

The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on Chronic Post Traumatic Stress Disorder Patients

Aslani, Mehri; hashemiyan, Kianoosh, Lotfi Kashani, Farah & Mirzayi, Jafar

In order to investigate the effectiveness of cognitive behavior therapy on chronic post traumatic stress disorder patients, sixteen (16) PTSD patients were selected. They were randomly divided into experimental and control groups, each group consisting of eight (8) subjects. The subjects received cognitive behavior therapy for fourteen (14) sessions. The results indicate that cognitive behavior therapy is an effective way to reduce the symptoms of PTSD patients.

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) در بیماران مزمن مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی ناشی از جنگ

مهري اصلائي^۱، كيانوش هاشمیان^۲، فرح لطفی کاشانی^۳، جعفر میرزایی^۴

به منظور بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری CBT در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی ناشی از جنگ، ۱۶ نفر بیمار مبتلا به PTSD به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفری آزمایش و کنترل، طی ۱۴ جلسه، تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. نتایج نشان می دهد، درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم بیماران مبتلا به PTSD موثر است.

مقدمه

آخرین زیرگروه اختلال های اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۱ است که یکی از زیرگروه های اختلال های اضطرابی است. در این اختلال، نشانه های مرضی روان شناختی به

۱- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

۲- Ph.D، هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی رودهن

۳- Ph.D، هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی رودهن

۴- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی رودهن

دنبال یک حادثه ی آسیب زا که معمولاً خارج از تحمل تجربه ی انسان است، بروز می کند. ویژگیهای مرضی این اختلال، تجربه ی مجدد حادثه ی تکان دهنده، رفتارهای اجتنابی، کمرختی در پاسخ دادن به محرکها، بی احساسی نسبت به درگیر شدن با دنیای بیرونی و مجموعه ای از نشانه های شناختی، رفتاری و فعالیت بیش از اندازه ی دستگاه عصبی خودکار است. بسیاری از مردم، بلافاصله پس از تجربه ی یک سانحه (حادثه) علایم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را نشان می دهند. اگر افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به طور منظم از یادآوری حادثه اجتناب کنند، احتمال زیادی دارد که علایم PTSD مزمن شود. در بسیاری از مطالعات بالینی مشخص شده است که برنامه های شناختی رفتاری در کنترل علایم بیماران مبتلا به PTSD موثر است. در این میان، درمان مواجهه ی ممتد (PE)^۱ بیماران مبتلا به PTSD مورد تایید قرار گرفته است (فوا،^۲، ۲۰۰۶).

درمان شناختی رفتاری از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی (که عمدتاً در بستر شرطی سازی پاولفی و نوپاولفی می باشد) و رویکرد شناختی - چه در قالب شناخت درمانی و چه در چارچوب روان شناسی شناختی و دانش شناخت پایه- پدید آمده است. امروزه این رویکرد نظریه ها و نگرشهای نسبتاً متفاوتی را درخود جای داده است که تنها وجه مشترک آنها، توجه به نقش واسطه مند فرآیندهای شناختی در پردازش اطلاعات و بروز واکنش فرد به محرکها است. این رویکرد از اصطلاحات و مفاهیمی استفاده می کند که به نحوی در چارچوب رفتاری معنا پیدا می کنند و قابل ارزیابی و سنجش، تلقی می شوند.

نتایج مطالعات کنترل شده ی تصادفی فوا، دانکو^۳ و همکاران (۱۹۹۹)، مارکس، لاول^۴ و همکاران (۱۹۹۸)، فوا (۲۰۰۵)، نشان می دهند که درمان شناختی رفتاری مداخله ای اثربخش در اختلال استرس پس از سانحه است (فوا، ۲۰۰۶). فوا و همکارانش، روش PE به تنهایی، روش SIT به تنهایی، ترکیب روش PE و SIT و لیست انتظار را مقایسه کردند (فوا، دانکیو^۵، ۱۹۹۹). نتایج بررسی آنها نشان می دهد پس از جلسات درمانی، بهبودی در همه روشهای ذکر شده یکسان

