

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود

اختلال استرس پس از سانحه

(مطالعه موردی: زلزله‌زدگان کرمانشاه آبان ۱۳۹۶)

علیرضا مرآتی^۱، حسنعلی ویسکرمی^۲، دنیا آوند^۳

۱. نویسنده مسئول: عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

Email: alirezamerati@pnu.ac.ir

۲. استادیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳. مدرس مدعو دانشگاه پیام نور و دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

دریافت: ۹۷/۱/۲۹ پذیرش: ۹۸/۲/۲

چکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۱ سندرمی است که پس از مشاهده یا شنیدن یک عامل استرس‌زا و آسیب‌زای شدید رخ می‌دهد و می‌تواند منجر به مرگ شود، اگرچه با روش‌های درمانی می‌توان روند بهبود آن را میسر ساخت. در این خصوص پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT)^۲ بر اختلال استرس پس از سانحه در بین زلزله‌زدگان شهر سرپل ذهاب در استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بود.

روش: از بین افراد یک نفر بر اساس نمونه در دسترس و به صورت تصادفی از مراجعان به کمپ امدادی روان‌شناسان مستقر در محل، انتخاب و پس از تأیید روان‌پزشکان و با مصاحبه‌های بالینی آزمایش شد. این پژوهش یک مطالعه موردی به صورت خط پایه چندگانه است که برای داده‌های به‌دست آمده از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری در کاهش اختلالات ناشی از استرس پس از حادثه تأثیر مثبت دارد و بهبودی بیمار به میزان ۸۱/۷ درصد به دست آمد که این اثرات در دوره پیگیری نیز تا حدود زیادی ماندگاری داشت.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج، درمان شناختی رفتاری در کاهش و بهبود علائم ناشی از اختلال استرس پس از حادثه مؤثر است.

کلمات کلیدی: استرس پس از حادثه، درمان شناختی، مطالعه موردی، زلزله

^۱ posttraumatic stress disorder

^۲ cognitive behavioral therapy

مقدمه

در دسته‌بندی اختلال‌های اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه در آخرین زیرگروه و به‌عنوان یکی از اختلال‌های اضطرابی به حساب می‌آید. در این اختلال نشانه‌های مرضی به دنبال یک حادثه آسیب‌زا معمولاً هم خارج از تحمل تجربه انسان بروز می‌کند. [۱] آسیب‌های بسیاری از جمله زلزله می‌توانند سبب بروز این اختلال شوند. اگر فرد آسیب‌دیده از این بلای طبیعی، تا مدت‌ها زمینه آن را دارد که به صورت ذهنی و جسمی درگیر آن باشد. به گونه‌ای که بسیاری از فعالیت‌های روزمره، تکراری و طبیعی او می‌تواند تحت تأثیر قرار گیرد. از جمله نشانه و ویژگی‌های این اختلال، تجربه دوباره حادثه تکان‌دهنده، رفتارهای اجتنابی، کمرختی در پاسخ به محرک‌ها، بی‌احساسی نسبت به درگیر شدن با دنیای بیرونی و مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فعالیت بیش از اندازه دستگاه عصبی خودکار است. اختلال استرس پس از سانحه بر اساس راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5)^۱ جزء مجموعه تشخیصی اختلالات تروما و وابسته به استرس است. [۸] این اختلال پس از مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا ایجاد و نشانه‌هایی همچون (۱) مزاحمت‌ها؛ (۲) اجتناب؛ (۳) تغییرات منفی در شناخت و خلق؛ (۴) تغییرات برجسته در برانگیختگی و واکنش پذیری دارد. [۲] از عوارض دیگر می‌توان به افسردگی اساسی، سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات سوء مصرف مواد و کیفیت پایین زندگی اشاره کرد. [۳]

بسیاری از مردم، بلافاصله بعد از تجربه یک حادثه، علایم این اختلال را نشان می‌دهند. در بسیاری از مطالعات بالینی مشخص شده است که برنامه‌های شناختی رفتاری در کنترل علایم بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مؤثر هستند. در این میان تأثیر درمان از نوع مواجهه ممتد برای این بیماران مورد تأیید قرار گرفت. [۴]

