عاطفی و اجتناب، موثرتر از درمان ذهن

ویژگی‌های شخصیتی، درآمد، حمایت اجتماعی، که بر فرایند درمان تاثیرگذار هستند، مواجهه بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده، بر روی جامعه بزرگتر و دیگر سنین، با کنترل متغیرهای مزاحم اجرا شود. طراحی درمان‌های یکپارچه‌ای که بتواند در سطح ملی مشکلات این قشر از جامعه را با خانواده‌هایشان هدف قرار دهد از دیگر پیشنهادات این طرح می‌باشد.

پی‌نوشت‌ها

- 1- post traumatic stress disorder(PTSD)
- 2- DSM-5
- 3- hypervigilance
- 4- Hoeksem, Nutt
- 5- Sadock
- 6- Scher, McCreary , Asmundson & Resick
- 7- Engdahel , Eberly , Hurwitz , Mahowald & Blake
- 8- DSM-IV-TR
- 9- borderline
- 10- paranoia
- 11- dependent
- 12- antisocial
- 13- coping
- 14- Comorbidity
- 15- Maver
- 16- Ehler & Clark
- 17- Dancu
- 18- Marks & lovell
- 19- Kabat-Zinn
- 20- kabat-Zinn & linehan
- 21- Hyvmayryk
- 22- PTSD Checklist for DSM-5 (pcl-5)
- 23- Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane

منابع

- 1- American Psychiatric Association
Diagnostic and statistical manual of
mental disorders (DSM-5), 5th Ed.
Washington, DC Author, (2013),
Translated by: DR. Avadisyan, H,
Hashemiminabad, H, ArabGahestani, D,
Publishers: Roshd, (1395) (persian).
- 2- Azargoun, H, kajbaf, M, Molavi, H (1388), "
The Effectiveness of Mindfulness
Training on Mental Rumination and
Depression in students of Isfahan
University", monthly Scientific Research

آگاهی بوده است. این مساله بدین معنی است که در اثر این درمان ترکیبی نمرات علائم PTSD بیماران، در گروهی که با روش ترکیبی (شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی)، مورد درمان قرار گرفته‌اند، کاهش بیشتری داشته است. بنابراین می‌توان بیان کرد که ترکیب این دو روش اثر بخشی بیشتری از روش ذهن آگاهی و گروه کنترل داشته است. این یافته‌ها با پژوهش قیاسی (۱۳۹۰) و تیزدل و همکاران (۲۰۰۰) همسو بوده است.

ذهن آگاهی با آگاه کردن فرد از فرآیندهای ذهن درگیر با این اختلال و درمان ترکیبی با مجموعه‌ای از درمان شناختی - رفتاری که فکر و رفتار را به چالش می‌کشد، در درمان و کاهش علائم و نشانگان اختلال PTSD موثر هستند، اما درمان ترکیبی به دلیل وسعت بیشتر، تاثیر عمیق تری دارد. درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، یک آگاهی غیر قضاوتی مبتنی بر حال را آموزش می‌دهند و روی آوردن به تجربه به جای اجتناب از آن را تشویق می‌کنند. این توانمندسازی‌ها، رهایی از الگوهای تفکر منفی مزاحم که اغلب در اثر ترس از موقعیت‌های آینده است را در پی دارد و تمایل به اجتناب، کنترل و سرکوب کردن افکار، هیجانات و احساسات بدنی بیزار کننده را کاهش می‌دهند. در نهایت اینکه درمان ترکیبی شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به دلیل جامعیت درمان، نسبت به ذهن آگاهی نشانه‌های بیشتری از بیماری را متاثر می‌سازد. لذا با توجه به نتایج تحقیق، روانشناسان، روانپزشکان و سایر درمانگران می‌توانند برای کاهش شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه از تکنیک‌های ترکیبی استفاده نمایند.

این پژوهش با مشکلات و محدودیت‌هایی مانند محدود بودن گروه نمونه، عدم کنترل متغیرهایی مانند