1-Prolonged Exposure Therapy

2-Foa

3-Dancu

4-Mraks, Lovell

5-Foa, Dancu



نیست. ۷۵ درصد از بیماران در گروه PE، ۴۲ درصد از بیماران در گروه SIT، ۳۶ درصد از بیماران در گروه ترکیب SIT/PE، بهبود یافتند، در حالی که هیچ یک از افراد فهرست انتظار، عملکرد خوبی در پایان تحقیق نداشتند. در پیگیری ۱۲ ماهه، ۵۲ درصد در گروه PE، ۴۲ درصد در گروه SIT و ۳۶ درصد در گروه SIT/PE، عملکرد خوبی را نشان دادند. مارکس لاول، نوشیروانی، لیوانو و تراشر^۱ (۱۹۹۸)، قربانیان مبتلا به PTSD مزمن را به طور تصادفی به روشهای PE، CR و PE/CR و آرام سازی عضلانی^۲ (MR) برای درمان، کاربندی کردند. ۵۳ درصد در گروه PE، ۳۲ درصد در گروه CR، ۳۲ درصد در گروه PE/CR و تنها ۱۵ درصد در گروه R در این معیار، عملکرد خوبی داشتند و بهبودی در پیگیری ۶ ماهه تداوم داشت.

نتایج دو پژوهش صورت گرفته در خصوص بهبودی و درمان مبتلایان به PTSD بیانگر آن است که فعال سازی شبکه‌ی ترس یا درگیری هیجانی در طول درمان با روان درمانی موفق، ارتباط داشته است. فوآ، ریگز، مسی و یارکزور^۳ (۱۹۹۵) دریافتند، بیمارانی که در جلسه اول مواجهه ترسهای شدیدتری را بروزمی دادند نسبت به کسانی که شدت کمتری از ترس را نشان می دادند سود بیشتری از درمان می بردند و بیمارانی که خشم بیشتری قبل از درمان گزارش کردند و در طول تجسم حادثه، ترس کمتری را تجربه کردند، نسبت به بیمارانی که خشم کمتری داشتند از درمان سود بیشتری بردند. این اطلاعات از طریق یک مطالعه‌ی دیگر بر روی قربانیانی که پی برده‌اند خشم، بهبودی طبیعی را به تاخیر می اندازد، تایید شده است (ریگز، دانکیو، گرشنی، گرینبرگ و فوآ^۴ ۱۹۹۲). بر این اساس، فوآ و ریگز فرض کردند که روند بهبودی طبیعی، شامل سازمان دهی و روان بودن خاطره‌ی حادثه است و درماندگی افراد به سازمان دهی خاطره، با آسیب شناسی حادثه مرتبط خواهد بود.

مطالعه‌ی موردی بر روی دو نفر، یک مورد، اختلال پس از یک سانحه‌ی هوایی در شیراز و مورد دوم، اختلال در سوانح جنگی جبهه‌های جنوب نشان داد که غرقه سازی تجسمی به تنهایی، در کاهش علائم ذهنی و رفتاری اختلال پس از سانحه در کوتاه مدت موثرتر است (حق شناس

1-Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou & Thrasher

2-Muscle Relaxation (MR)

3-Foa, Riggs, Massie & Yarczower

4-Foa, Riggs, Dancue, Greshuny, Gteenbery

اشکانی، ۱۳۷۶). مطالعه‌ی دیگری بر روی نظامیان دچار سانحه و دارای علائم PTSD در نیشابور نشان داد که روش مشاوره‌ی فردی با رویکرد شناختی رفتاری بر درمان بیماران مبتلا به PTSD ناشی از جنگ موثر است (رفیع‌نیا، ۱۳۷۹).