پژوهش‌ها حاکی از آن است که این اختلال شیوع بالایی دارد. کسلر^۲ و همکاران (۱۹۹۵) در مطالعه‌ای میزان شیوع دائمی این اختلال را ۷/۸ درصد (مردان ۵ درصد و زنان ۱۰/۴ درصد) در آمریکا، ۸ درصد در آمریکای شمالی برآورد کردند. میزان شیوع یک‌ساله در آمریکا و استرالیا نیز بین ۱/۳ درصد تا ۳/۶ درصد گزارش شد. [۵] این میزان بر اساس راهنمای آماری ملاک‌های تشخیصی اختلالات روانی در شیوع یک‌ماهه بین ۱/۵ تا ۱/۸ درصد ذکر شد. [۶] با توجه به این میزان بالای شیوع، طبیعتاً مطالعات کنترل شده بسیاری در زمینه ارزیابی‌ها و درمان‌های متفاوت برای این اختلال صورت گرفته که عمده آنها به صورت رفتاری شناختی بوده است. برادلی^۳ و همکاران (۲۰۰۵) طی مطالعه‌ای از نوع فراتحلیل به شناسایی و مرور ۲۶ مطالعه درمانی مرتبط با این اختلال پرداخته شد که ۴۴ موقعیت درمانی را مورد استفاده قرار داد و از این میزان، ۳۷ مورد آن با یکی از عناوین درمان‌های رفتاری-شناختی از جمله حساسیت‌زدایی با استفاده از چشم طبقه‌بندی می‌شدند، و از ۴۴ موقعیت، فقط ۲۳ مورد از شرایط کنترل متغیرها استفاده کرده بودند. [۷]

² Kessler

³ Bradley

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

میانگین اندازه اثر بر اساس تغییرات قبل و بعد از درمان، ۱/۴۳ و ۶۷ درصد تکمیل کنندگان درمان به هیچ وجه ملاک‌های تشخیص اختلال را در دوره پیگیری نشان ندادند. در مقابل، میانگین اندازه اثر برای کنترل‌های فعال و فهرست انتظار به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۳۵ بود. بنابر این شواهد کاملاً گویای آن است که مداخلات رفتاری-شناختی در درمان استرس پس از سانحه نسبت به شرایط کنترل فعال و فهرست انتظار، مفید و کمک‌کننده هستند. [۸]

مطابق نظریه انعطاف‌پذیری شناختی، سلامت‌روان، یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت‌هایی که از لحاظ ارزشمندی با ثبات است. شکل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی با افراط در قوانین رفتاری و عاطفی ناسازگارانه یا با رفتارهایی ارزش‌محور و حساسیت به احتمالات مربوط به آینده شرح داده می‌شوند. [۹] انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند. [۱۰]

درمان رفتاری شناختی از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی عمدتاً در بستر شرطی‌سازی پاولفی و نوپاولفی و رویکرد شناختی چه در قالب شناخت درمانی و چه در چارچوب روان‌شناسی شناختی و دانش شناخت پایه پدید آمده است. امروزه این رویکرد نظریه‌ها و نگرش‌های نسبتاً متفاوتی را در خود جای داده است که تنها وجه مشترک آنها، توجه به نقش واسطه‌ای فرایندهای شناختی در پردازش اطلاعات و بروز واکنش فرد به محرک‌هاست. این رویکرد از اصطلاحات و مفاهیمی استفاده می‌کند که

به نحوی در چارچوب رفتاری معنا پیدا می‌کنند و قابل ارزیابی و سنجش تلقی می‌شوند. رفتار درمانی شناختی رویکردی روان‌درمانی است که احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، سریع و هدف‌مدار نشانه می‌گیرد. [۱۱]

درمان رفتاری شناختی بر پایه این تصور قرار گرفته که رفتار و الگوهای فکری منفی متغیر بر عواطف شخص تأثیر به‌سزایی دارد. [۱۲] این روش معمولاً کوتاه و با یک اقدام تنظیم شده است. [۱۳]

سیلورمن و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش‌های خود در خصوص بهبود و درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه نشان دادند که فعال‌سازی شبکه ترس یا درگیری هیجانی در طول درمان با روان‌درمانی موفق ارتباط داشته است. [۷]

فوا و همکاران (۲۰۰۶) دریافتند مراجعانی که ترس‌شان در جلسات اول شدیدتر بود از روش‌های درمانی استفاده بیشتری بردند. همچنین بیمارانی که قبل از درمان، خشم بیشتری داشتند و در طول درمان نیز در تجسم‌های خود ترس کمتری را تجربه کردند نسبت به سایرین بهره بیشتری بردند. [۴]

مطالعه موردی روی یک مورد اختلال پس از سانحه هوایی در شیراز و یک مورد از سوانح جنگی جبهه‌های جنوب نشان داد که غرقه‌سازی تجسمی به تنهایی در کاهش علائم ذهنی و رفتاری اختلال پس از سانحه در کوتاه‌مدت مؤثر است. [۱۴]

با توجه به مطالب ذکرشده، مسئله اصلی این پژوهش اثربخشی درمان شناختی رفتاری بود که با مطالعه عمیق به اثرات این روش در کاهش

تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت بخش است. [۱۶]

