

## اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ و افسردگی جانبازان

### *The Effectiveness of Coping Skills Instruction based on cognitive-behavior method on War Related Post-traumatic Stress Disorder and Depression in Veterans*

محمد رضا ذوقی پایدار<sup>\*</sup>، فرامرز سهرابی<sup>\*\*</sup>، احمد برجعلی<sup>\*\*\*</sup>، علی دلاور<sup>\*\*\*\*</sup>

#### Abstract

**Introduction:** Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) is an anxiety disorder which can develop after exposure to any event which results psychological trauma. Depression is one of the most common co-morbid conditions associated with PTSD. Training the patients in the use of effective coping skills is part of treatment for PTSD. The aim of the present research was to study the effectiveness of coping skills based on cognitive – behavioral method on PTSD and depression of the veterans in Hamadan, Iran.

**Method:** This study was a quasi- experimental design with pre-test, post-test and follow up type. 24 veterans suffering from PTSD were divided randomly into experimental (coping skills) and control groups. The experimental group were administered 10 sessions of coping skills training 2 hours weekly. PTSD checklist- military version (PCL-M) and Beck Depression inventory (BDI) were used to collect data, which were analyzed using repeated measure, independent t- test and MANOVA.

**Results:** There was a significant difference between experimental and control groups in PTSD, C and D cluster of PTSD and depression after the final session of intervention. But, there was no significant difference between experimental and control groups in B cluster of PTSD. Coping skills training significantly decreased the severity of PTSD and C & D cluster, the rate of depression in the experimental group. The changes were persistent in 2 months of follow-up.

**Discussion:** coping skills training is effective on reduction of symptoms in PTSD and co-morbid depression,

**Key Words:** Depression, Post-traumatic Stress Disorder, Coping Skills

#### چکیده

**مقدمه:** اختلال استرس پس از ضربه نوعی اختلال اضطرابی است که در افرادی که در معرض حوادث آسیب رسان شدید قرار گرفته اند بروز می کند. افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات همراه با اختلال استرس پس از ضربه می باشد. آموزش بیماران برای استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای اثربخش، بخشی از درمان اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی می باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی جانبازان همدان بود.

**روش:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری می باشد. تعداد ۲۴ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ، به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (مهارت‌های مقابله‌ای) و کنترل تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته، تحت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای قرار گرفتند. فهرست اختلال استرس پس از ضربه و ویرایش نظامی (PCL-M) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI) برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد، داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، تی مستقل و تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج حاصل آشکار ساخت که میان دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ شدت اختلال استرس پس از ضربه و ملاک‌های C و D این اختلال و افسردگی، پس از خاتمه جلسات درمانی تفاوت معناداری وجود دارد، ولی در ملاک B اختلال استرس پس از ضربه تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل معنا دار نیست. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بطور معناداری شدت اختلال استرس پس از ضربه و ملاک‌های C و D این اختلال، همچنین میزان افسردگی را در گروه آزمایش کاهش داده بود و تغییرات پس از پیگیری ۲ ماهه ماندگار بوده و ادامه داشت.

**بحث:** آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی همراه آن مؤثر است.

**کلید واژه‌ها:** اختلال استرس پس از ضربه، افسردگی، مهارت‌های مقابله‌ای

## مقدمه

عوارض و پیامدهای ناشی از جنگ به عنوان یکی از مهمترین مباحث روان شناختی و روان پزشکی مطرح در جهان می باشد که در طی زمان های مختلف توجه متخصصان مربوطه را به خود جلب کرده است. در این میان عوارض عصبی، روانی از ناتوان کننده ترین این عوارض می باشد که باعث بروز مشکلات متعددی برای افرادی که در جنگ حضور داشته اند، برای خانواده آنان و جامعه شده است. جنگ تحمیلی عراق بر علیه ایران نیز یکی از این جنگ ها بود که با گذشت ۳۰ سال از شروع جنگ تحمیلی و ۲۲ سال از پایان آن، جانبازان و از جمله جانبازان اعصاب و روان از اختلالات گوناگونی رنج می برند. نتایج پژوهش مجیدی (۱۳۸۵) نشان می دهد که شایع ترین اختلال همراه جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، افسردگی اساسی با شیوع ۳۲٪ می باشد. ملکی، سعیدی جم، و گونی چی (۱۳۷۹) با بررسی وضعیت روانی- اجتماعی جانبازان اعصاب و روان و شیمیایی همدان به این نتیجه رسید که بالاترین نمرات این افراد به ترتیب در مقیاس های افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و حساسیت در روابط بین فردی دیده می شود. خاطری (۱۳۷۹) با بررسی سیمای بالینی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن به این نتیجه می رسد که شایع ترین 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 شایع ترین علامت فرعی به ترتیب، بی حوصلگی، بی خوابی، بی علاقه به زندگی و احساس دلتنگی و غمگینی می باشد.