- 14-Hanasabzadeh Esfahani, M,(1388)," Preliminary study of the Effectiveness Cognitive therapy based mindfulness(MBCT) for depressed patients have suicidal thoughts", case report, Journal of Clinical psychology,N.1(persin).
- 15-Iranian Journal of Clinical Psychology Newsletter, "Changes and developments in DSM-5", code: 20339, (1392)(persian).
- 16-Kaplan & Sadock(2007), Synopsis of Psychiatry, Translated by: Pourafkari.N, Publishers: Shahrab(1388), (persian).
- 17-Kit.H, (1988), The behavioral therapy, Volume 1, Translated by: Dr. Gasemzadeh.H, Publishers:
- 18-Kanel Kristi, Benedek, Wynn G,(2016)." Complementary and Alternative Medicine for PTSD". CENTER FOR STUDY OF PTSD, NEW YORK: FOR UNIVERSITY PRESS.CALIFORNIA STATE UNIVERSITY.
- 19-Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1987), Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcome and compliance, Clinical Journal of Pain, Vol. 2, pp. 159-173.
- 20-Khanipour, H, Bourjali,A, Mohammadkhani.P,Sohrabi,F,(1391)," The Effectiveness Cognitive therapy based mindfulness(MBCT) for Signs of depression in patients with Major depression", Single- case study, Journal of Clinical psychology Studies, N.7.(persian).
- 21-Leahy, R. (2002), A model of emotional schemas, Cognitive and Behavioral Practice,9, 177-190.
- 22-Leahy. R, Stephen.J, Holland.F, Latak, McGinn, (2012), Treatment Plans and Intervention For Depression & Anxiety Disorders, Translated by:DR.Akbari,M, & Chiniforoushan.M, (1395), Publishers: Arjomand(persion).
- 23-Michalak, J. Probst, T, Schramm, E.OCTOBER (2016),"Mindfulness Based Cognitive Therapy and Group Version of the Gognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression".Article in psychotherapy and psychosomatics 85(6):378-380 DOI: 1001159/000447014.
- Journal knowledge and behavior, N.34,(persian).
- 3- Articles Psychiatry and Psychology, www.novinclinic.com(persian).
- 4- Aslani.M, Hashemiyan.K, Lotfi Kashani.F, Mirzayi.J(1386), " The Effectivness of Cognitive Behavior Therapy on chronic Post Traumatic Stress Disorder Patients", Journal of A pplied Psychology, VN 3, (persian).
- 5- Ahmadi,S,(1392), " The Effectivness of Stress reduction technique based Mindfulness to improve the symptoms, sleep quality and emotion regulation patients with PTSD, Thesis M.A, Tabriz University, School of Psychology(persian).
- 6- Burg, J.M, Michalak, J,(2011). The Healthy Quality of Mindful Breathing: Associations With Rumination and Depression. Cognitive Therapy and Research 35,2 :179-185
- 7- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition,(2000), Text Revision(DSM-IV-TR), American Psychiatric Association, Translated by:DR. Avadisyans.H & DR.Nikkhooi(persian).
- 8- David J, Morris. Articles July 21(2015)," The Gold Standard Treatment for PTSD makes many Vets symptoms even worse". MEDICAL EXAMINER, www.slate.com.
- 9- Erica M.S,Sibinga, MD, MHS(Associate professor),Ebiomedicine. Aug(2016)" How Mindfulness Meditation can shift every thing, Including neuvall connectivity".(HTML)Sciencediret.com. https://www.ncbi.nih.gov
- 10-Foa,E.B,. Maercker,A., Cahill,S,P., Ulrich,O, (2008).: Anger and Posttraumatic Stress Disorder symptoms in Crime Victims: A Longitudinal Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology 76(2): 208-218.
- 11-Ganji,M, (1393), Psychppathology According to DSM-5, (1394), Publishers: Savalan|(persian).
- 12-Goudarzi,M, (1382), Checking The reliability and validity of post-traumatic stress scale Mississippi, Journal of Psychology, vol.2(26)(persian).
- 13-Gheyasi,M, (1390), " The Effectiveness Cognitive - Behavior therapy and The combination of cognitive behavior and Family therapy at Treatment of PTSD", M.A.Thesis,Payam Noor University.

- 24-Mohammad Khani.SH, (1394), Theory of mindfulness, www.kajpcc.com/941
- 25-McCann,IL, & Pearlman,L,A.
Psychological trauma and the adult survivor, theory, therapy, and transformation.New York, Brunner/Mazel.1990.
- 26-Narimani, M, (1390), " The Effectivness of Mindfulness Training and Emotion regulation on physical well -being and psychological Chemical Veterans", Scientific Research Journal, Kermanshah University of Medical Sciences, VOL.15(persian).
- 27-Omidifard.M, (1393), Post traumatic Stress Disorder,www.shakhsiyat.ir(persian).
- 28-Omidi,A, mOHAMMADkHANI, P, (1387), " Mindfulness Training as a Clinical Intervention", Conceptual and empirical review, Journal of Mental Health,Vol.1 (1387)(persian).
- 29-Patrica A, Resick, Ph.D, Candice M, Monson and Kathleen M, Chard, December 26 (2016). " Cpgnitive processing Therapy for PTSD". ISBN 97814625286460. NEWYORK. NY 1001-1020.
- 30-Paydar.M, Sohrabi.F, Bourjali.A, Delavar.A,(1390), "The Effectivness of Coping Skills Instruction based on cognitive-behavior method on War Related Post- Traumatic Stress Disorder and Depression in Veterans", Journal of Military Psycholigy, V2, N5, Spring 2011, (persian).
- 31-Rahnejat, A, PH.D, (1393), treatise "Check Prevalence and Abundance Post Traumatic Stress Disorder of War at warriors Military".
- 32-Shubina, Ivanna, 6 January (2015).: Cognitive - Behavioral Therapy of Patients with PTSD. CPSYC 2nd International Congress on Clinical & Co.. VOL, 165: 208-216.
- 33- " Symptoms of PTSD", (1393), Encyclopedia of Psychology and Educative Sciences, Articiel cod: 29872, www.migna.ir(persian).
- 34-Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. G.,Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M. A,(2000), Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-basedcognitive therapy, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 615-623.