۲- پرسشنامه اضطراب بک^۴: پرسشنامه خود گزارش ۲۱ ماده‌ای است که برای انعکاس شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک هفته گذشته است این مقیاس به صورت سه درجه ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده و بالاترین نمره‌ای که در آن به دست می‌آید ۶۳ است. بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. [۱۷]

صلواتی، روایی محتوا، همزمان، تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده است [۱۸]. ضریب اعتبار این پرسشنامه در ایران با روش باز آزمایی به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش شده است. [۱۹] در پژوهش حاضر این میزان ۰/۸۳ محاسبه شد که در حد قابل قبولی است. ۳- سیاهه نشانه شناختی مختصر^۵: شامل ۵۳ گویه است که بر اساس مقیاس لیکرت در طیفی ۵ درجه‌ای از صفر (موافق نیستم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. [۲۰] ابعاد اصلی آن شامل علائم جسمانی، وسواسی جبری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، روان‌پریشی می‌شود. این ابزار چهار مورد دیگر مانند کم‌اشتها شدن، مشکل در خواب، تفکر درباره مرگ و مردن و احساس گناه دارد که نمره آنها با هم جمع شده، اما به عنوان یک بُعد محاسبه نمی‌شود. تحلیل

پسیکوپاتولوژی اختلال‌های روانی علایم این اختلال، کاهش علایم تجربه مکرر صحنه حادثه، کاهش علایم اجتناب در بیماران و کاهش علایم تحریک آنان پرداخته شد که آیا این روش در کاهش موارد ذکر شده تأثیر دارد؟

روش تحقیق

پژوهش حاضر در قالب طرح مطالعه تک موردی به صورت خط پایه چندگانه^۱ انجام شد. جامعه آماری را زلزله‌زدگان شهرستان سرپل ذهاب سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند که پس از این سانحه دچار این اختلال شده بودند. با توجه به طرح پژوهش حاضر از یک مرجع استفاده شد. انتخاب نمونه بر اساس روش مبتنی بر هدف و به صورت هدفمند و از جامعه در دسترس صورت گرفت. پس از تأیید روان‌پزشک و تشخیص علایم بیماری با ملاک‌های موجود، نمونه انتخابی خانمی ۳۳ ساله دانشجوی ارشد حقوق بود که پس از وقوع زلزله مذکور دچار حملات وحشت‌زدگی شده بود.

ابزار

۱) مصاحبه بالینی ساختار یافته: این روش ابزار انعطاف‌پذیری دارد که توسط فرست^۲ و همکاران (۱۹۹۶) تهیه شده است. [۱۵] شریفی و همکاران (۱۳۹۰) این مصاحبه را پس از ترجمه به فارسی، روی نمونه ۲۲۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). کاپای کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل

¹ multiple baseline design

² Structured Clinical Interview (SDID-1)

³ First, Spitzer, Gibbon, Williams

⁴ Beck depressive inventory(BAI)

⁵ brief symptom inventory (BSI)

یافته‌ها

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده گردید و با استفاده از نیم‌رخ‌ها فرایند تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته بررسی و برای محاسبه تغییرات درصد بهبودی از فرمول تغییرات درصدی استفاده گردید.

برای سنجش وضعیت اضطرابی از پرسشنامه اضطراب بک استفاده شد که در جدول ۲ حاصل جمع داده‌ها بر اساس داده‌های این ابزار نشان‌دهنده آن است که این شیوه درمانی در درمان نمونه آزمایش مؤثر بوده است. همچنین اثرات مذکور در دوره پیگیری برقرار بود. همان‌طور که در جدول مشخص است نمره آزمودنی در خط پایه برابر با ۳۳، جلسه اول ۳۲، جلسه دوم ۲۸، جلسه سوم ۲۱، و در جلسات بعدی هم بر همین منوال نمره آزمودنی دچار کاهش شده تا نهایتاً به نمره ۹ و ۷ در آخرین جلسات و نمره ۷ در دوره پیگیری یک‌ماهه رسیده که بسیار قابل توجه است و نشان از بهبود معنادار بیمار می‌باشد که در نتیجه اثرات دوره‌های درمانی صورت گرفته که این آثار ثبات و باقی ماندگی یک‌ماهه را هم نشان می‌دهند.

این آزمون در سه سطح عمومی، ابعادی و علامت‌شناختی محض صورت می‌گیرد. پس از اجرای این آزمون سه نمره کلی به دست می‌آید که شامل شاخص شدت کلی (GSI)، جمع علائم مثبت (PST) و شاخص آشفتگی ناشی از علائم مثبت (PSDT) می‌شود.

ترینور (۲۰۰۳) اعتبار همزمان سیاهه نشانه‌شناختی مختصر را با مقیاس‌های بالینی (MMPI) محاسبه و ضرایب همبستگی را در دامنه ۰/۳۱ تا ۰/۵۶ گزارش کرد. [۲۱]

محمدخانی و همکاران (۱۳۸۸) ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۹۶ گزارش کردند.