اختلال استرس پس از ضربه عبارت است از مجموعه ای از علائم، که به دنبال مواجهه با یک عامل فشار زای ضربه ای شدید ظاهر می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). شدت استرس به وجود آورنده این اختلال برای هر کس شکننده است. ممکن است

در جریان جنگ، شکنجه، سوانح طبیعی، تجاوز به عنف و تصادفات شدید مثل تصادف اتومبیل یا آتش سوزی در ساختمان پدید آید. شخص؛ سانحه را در خواب یا افکار روزانه تجربه می کند، از هر چیزی که ممکن است یادآور سانحه باشد می پرهیزد و یک حالت انگیختگی مفرط و عدم پاسخ گویی و کرختی پیدا می کند (کاپلان، ۱۳۷۹). ملاک B- رویداد آسیب رسان مستمراً به صورت یک یا چند تا از راه های زیر تجربه می شود: یادآوری ناراحتی برانگیز حادثه به صورت مکرر، احساس و رفتار به گونه ای که گویی حادثه در حال تکرار شدن است، ناراحتی روان شناختی شدید در مواجهه با حوادثی که سمبل یا شبیه جنبه ای از رویداد آسیب رسان است، پاسخگری فیزیولوژیک در رویارویی با نشانه های درونی یا برونی تداعی کننده حادثه آسیب رسان. ملاک C- اجتناب مستمر از محرک های مربوط به تروما و کاهش پاسخگویی کلی (که قبل از حادثه وجود نداشته است) به طوری که برحسب حداقل سه علامت زیر (یا بیشتر) مشخص می شود: سعی برای اجتناب از افکار و احساس های مربوط به ضربه، سعی برای اجتناب از فعالیت ها، مکان ها یا افراد یادآور خاطره تروما، ناتوانی برای به خاطر آوردن وجه مهمی از تروما، کاهش قابل ملاحظه علاقه یا شرکت در فعالیت های مهم، احساس گسستگی یا غرابت در ارتباط با دیگران، محدودیت حدود عاطفی، احساس کوتاه شدن آینده. ملاک D- علائم مستمر تحریک بالاتر از حد معمول (که قبل از آسیب وجود نداشته است) که با دو یا چند تا از علائم زیر مشخص می شود: اشکال در به خواب رفتن یا تداوم خواب، تحریک پذیری یا حملات خشم، اشکال در تمرکز، گوش به زنگ بودن شدید، تشدید واکنش از جا پریدن (سادوک و سادوک، ۱۳۸۰).

افسردگی، یکی از شایع ترین تشخیص های روان پزشکی است که مشخصه آن خلق افسرده است و با احساس غمگینی، اعتماد به نفس پایین و بی علاقه به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می شود.

است. هرچند که نشانه‌های تجربه مجدد تنها در PTSD وجود دارد ولی نشانگان جدایی اجتماعی و بیگانگی، کاهش علاقه، کمرختی، مشکلات تمرکز، بی خوابی، تحریک پذیری و احساس کوتاه شدن آینده بطور مشترک در PTSD و افسردگی وجود دارد. نتایج پژوهش مجیدی (۱۳۸۵) نشان می‌دهد که شایع‌ترین اختلال همراه جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، افسردگی اساسی با شیوع ۳۲٪ می‌باشد. ملکی، سعیدی جم، و گونی چی (۱۳۷۹) با بررسی وضعیت روانی - اجتماعی جانبازان اعصاب و روان و شیمیایی همدان به این نتیجه رسید که بالاترین نمره این افراد در افسردگی دیده می‌شود.

طبق رویکردهای رفتاری سنتی فرض می‌شود که فرد مبتلا به PTSD، نوعی ترس شرطی شده را به محرک‌هایی که در لحظه آسیب وجود داشته‌اند، فرا می‌گیرد. به خاطر این تداعی آموخته شده، هرزمان که این محرک‌ها یا محرک‌های مشابه وجود دارند، حتی در غیاب تجربه آسیب رسانی، فرد دچار اضطراب می‌شود. گریختن از رویداد آسیب‌زا، حداقل در عالم خیال، برای این فرد تقویت‌کننده می‌شود، و این تقویت از آن پس واکنش کناره‌گیری را که در قربانیان PTSD دیده می‌شود نیرومند می‌سازد. (هالچین و ویتبورن، ۱۳۸۴).