در این پژوهش، اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) را در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مورد بررسی قرار داده ایم تا معلوم کنیم که: آیا درمان شناختی رفتاری (CBT) موجب کاهش پس‌کوپاتولوژی اختلال‌های روانی علائم اختلال استرس پس از سانحه، کاهش علائم تجربه‌ی مکرر صحنه‌ی حادثه، کاهش علائم اجتناب در بیماران و کاهش علائم برانگیختگی مستمر در بیماران مبتلا به PTSD ناشی از جنگ می‌شود؟

روش

در این پژوهش، به روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۶ نفر از بیماران مبتلا به PTSD که به بیمارستان روان پزشکی صدر مراجعه کردند، بر اساس مصاحبه‌ی روان پزشکی مبتنی بر تشخیص PTSD و انجام مصاحبه‌ی بالینی توسط محقق و اجرای فهرست علائم SCL90-R و مصاحبه‌ی PTSD-I واتسون و همکاران، انتخاب شدند. ۸ نفر از بیماران، فنون درمان شناختی رفتاری و ۸ نفر دیگر از آنها مشاوره‌ی حمایتی دریافت کردند.

ابزار

آزمون SCL90-R: این آزمون، شامل ۹۰ سوال برای ارزشیابی علائم روانی است که به وسیله‌ی آزمودنی گزارش می‌شود. فرم اولیه‌ی آزمون، توسط دراگوتیس، لیمن و کوی^۱ معرفی شد و براساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روانسنجی استفاده و مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آن تهیه گردیده است.

پاسخ‌های ارایه شده به هر یک از مواد آزمون، در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی که از «هیچ» تا به «شدت» می‌باشد، مشخص می‌شود. ۹۰ ماده‌ی این آزمون ۹ بُعد مختلف شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب



پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را دربر می گیرد. نمره گذاری و تفسیر آزمون، براساس سه شاخص ضریب کلی علایم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علایم مرضی بدست می آید. SCL90-R یکی از پر استفاده ترین آزمون ها در ایالات متحده است که علاوه بر استفاده برای بیماران روانی، در مورد معتادین به الکل و مواد مخدر، ناتوانی های جسمی، بیماران سرطانی، مبتلایان به نارسایی قلب بیماران با ناراحتی های شدید جسمی و افرادی که نیازمند مشاوره هستند و همچنین به عنوان یک وسیله سرند و تشخیص، با موفقیت به کار گرفته می شود. مطالعات دراگوتیس، مورو فتینگ و پنمن، (۱۹۸۳ و ۱۹۸۴) نشان دهنده ی قدرت آزمون در تمیز افراد سالم از بیمار است (باقری یزدی، ۱۳۷۲).

مصاحبه ی واتسون و همکاران *PTSD-I*: مصاحبه ی واتسون و همکاران شامل ۱۷ سوال و هماهنگی با معیارهای PTSD مبتنی بر DSM-III-R است. مصاحبه از چهار قسمت A-B-C-D تشکیل شده است. معیار A، وجود تجربه ای خارج از طیف تجربیات معمول انسان، معیار B به تجربه مداوم، معیار C مربوط به بررسی اجتناب پایدار و مستمر و معیار D علایم بیش برانگیختگی PTSD را نشان می دهد. این سیاهه از اعتبار و پایایی قابل قبول برخوردار است (میرزایی و همکاران ۱۳۸۳).

طرح درمان

در پژوهش حاضر، بیماران پس از آزمون با تست SCL 90-R و مصاحبه ی بالینی واتسون و همکاران PTSD-I وارد طرح درمانی ۱۴ هفته ای شدند. همان گونه که در جدول شماره ی ۱ مشاهده می شود. در جلسه ی اول معارفه، آشنایی با بیمار و گرفتن شرح حال، در جلسه ی دوم ارزیابی توسط تست SCL90-R و مصاحبه ی واتسون و همکاران به عمل آمد. در جلسه ی سوم عقد قرارداد درمانی، آموزش منطق درمان، آموزش مدل سه مولفه ای اضطراب C،B،A و روش مواجهه ی ممتد و ضبط جلسات مواجهه و در اختیار قرار دادن نوار جلسات به بیمار توضیح داده شد و در انجام دادن تکالیف خانگی تاکید شد. در جلسه ی چهارم، اختلال استرس پس از سانحه و علایم آن آموزش داده شد و در جلسه ی پنجم، آموزش تکنیک بازآموزی تنفسی به همراه مبنای فیزیولوژیک آن انجام گرفت. در جلسه ی ششم، اجرای آرام سازی پیشرونده ی عضلانی، آموزش