در این پژوهش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به صورت درمان انفرادی به کار گرفته شده است. در زمینه به‌کارگیری و ارزشیابی این مداخله درمانی به روش تک‌موردی نسبت به طرح‌های با نمونه بزرگ می‌توان به انعطاف‌پذیری آن اشاره کرد که امکان شکل‌دهی به این درمان جدید را در مورد اختلال وحشت‌زدگی به وجود می‌آورد و به دلیل ارزیابی‌های مکرر و پیگیری بیمار در طول درمان، اجازه بررسی دلیل و چگونگی ایجاد تغییرات در بیمار، اطلاعات بیشتری را به دست می‌دهد. برنامه درمان در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه تا یک ساعت انجام شد. سرفصل‌ها، موضوعات، تکالیف و تمرین‌ها بر اساس راهنمای عملی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی استفاده شد. (جدول ۱)

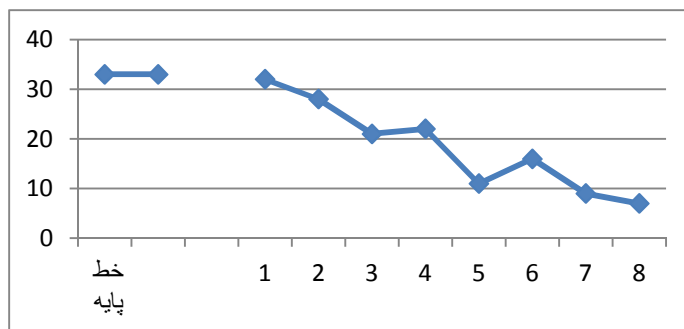
¹Minnesota Multiphasic Personality Inventory

جدول ۱: محتوای جلسات درمان

جلسه	شرح درمان
جلسه اول	الف- فرمول‌بندی کلی مراجع. ب- معرفی مدل. ج- هدایت خودکار در برابر ذهن آگاهی. د- ضابطه‌مندی انفرادی برای شکل‌گیری عود و عوامل مرتبط با عود. ه- تمرین کشمش خوری به شیوه ذهن آگاهی؛ ارائه تکالیف و جزوات بر اساس نسخه راهنمای درمان و جزوه مربوط به ارکان ذهن آگاهی.
جلسه دوم	الف- بودن در بدن (تمرکز بر بدن و تجربه حس‌های بدنی راه دیگری برای کسب آگاهی از تجارب درونی و کاهش واکنش پذیری نسبت به حملات وحشتزدگی است). ب- آماده سازی بیمار برای انجام تمرین واری بدن به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه. ج- تمرین افکار و احساسات جایگزین. د- ثبت تجارب خوشایند. ه- ارائه تکالیف و جزوات به همراه نوار آموزشی برای انجام تمرین‌ها.
جلسه سوم	الف- معرفی تمرین مراقبه نشسته و منطبق اجرای آن و اجرای آن به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه. ب- بررسی تکالیف جلسه گذشته. ج- ثبت وقایع ناخوشایند. د- ارائه تکالیف. ه- شرح مختصر در مورد تمرین مراقبه نشسته.
جلسه چهارم	الف- ماندن در زمان حال. ب- مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، اصوات و افکار) به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه. ج- تکنیک سه دقیقه زمان تنفس و معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط موجود احساسات مختل‌کننده‌ای را برمی‌انگیزد. د- ارائه تکالیف.
جلسه پنجم	الف- پذیرش/ مجوز حضور. ب- مراقبه نشسته (به ذهن آوری عمدی مشکلات/ دشواری‌ها) از بیمار خواسته می‌شود در جریان مراقبه نشسته تجربه ناخوشایندی را که هنوز آثار روانی آن دامنگیر اوست را به ذهن آوردو به تجربه این افکار با همراه شدن با حس‌های بدنی بنشیند. ج- بحث در مورد تمرین. د- مرور و بررسی تکالیف جلسه قبل. ه- ارائه تکالیف این جلسه.
جلسه ششم	الف- افکار منفی و خلق ارتباط مارا با تجربه محدود می‌کند(افکار حقایق نیستند). ب- مراقبه نشسته. ج- بازنگری تکالیف. د- چگونه با دردهای هیجانی کار کنیم: رنج شما برابر با شما نیست، اما شما می‌توانید کارهای بسیار برای شفا و سلامتی انجام دهید. ه- ارائه تکالیف این هفته.
جلسه هفتم	الف- شناسایی نشانگان هشدار دهنده عود و توسعه برنامه‌ای عملی برای مقابله با این وضعیت (چگونه می‌توان از خود به خوبی مراقبت کرد). ب- مراقبه نشسته. ج- بازنگری تکالیف خانه. د- ارائه تکالیف این جلسه.
جلسه هشتم	الف- جمع‌بندی آموخته‌ها برای آینده و شروعی نو برای باقی مانده زندگی. ب- تمرین منظم ذهن آگاهی به حفظ تعادل در زندگی کمک می‌کند؛ تمرین واری بدن. ج- بازنگری تکالیف خانگی؛ بازنگری آنچه انجام گرفته و بحث در رابطه با تکنیکها و تمرینهایی که بیمار در نظر ندارد آنها را دنبال کند. ترغیب بیمار برای یافتن دلایل مثبت برای این کار. د- توزیع جزوات جلسه آخر ه- پایان دادن به جلسه روان‌درمانی با آخرین مراقبه(تبله، سنگ، مهره).