نظریه پردازان شناختی - رفتاری (فووا، استکتی و روتبام، ۱۹۸۹) معتقدند، عقاید افراد در مورد رویداد آسیب‌زا بر نحوه مقابله کردن آن‌ها با این رویدادها تأثیر می‌گذارد. تفسیر و ارزیابی مجدد حوادث در افراد آسیب‌دیده مهم است، افرادی که رویداد آسیب‌زایی را تجربه کرده‌اند معمولاً به روش‌های منفی رویدادها را تفسیر کرده و همواره احساس خطر در آن‌ها وجود دارد. به خاطر همین تمرکز شناخت درمانی روی تشخیص، ارزیابی و چارچوب‌بندی مجدد، شناخت‌های ناسازگارانه مرتبط با حادثه آسیب‌زای ویژه می‌باشد که منجر به واکنش‌های رفتاری و هیجان‌های منفی شدید می‌شوند.

افسردگی اساسی واژه‌ای است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا جهت مجموعه‌ای از علائم اختلال خلقی در DSM-III در سال ۱۹۸۰ به کار رفت و پس از آن عمومیت یافت. افسردگی اساسی منجر به از کارافتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می‌شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن و خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تقریباً اکثر مطالعات، سطوح بالایی از افسردگی را با PTSD نشان داده‌اند. برای نمونه در دو مطالعه درباره سربازان قدیمی ویتنام، در یکی ۴۰٪ (آمدور، لارسن و لیبرزون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰) و دیگری ۴۴٪ (لیتز، اورسیلو، کالوپک و ویتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰)، از این سربازان همراه با PTSD تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت کردند. یکی از دلایل احتمالی این درجه از همبودی بالا حضور نشانه‌های همپوش می‌باشد. برای مثال یکی از نشانه‌های مشخص، همپوشی فقدان احساس لذت بین افسردگی اساسی و PTSD می‌باشد. نتایج پژوهش کنستانس، لنهوف و مک کارتی<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) بیانگر آن است که ۶۷٪ از بیماران مبتلا به PTSD اختلال افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش راش، فاوریت، جیاردینو، پورکاری، دفور و لیبرزون<sup>۴</sup> (۲۰۱۰)، نشان می‌دهد، وقتی که نشانه‌های PTSD در افراد از جنگ برگشته با اضطراب و افسردگی همراه می‌شود، رضایت از سلامتی کاهش می‌یابد ولی نقش افسردگی همراه با PTSD در کاهش رضایت از سلامتی، پررنگ‌تر است. نتایج پژوهش ایکین، کریامر، سیم و مک کنزی<sup>۵</sup> (۲۰۱۰) حاکی از این است که PTSD صرف و PTSD همراه با افسردگی با وجود گذشت ۵۰ سال از جنگ کره در سربازان شرکت‌کننده در جنگ شایع

1- Amdur, Larsen, &amp; Liberzon.

2- Litz, Orsillo, Kaloupek &amp; Weathers.

3- Constans, Lenhoff &amp; Mc Carthy.

4- Rauch, Favorite, Giardino, Porcari, Defever, &amp; Liberzon.

5- Ikin, Creamer, Sim &amp; McKenzie.

کنند ( تیلور<sup>۴</sup> ، ۲۰۰۶). تحقیقات قابل دسترس پیشنهاد می کنند که مواجهه مستقیم اثربخش ترین درمان در کاهش تجربه مجدد و افکار مزاحم مرتبط با تروما می باشد ، اما اثربخشی خیلی کمی در کاهش دیگر نشانه های PTSD دارند. افرادی که شدیداً برانگیخته می شوند، برای درمان نیاز به مدیریت استرس و درمان های دارویی دارند( سالومون و جانسون، ۲۰۰۲). فووا و روتبام (۱۹۹۸) نقل از تیلور، (۲۰۰۶) مهارت باز سازی شناختی و تنظیم هیجانی را یکی از بهترین درمان ها برای بیماران بیش انگیزه می دانند. برای کاهش اجتناب و کم کردن انزوا و افزایش عزت نفس و به تبع آن ها کم کردن کرحتی هیجانی از آموزش مهارت هایی مانند، جرات ورزی در ارتباطات، مدیریت استرس، باز سازی شناختی، مهارت اجتماعی و مهارت های حل مساله استفاده می شود (جانسون، ۲۰۰۹).