راههای کنترل خشم و اضطراب شامل آرام سازی پیشرونده ی عضلانی، توجه برگردانی خودگویی مثبت، تغییر افکار منفی باشیوهی پاسخ دادن منطقی به مسایل، آموزش مهارتهای اجتماعی، آموزش داده شد و در جلسه ی هفتم، انجام آرام سازی پیشرونده ی عضلانی و بازسازی شناختی آموزش داده شد. در جلسه هشتم، آرام سازی پیشرونده ی عضلانی و بازسازی شناختی بیان منطق مواجهه ی ممتد، تهیه ی سلسله مراتب تمرینات مواجهه. سلسله مراتب از آرامش کامل تا اضطراب شدید انجام گرفت و در جلسه نهم، آرام سازی پیشرونده ی عضلانی مواجهه ی تصویری و بازسازی شناختی انجام گرفت.

بعد از آرام سازی پیشرونده ی عضلانی، بیمار با حوادثی که در طول مدت حضور در جبهه با آن درگیر بود و فشار روانی کمتری بر وی داشت، مواجه شد. در این مرحله، بیمار احساساتش را دوباره تجربه و آن را بیان می کرد، از بیمار خواسته می شد احساساتی را که می خواسته ابراز کند و آن را بیان نکرده، مورد توجه قرار داده و آنها را ابراز کند. هرزمانی که بیمار نشانه های اضطراب شدید را نشان می داد، مواجهه قطع و آرام سازی تنفسی صورت می گرفت. در صورت لزوم، در ضمن مواجهه بر روی مسایلی که بیمار مطرح می ساخت بازسازی شناختی انجام می گرفت، در خاتمه ی جلسه ی مواجهه ممتد، آرام سازی تنفسی و در صورت نیاز آرام سازی عضلانی پیشرونده، انجام و بیمار به حالت آرامش می رسید. در پایان جلسه ی نوار جلسه ی مواجهه در اختیار بیمار قرار داده می شد تا در منزل، حداقل روزی یکبار بعد از آرام سازی پیشرونده ی عضلانی، به آن گوش بدهد و آشفستگی ذهنی خود را یادداشت کند.

در جلسه ی دهم، آرام سازی پیشرونده ی عضلانی، مواجهه ی تصویری، بازسازی شناختی با تاکید بر حوادثی که بیمار در جلسه ی نهم، عنوان کرده بود، انجام شد و در جلسه ی یازدهم آرام سازی پیشرونده ی عضلانی، مواجهه ی تصویری با حوادثی که در جلسه ی نهم و دهم بازگو شده بود انجام گرفت و نوار جلسه در اختیار بیمار قرار گرفت (مانند جلسه نهم). در جلسه ی دوازدهم، آرام سازی پیشرونده و بازسازی شناختی در مورد مواجهه ی ممتد و مشکل هایی که برای بیمار مهم بود مطرح شد و سرانجام در جلسه ی سیزدهم، ارزیابی با تست SCL90-R و مصاحبه ی واتسون انجام شد تا در جلسه ی چهاردهم، گزارش ارزیابی تست SCL90-R و مصاحبه ی واتسون به بیمار داده شود. برای گروه کنترل، جلسات به صورت مشاوره ی حمایتی اجرا شد. برای گروه کنترل

جلسات به صورت درمان حمایتی اجرا شد و بعد از اتمام پژوهش و معلوم شدن نتایج، این گروه نیز در کاربندی درمانی وارد شدند.