جدول ۲: نمره‌های آزمودنی در پرسشنامه اضطراب یک قبل از شروع، زمان آزمایش و پیگیری یک‌ماهه

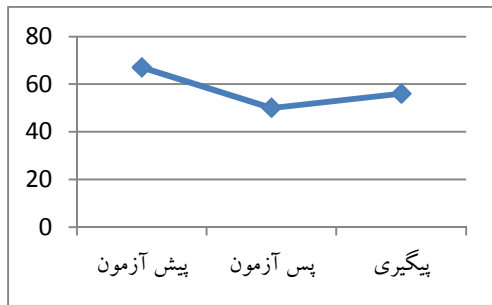
جلسات درمانی	خط پایه	جلسه اول	جلسه دوم	جلسه سوم	جلسه چهارم	جلسه پنجم	جلسه ششم	جلسه هفتم	جلسه هشتم	پیگیری یک‌ماهه
نتایج	۳۳	۳۲	۲۸	۲۱	۲۲	۱۱	۱۶	۹	۷	۸



نمودار ۱: تأثیر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نمره‌های پرسشنامه اضطراب یک آزمودنی

تبدیل و در هر سه مرحله نمایش داده شد. (نمودار

۳)



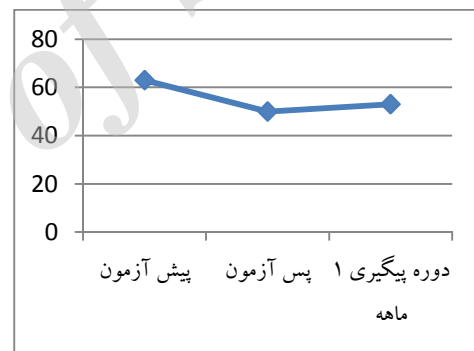
نمودار ۳: تغییرات نمره آزمودنی در شاخص معیار ضریب ناراحتی^۲ در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود اختلال استرس پس از سانحه صورت گرفت. مطالعه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روانی صورت گرفته است. [۲۱] اساساً ذهن آگاهی در معنا و مفهوم علمی خود، به مفهوم روشی برای کنترل توجه گفته می‌شود.

ترینور به نقل تیسدال^۳ [۲۱] هدف اصلی این نوع درمان را کمک به بیماران در دستیابی به شیوه‌ای برای مقاومت در برابر نشخوارهای فکری بیان می‌کند که به دنبال تغییرات ادراک‌شده درباره وضعیت جاری و مطلوب خلقی به راه می‌افتد. در تعریف دیگری ذهن آگاهی به عنوان نوعی شیوه توجه، توجه متمرکز بر هدف، در لحظه حال و بدون قضاوت معرفی شده است. [۱۳]، با این حال باید به این مسأله توجه کرد که ذهن آگاهی در نگاه کابات زین فراتر از روشی برای کنترل توجه است. [۲۳]

نتایج نشان‌دهنده آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شاخص شدت کلی تجربه علائم روان‌پزشکی مؤثر بوده. برای شناسایی این فرض ما شاخص مرتبط با شدت تجربه نشانه‌های روان‌شناختی را بر اساس تقسیم کل نمره کسب شده در سیاهه نشانه‌شناختی مختصر بر کل پاسخ‌ها محاسبه شد، در مرحله بعد نمره به‌دست آمده را بر اساس نمره هنجاری گروه بیماران روان‌پزشکی استاندارد کردیم و سپس نمره استاندارد شده را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری با هم مقایسه کرده که نتایج آن در نمودار ۲ ارائه شده است.