طرح درمان

جلسات	محتوی جلسات درمان
جلسه اول	آشنایی با بیمار، گرفتن شرح حال
جلسه دوم	ارزیابی توسط فهرست علایم SCL90/R و مصاحبه بالینی واتسون و همکاران
جلسه سوم	عقد قرارداد درمانی، آموزش منطق درمان، آموزش مدل سه مولفه ای اضطراب A-B-C و تاکید به انجام تکالیف خانگی
جلسه چهارم	آموزش در خصوص سیر و ماهیت اختلال PTSD
جلسه پنجم	آموزش تکنیک بازآموزی تنفسی به همراه مبنای فیزیولوژیک آن
جلسه ششم	آموزش و انجام آرام سازی پیشرونده عضلانی، آموزش و تمرین روشهای کنترل اضطراب و استرس
جلسه هفتم	انجام آرام سازی پیشرونده عضلانی و بازسازی شناختی
جلسه هشتم	انجام آرام سازی پیشرونده عضلانی و بازسازی شناختی، بیان منطق رویارویی تصویری، تهیه سلسله مراتب تمرینات رویارویی
جلسه نهم	انجام آرام سازی پیشرونده عضلانی، مواجهه تصویری، بازسازی شناختی
جلسه دهم	انجام آرام سازی پیشرونده عضلانی، مواجهه تصویری، بازسازی شناختی
جلسه یازدهم	انجام آرام سازی پیشرونده عضلانی، مواجهه تصویری، بازسازی شناختی
جلسه دوازدهم	انجام آرام سازی پیشرونده عضلانی، بازسازی شناختی
جلسه سیزدهم	ارزیابی توسط مصاحبه بالینی واتسون و همکاران فهرست علایم SCL90/R
جلسه چهاردهم	گزارش ارزیابی فهرست علایم SCL90/R و مصاحبه بالینی واتسون به بیمار

یافته های پژوهش

همان گونه که در جدول ۱ دیده می شود، در بررسی پسیکوپاتولوژی اختلال های روانی، مقدار F مربوط به پیش تست، برابر با ۲۲/۵۱۴ و از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است.

همچنین، در بررسی اختلال استرس پس از سانحه، مقدار F مربوط به پیش تست برابر با ۳۲/۷۵۸ و از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است.

جدول ۱: خلاصه‌ی محاسبات تحلیل کوواریانس پسیکوپاتولوژی اختلال های روانی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	پیش تست	۶۹۲۲/۶۵۰	۱	۶۹۲۲/۶۵۰	۲۲/۵۱۴	۰/۰۰۰
پسیکوپاتولوژی	گروه	۲۳۶۰۳/۹۳۰	۱	۲۳۶۰۳/۹۳۰	۷۶/۷۶۴	۰/۰۰۰
اختلال های روانی	خطا	۳۹۹۷/۳۵۰	۱۳	۳۰۷/۴۸۸		
	کل	۵۹۳۲۰/۰۰۰	۱۵			

جدول ۲: خلاصه‌ی محاسبات تحلیل کوواریانس اختلال استرس پس از سانحه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	پیش تست	۹۷۸/۵۴۲	۱	۹۷۸/۵۴۲	۳۲/۷۵۸	۰/۰۰۰
اختلال	گروه	۴۱۷۴/۳۸۵	۱	۴۱۷۴/۳۸۵	۱۳۹/۷۴۳	۰/۰۰۰
استرس پس از سانحه	خطا	۳۸۸/۳۳۳	۱۳	۲۹/۸۷۲		
	کل	۴۷۰۱/۹۳۸	۱۵			

از آنجایی که تجربه‌ی مجدد صحنه‌ی حادثه، رفتارهای اجتنابی و برانگیختگی مستمر مسایلی مطرح و بسیار مهم در بیماران مبتلا به PTSD است هر یک از این موارد را نیز مورد بررسی قرار داده‌ایم.

جدول ۳: خلاصه‌ی محاسبات تحلیل کوواریانس خرده مقیاس تجربه‌ی مجدد صحنه‌ی حادثه‌ی

آزمون PTSD

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	پیش تست	۷۷/۴۰۱	۱	۷۷/۴۰۱	۱۹/۳۶۰	۰/۰۰۱
تجربه‌ی مکرر صحنه حادثه	گروه	۴۲۱/۸۴۵	۱	۴۲۱/۸۴۵	۱۰۵/۵۱۳	۰/۰۰۰
	خطا	۵۱/۹۷۴	۱۳	۳/۹۹۸		
	کل	۵۳۹/۴۳۷	۱۵			

همانگونه که در جدول ۳ دیده می شود، در بررسی مقیاس تجربه ی مکرر صحنه ی حادثه، مقدار F مربوط به پیش تست برابر با ۱۹/۳۶۰ و از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است. در بررسی مقیاس تجربه ی مکرر صحنه ی حادثه، مقدار F مربوط به پیش تست برابر با ۰/۱۷۳ و از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار نیست و همچنین، همانگونه که جدول ۶ نشان می دهد، در بررسی مقیاس برانگیختگی مستمر، مقدار F مربوط به پیش تست برابر با ۶/۵۳۹ و از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است.