نمودار ۲: تغییرات نمره آزمودنی در شاخص ضریب کلی علائم مرضی^۱ در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

نتایج حاکی از آن است که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نمره بیمار در شاخص آشفتگی ناشی از اختلال مؤثر است. این شاخص در حقیقت شامل نمره کل آزمودنی از آزمون به جمع پاسخ‌های مثبت او به گویه‌ها می‌شود. پس از محاسبه این شاخص نمره خام به صورت هنجار بر اساس نمره هنجاری این بیماری

² Positive Symptom Distress Index (PSDI)

³ Teasdal

¹ Global Severity Index

سبک تفکر بارها برای تقویت مفروضه‌ها و طرح‌واره‌های موجود در جستجوی اطلاعات تبیین‌کننده هستند و در نتیجه این افراد به طوردائم به اطلاعاتی توجه می‌کنند که با حالات منفی و آزاردهنده آنها هم‌خوان است. روش درمانی به کار رفته در بهبود این نشانگان و بازگشت به حالات معمول و اولیه ذهن به بیماران کمک می‌کند. همچنین بر اساس یافته‌ها، درصد بهبودی برای بیمار به میزان ۸۱/۷ درصد به دست آمد که به صورت دیداری در نمودارها قابل مشاهده است. پیگیری تمرینات مربوط به ذهن آگاهی توسط آزمودنی را شاید بتوان به عنوان عمده‌ترین دلیل به دست آمدن این نتیجه برشمرد. این مورد در پژوهش ولز^۱ و همکاران نیز تأکید شد. [۲۹]

کینگستون^۲ و همکاران (۲۰۰۸) نیز در پژوهش خود به این مهم اشاره کردند و اثرات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کاهش نشخوار فکری تأیید کردند. [۳۰]

در ضمن، این پژوهش نشان داد که نتایج پیگیری یک‌ماهه نشان‌دهنده مؤثر بودن روش درمانی است و آزمودنی‌ها از مهارت‌های آموخته در موقعیت‌های مهم مشابه استفاده می‌کنند. در تبیین این یافته باید گفت همانطور که پژوهش‌ها نشان دادند اجتناب به خودی خود باعث جلوگیری از انجام رفتارهای سودمند و استفاده از شیوه‌های نوین و مؤثر حل مسأله می‌شود. اجتناب تجربه‌ای مفهومی است که به عنوان تجربه ناخواسته احساسات، حس‌ها و افکار منفی تعریف می‌شود و فعالیت‌های بسیاری را برای

براساس یافته‌ها، روش درمانی و مداخلات شناختی و رفتاری به کاهش مشهود و قابل ملاحظه در نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه از قبیل خشم و اضطراب منجر می‌گردد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش فوآ [۲۴]، میرزایی و همکاران [۲۵]، اصلانی و همکاران [۱ و ۲۶]، یثربی [۲۷]، محمدخانی و همکاران [۲۸]، ناشی از اینکه روش‌های شناختی و رفتاری در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از ضربه‌های چندگانه اثربخش بوده و موجب کاهش علایم آشفتگی هیجانی شدید، افکار مزاحم یا مداخله‌گر، بازگشت ناگهانی و کابوس شبانه، اجتناب، کرختی عاطفی، اختلال تمرکز، خشم و زودرنجشی، و گوش به زنگی می‌شود، همسو می‌باشد. در تبیین این مهم باید گفت که در مدل‌های شناختی عنوان می‌شود که هر زمان این افراد در معرض تجربه و رویدادهای آزاردهنده قرارگیرند مفروضه‌ها و طرح‌واره‌های ناکارآمدی درباره خود، اطرافیان و محیط پیرامون در آنها شکل می‌گیرد و فعال می‌شود. همچنین در افرادی که از زمینه‌های بروز علائم افسردگی و اضطراب برخوردارند، این مفروضه‌ها بسیار نامتعطف، افراطی و مقاوم در برابر تغییر محسوب می‌شوند که با فعال شدن آنها، افکار منفی بروز می‌کنند و هم‌زمان نشانه‌های افسردگی و اضطراب پدیدار می‌شوند که با تغییرات جسمانی، شناختی، عاطفی، انگیزشی و رفتاری همراه است. در حقیقت وجود این نشانه‌ها سبب بروز افکار منفی دیگری می‌شود و با توجه به نوع تجربه‌ها، سبک تفکر افراد را به اضطرابی و افسرده‌ساز تغییر می‌دهد. همین

¹ Wells

² Kingston

این تجربیات به شکل ناسازگارانه به خود اختصاص می‌دهد. [۳۱]

کاربرد تکنیک‌های منطبق با حساسیت‌زدایی، تصویرسازی جسمی، رویارویی، بازسازی ذهنی، ذهن آگاهی و قرارگیری در محیط آزمایشی، توانایی مقابله مؤثر در برابر هیجانات منفی و کاهش پاسخ‌های اجتنابی آزمودنی‌ها می‌تواند مؤثر واقع شود، همچنین زیربنای نظری درمان شناختی رفتاری تأکید می‌کند که خود حوادث نیست که به حالت‌های خلقی مختلف منجر می‌شود، بلکه تعبیر و تفسیر از حوادث هیجان‌های مختلف ایجاد می‌کند. [۳۲ و ۳۳]

مطابق نتایج، روش درمانی بر کاهش شاخص شدت کلی مؤثر است که از شاخص‌های کلی برای سنجش آشفتگی به شمار می‌آید. در این شاخص نمره آزمودنی بر اساس نمره استاندارد و هنجاری T ارائه می‌شود. در نمودار ۲ که شامل دوره‌های پس‌آزمون و پیگیری است کاهش شاخص به خوبی قابل مشاهده است. در این مورد نیز یافته‌ها با نتایج آزمون هو^۱ و همکاران [۳۴]، سهرابی و همکاران [۱۳] همسو می‌باشد.