جدول ۴: خلاصه ی محاسبات تحلیل کوواریانس خرده مقیاس اجتناب آزمون PTSD

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اجتناب	پیش تست	۲/۶۲۷	۱	۲/۶۲۷	۰/۱۷۳	۰/۶۸۴
	گروه	۳۰۴/۱۴۲	۱	۳۰۴/۱۴۲	۲۰/۰۸۳	۰/۰۰۱
	خطا	۱۹۶/۸۷۳	۱۳	۱۵/۱۴۴		
	کل	۵۰۵/۷۵۰	۱۵			

جدول ۵: خلاصه ی محاسبات تحلیل کوواریانس خرده مقیاس برانگیختگی مستمر آزمون PTSD

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
برانگیختگی مستمر	پیش تست	۱۴۷/۸۴۲	۱	۱۴۷/۸۴۲	۶/۵۳۹	۰/۰۲۴
	گروه	۵۴۶/۲۰۱	۱	۵۴۶/۲۰۱	۲۴/۱۵۹	۰/۰۰۰
	خطا	۲۹۳/۹۰۸	۱۳	۲۲/۶۰۸		
	کل	۸۴۱/۷۵۰	۱۵			

بحث و نتیجه گیری

اطلاعات بدست آمده از این پژوهش، همانند یافته های فوآ و همکاران (۱۹۹۹)، یشیری (۱۳۸۰) و رفیع نیا (۱۳۷۹) تاثیر قابل ملاحظه ی مداخله های شناختی رفتاری، بر کاهش نشانه های PTSD،

افسردگی، خشم و اضطراب فراگیر را نشان می دهد. یافته های این مطالعه با نتایج پژوهش فوآ (۲۰۰۴) و میرزایی (۱۳۸۳) مبنی بر اینکه، روش های شناختی رفتاری در مبتلایان به PTSD ناشی از ضربه های چندگانه اثر بخش بوده و موجبات کاهش علائم PTSD شامل آشفتگی هیجانی شدید، افکار مزاحم یا مداخله گر، بازگشت ناگهانی و کابوس شبانه، اجتناب، کرختی عاطفی و فقدان علاقه، آشفتگی خواب، اختلال تمرکز، تحریک پذیری و خشم، گوش به زنگی می شود همخوانی دارد. یافته های این بررسی، موید این مطلب است که آموزش شیوه های مقابله با افکار مزاحم، می تواند به طور کاملاً موثری از شدت آن در بازماندگان بکاهد. موضوعی که یافته لاول و مارکس (۱۹۹۸) و کوپر و کالم (۱۹۸۹) نیز آن را مورد تایید قرار می دهد. یافته های مطالعه ی نتایج ارایه شده توسط الیاسی (۱۳۷۸) و یتربی (۱۳۸۰) در خصوص تاثیر مداخله ها بر روی اجتناب و برانگیختگی مستمر، هرچند تاثیر مداخله ها در بررسی های مختلف متفاوت بوده، ولی نشان- دهنده ی کاهش شدت علائم در افراد مورد مطالعه بوده است.

منابع

- اتکینسون، ریتال. اتکینسون، ریچارد.س. هیلگارد، ارنست.ر. (۱۹۰۴) *زمینه روان شناسی*، ترجمه محمد نقی برهنی، کیانوش هاشمیان، نیسان گاهان، سعید شاملو و همکاران، ۱۳۸۴، انتشارات رشد.
- الیاسی، محمد حسین، (۱۳۷۸) *بررسی میزان شیوع PTSD مزمن در نوجوانانی که در کودکی در معرض حملات نظامی قرار گرفته اند و مقایسه ی میزان اثربخشی رفتار درمانی شناختی و معنا درمانی در درمان آنان*، رساله ی دکترا، دانشگاه علامه طباطبایی.
- الیس، آلبرت (بی تا) *احساس بهتر، بهتر شدن، بهتر ماندن*، ترجمه ی، مهرداد فیروز بخت، ۱۳۸۳، تهران: انتشارات رسا.
- الیس، آلبرت (بی تا) *با آلبرت الیس مشاوره کنید*. ترجمه ی، مهرداد فیروز بخت، ۱۳۸۳، تهران: انتشارات رسا.
- باقری یزدی، سید عباس و همکاران (۱۳۷۲) *بررسی اپیدمیولوژی اختلال های روانی در مناطق شهری شهرستان یزد*، انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.
- جوزف و همکاران (۱۹۹۷) *استرس پس از حادثه*، ترجمه ی محمد حسین الیاسی، تهران: نشر آمن، ۱۳۷۹.

حق شناس، حسن، اشکانی، حمید (۱۳۷۶) دو گزارش موردی از روان درمانی، PTSD. با روشهای رفتاری، مجموعه مقالات سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ، گردآورنده، نوربالا، حمید، صفحه ۵۷۶ تا ۵۷۸).

رفیع نیا (۱۳۷۹) بررسی تاثیر مشاوره فردی با رویکرد شناختی - رفتاری بر درمان بیماران مبتلا به PTSD ناشی از جنگ. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

کریس. ال. کلینکه (بی تا). مهارتهای زندگی، مترجم، شهرام محمدخانی، ۱۳۸۴، جلد اول، انتشارات اسپند هنر.

میچن بام، دونالد (۱۹۸۶) آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، ترجمه ی سیروس مبینی ۱۳۷۶، انتشارات رشد.

میرزایی، جعفر و همکاران (۱۳۸۳)، مقایسه تشخیص های بالینی بیماران بستری و سرپایی مبتلا به PTSD با آزمودنهای روان شناختی، مجله علمی، پژوهشی طب نظامی، شماره ۳، ۱۳۸۳، صفحه ۲۰۱ الی ۲۰۹.

میرزایی، رقیه (۱۳۵۹)، ارزیابی و اعتبار آزمون SCL90 در ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی علوم رفتاری، دانشگاه تهران.

هاوتون، کرک، سالکوس کیس، کلارک (بی تا)، رفتار درمانی شناختی، جلد اول، ترجمه ی حبیب الله قاسم زاده، ۱۳۸۳، انتشارات ارجمند.

هارت. ب. آشلی (بی تا)، راهنمای کاربردی برای مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ و درگیری نظامی، ترجمه ی رضا امینی، ۱۳۸۳، پژوهشکده مهندسی علوم پزشکی جانبازان.

یثربی، کامران (۱۳۸۰)، بررسی اثر بخش رفتار درمانی شناختی بر اختلال استرس پس از سانحه. پایان نامه کارشناسی ارشد انستیتو روان پزشکی تهران، ۱۳۸۰.

یثربی و همکاران، (۱۳۸۰)، بررسی اثر بخشی روشهای شناختی رفتاری بر روی نمونه ای از مبتلایان به PTSD ناشی از جنگ. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی روان پزشکی تهران.

American Psychiatric Association (2005), Let,s Talk facts About PTSD, *WWW. Healthyminds. org*.

Amir, N., Stafford, J., Freshman, M. S., & Foa, E. B. (1998). *Relationship between trauma narratives and trauma pathology*.



- Cooper, N. A., & Clum, G. A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans : A controlled study. *Behavior therapy* 20 (3), 381-391.
- Foa, E.B (2006), Psychosocial Therapy for PTSD, *Jornal of clinical Psychiatry*, Supple 2, 67, Page 40-45
- Foa, E.B (2005), Prolonged Exposure Therapy for PTSD, *WWW.Samnsa.gov*.
- Foa, E.B (2004), Treating Psychological Trauma and PTSD, (Edited by), 1 John, P. Wilson, 2 Mathew, J, Frieman, 3 Jacob, D , Lindy, Guilford Press, P, 159-178 , Chapter 7.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., & Street, G. P. (1999). *The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault.*
- Foa, E. B. (1997). Keynote lecture presented at the Conference or the European Association for Cognitive and Behavioral Therapies, Venice, Italy.
- Foa, E. B., Riggs, D.S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of feat activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Iivanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and / or cognitive restructuring.