شاخص آشفتگی ناشی از علایم مثبت معیار ضریب ناراحتی نیز یکی دیگر از شاخص‌های مربوط به سیاهه نشانه‌شناختی مختصر است که علاوه بر شدت، میزان آشفتگی و سبک پاسخگویی را نیز نشان می‌دهد. بر اساس این نتایج در نمودار ۳، نمره‌های استاندارد بیمار در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری کاهش داشته‌اند.

هیکمون و همکاران (۱۹۹۷) به نقل از کترال^۲ [۳۵] گزارش می‌کنند تجارب بالینی حاکی از آن است که حتی وقتی یکی از افراد خانواده تحت برنامه‌های روانی-آموزشی قرار گیرد به کاهش استرس کل خانواده کمک می‌شود و اعضا دوباره نیروی خود را به دست می‌آورند.

یکی از باورهای رایج، بیانگر این مضمون است که گذر زمان و فاصله گرفتن از حوادث اضطراب‌آور خود به خود می‌توانند سبب کاهش استرس شوند، اما این ادعا در رابطه با بسیاری از اتفاق‌ها نمی‌تواند صادق باشد، به خصوص اتفاق‌هایی که در کودکی رخ می‌دهند و در ناخودآگاه ما جای می‌گیرند.

در این پژوهش با توجه به روند پژوهش و ادامه‌دار بودن سلسله وار زلزله‌ها در مناطق غربی و نیز فاصله زمانی کم بین اجرای پژوهش و وقوع حادثه بود، می‌توان از این دیدگاه فاصله گرفت که گذر زمان به عنوان یک عامل در شکل‌گیری آرامش ذهنی افراد مبتلا و مورد آزمایش نقش چندانی نداشته است.

با توجه به ویژگی این شاخص که مبتنی بر روش سرکوب از طرف بیمار است این نتیجه قابل توجیه است و انتظار پررنگ بودن از آن نمی‌رود. به همین دلیل نیز در این زمینه مطالعات چندانی صورت نگرفته است.

با توجه به ماهیت روش پژوهش اگر چه از جمله فواید آن بررسی دقیق و تعیین تأثیر میزان متغیر مستقل در اختلال موجود است، اما این روش بسیار زمان‌بر و وقت‌گیر است و در شرایط و حوادثی همچون زلزله که افراد زیادی درگیر ممکن است به

² Catherall

¹ Hou

پژوهش‌ها نشان داد که با وجودی که به‌طور متوسط مردان بیشتر تجربهٔ سوانح سخت دارند، زنان بیشتر به اختلال استرس پس از حادثه دچار می‌شوند. [۳۶] این موضوع می‌تواند در سایر پژوهش‌ها لحاظ شود.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بدین وسیله بر خود لازم می‌دانند تا از تمام کسانی که به نحوی در انجام این مقاله یاری رساندند، قدردانی و تشکر کنند.

این اختلال دچار شوند پیشنهاد می‌شود تا روند درمان به صورت گروهی انجام گیرد تا مشکل وقت و هزینه برای مراجعان مرتفع گردد.

جنسیت نیز در بروز این اختلال مهم است. زنان چهار برابر مردان به این مشکل مبتلا می‌شوند. روان‌شناسان معتقدند علت این است که زنان بیشتر در معرض تجربهٔ خشونت‌هایی نظیر تعرض، تجاوز و... هستند. در زمان جنگ نیز مردان نسبت به کل جمعیت بیشتر در معرض این مشکل قرار می‌گیرند.

References

- 1- Aslani M, Hashemian K, Lotfikashani F, Mirzaee J. The Effectiveness of CBT in Chronic Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Applied Psychology*, 2012; Vol1, No.3 [In Persian]
- 2- Simons M. Meta cognitive Therapy and Other Cognitive-Behavioral Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *Verhaltenstherapie*. 2010; 20:000
- 3- Cahill SP, Foa EB, Hembree EA, Marshall RD, Nacash N. Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J TRAUMA STRESS*. 2013; 19(5):597-610.
- 4- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., & Street, G. P. The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. 2006
- 5- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 59: 115-123
- 6- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., et al. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154: 1114-1119.
- 7- Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C, Burns BJ, Kolko DJ, Putnam FW, Amaya-Jackson L. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008; 37:156-183
- 8- Salimi S.H, Rahnejat A, Rabiee M, fathiashtiani A, Dabaghi P, Donyavi V, An analytical review of metacognitive therapy for Post-Traumatic Stress Disorder: a review of the system. *Nursing and Physician Quarterly in Race*. 2015; No.25 [In Persian]
- 9- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005
- 10- Andrews, G., Slade, T. & Peters, L. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*. 1999; 174: 3-5
- 11- Bennett SA, Beck JG, Clapp JD. Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *BEHAV RES THER*. 2009; 47(12):1018-23
- 12- Yilmaza, A. Esin, ozb, TulinGenc; Wells, Adrian. The temporal precedence of meta cognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 25: 389-396.
- 13- Sohrabi F, Jafarifard S, Zarei S, Eskandari H. Effectiveness of cognitive-based therapy on panic disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; Year 4, No.4 (Successive 16). [In Persian]
- 14- Haghshenas H, Ashkani H, Two case reports of psychotherapy, using behavioral methods, *Proceedings of the symposium on investigation of neuropsychological, psychological, wartime, collector, Nourbala, Hamid*, 1998; pp: 576-578. [In Persian]
- 15- First MB, Spitzer L, Gibbon M, Williams JBW. Structural clinical interview for

- DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition. (SCIDCV). Washington, DC: am psychiatry press; 1996.
- 16- Noormohammadi F, Ataei F. Post-traumatic stress disorder in survivors of Bam earthquake. *Journal of Iranian Psychologists*. 2009; 6:21: 35-46 [In Persian]
 - 17- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, *J cons clinic psychol*. 1998; 56: 893-897.
 - 18- Salavati M. The study of responsibility attitude in-patient with obsessive-compulsive disorder [MA Thesis], Tehran: Psychiatric Institute; 2001: 76-82. [In Persian]
 - 19- Gharaei B. The study of cognitive models in-patient with anxiety and depression MA Thesis, Tehran: Psychiatric Institute; 1990: 165-167. [In Persian]
 - 20- Derogaitis L. Manual of Brief Symptom Inventory, administration, scoring and procedure manual. New York: Willy Press; 2000: 342-370.
 - 21- Treynor W. Rumination reconsidered a psychometric analysis. *Cogn Ther Res*. 2003; 27; 247-259.
 - 22- Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral. New York: Guilford Press. 2017
 - 23- Shcherer-Dickson. Current developments of Meta cognitive concepts and their clinical implications: Mindfulness-based cognitive Therapy for depression counseling psychology. *Gen psychol*. 2009; 17: 45-63.
 - 24- Foa EB, Kean TM, Friedman MJ, Eds. Effective treatments for PTSD. New York, NY: Guilford press; 2004.
 - 25- Mirzaee J, & other. Comparison of Clinical Diagnosis of PTSD Patients and Outpatients with Psychological Tests, *Military Medicine Research Journal*, 2005; No.3, p.209-201. [In Persian]
 - 26- Rafinia M, The effect of individual counseling with cognitive-behavioral approach on the treatment of war-related PTSD patients. MA thesis, Tarbiat Moallem University [In Persian]
 - 27- Yasrebi K. The study of the effectiveness of cognitive and behavioral methods on a sample of war-related PTSD patients. Master's Thesis, Tehran Psychiatric Psychology, 2002 [In Persian]
 - 28- Mohamadkhani P, Keit D, Amiri M, Hosseini F. Psychometric properties of the brief syndrome questionnaire in a sample of recovery in depressed patients in Iran. *J clin & health psychol*. 2009; 50-72 [In Persian]
 - 29- Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment. *CognTher Res*. 2007; 40: 751-766.
 - 30- Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol & Psychother: Theor, Res & Pract*. 2008; 80: 193-203
 - 31- Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Prac*. 2003; 10: 125-43
 - 32- Anastasi, A. Psychological testing. New York: Macmillan. 2014
 - 33- Babcock, J. C., Green, C. E., Robie, C. Does batterer's treatment work? A meta analytic review of domestic violence treatment. *Clin Psychol Rev Jan*; 2014; 23 (8):1023-53.33
 - 34- Hou, Y., Hu, P., Zhang, Y., et al. Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36(1): 47-52.
 - 35- Catherall DR, Ed. Handbook of stress, trauma, and the family. New York, NY: Brunner- Routledge. 2004
 - 36- Kazemi A, Banijamali SH, Ahadi H, Farookhi N. Effectiveness of teaching cognitive-behavioral strategies in reducing symptoms PTSD and psychological problems of wives of veterans with chronic PTSD caused by an educational war. *Journal of Islamic Azad University of Medical Sciences*. 2013; 22:2: 122-129. [In Persian]