از دیدگاه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) مقابله عبارت است از، تلاش های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می شود. مقابله، نیازمند بسیج و آماده سازی نیروها و انرژی فرد است که با آموزش و تلاش به دست می آید، لذا با کارهایی که به طور خودکار انجام می شود تفاوت اساسی دارد. طبق برنامه سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۹) مهارت های مقابله ای شامل ۱۰ مهارت می شود که عبارتند از: ارتباط موثر، برقراری رابطه بین فردی موثر، تصمیم گیری، حل مساله، تفکر خلاق، تفکر نقاد، آگاهی از خود، همدلی با دیگران، مقابله با هیجانات ( افسردگی، شکست، اضطراب و غیره)، و مقابله با استرس می باشد ( نوری قاسم آبادی و محمدخانی، ۱۳۷۹)، نقل از صادقی موحد، نریمانی و رجبی، ۱۳۸۷). نکته مهم این است که همه این مهارت ها قابل فراگیری هستند. این

تحقیقات نشان داده اند که، درمان شناختی - رفتاری<sup>۱</sup> و بازدارنده های جذب مجدد گزینشی سروتونین<sup>۲</sup>، از اثربخش ترین درمان های اختلال استرس پس از ضربه می باشند (فووا و همکاران، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۹) نقل از جانسون<sup>۳</sup> (۲۰۰۹). تمرکز درمان شناختی روی کمک کردن به بیماران برای تشخیص باورهای منفی مرتبط با تروما مانند؛ احساس گناه، خشم، ترس و سوء ظن و بدگمانی بوده و آن ها را با کاهش دادن آشفتگی و تسکین دادن اضطراب و افسردگی تغییر می دهد. درمان رفتاری، مهارت هایی از قبیل مدیریت خشم، آموزش جرات ورزی و کنترل تکانه را توسعه می دهد. ترکیب درمان شناختی - رفتاری برای مدیریت خلق و توسعه مهارت های کلی مفید می باشد. هدف درمان شناختی - رفتاری، مشخص کردن و نشان دادن جنبه های زیستی، روانی و اجتماعی PTSD تجربه شده توسط افراد، تأمین دانش و مهارت هایی درباره؛ افزایش ایمنی، بالا بردن آگاهی، مدیریت افکار، احساسات و رفتارهای آشفته کننده، بهبودی ارتباطات و کارکردهای ارتباطی می باشد. مشخصه درمانی اصلی درمان شناختی - رفتاری شامل؛ برقراری و تداوم ارتباط درمانی، آموزش روانی در باره تروما و PTSD، تنظیم هیجانی، مدیریت استرس، تشخیص و مرتبط کردن افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با تروما، پردازش هیجانی و شناختی از تروما، آموزش و ارزیابی مجدد از ارتباطات بین فردی سالم و آموزش مهارت های سالم شخصی می باشد (جانسون، ۲۰۰۹). برای انواع اختلالات همپوش از قبیل؛ ترکیب افسردگی اساسی با اختلال استرس پس از ضربه، لازم نیست که پروتکل درمانی اختلال استرس پس از ضربه تغییر داده شود، زیرا مشکلات مرتبط مانند افسردگی، اغلب موقعی که PTSD، درمان می شود، کاهش پیدا می

1- cognitive- behavioral therapy(CBT).

2- selective serotonin reuptake inhibitor(SSRI).

3- Johnson.

4- Tylor.

شامل: آموزش روانی (شناخت اختلال استرس پس از ضربه)، مهارت مدیریت استرس و مدیریت خشم استفاده کردند. هدف آن‌ها این بود که مشخص کنند آیا این روش‌ها در بهبودی مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت و کاهش نشانه‌ها موثر است یا خیر؟ مقایسه نتایج پیش و پس از درمان و آموزش، حاکی از تغییرات معنادار متفاوتی بود. اگرچه اثرات آموزش روانی کم بود اما نشانه‌های تجربه مجدد (ملاک، B) کاهش پیدا کرده بود. مهارت مدیریت استرس که در آن از تکنیک آرام سازی و بازسازی شناختی استفاده شده بود، تأثیر متوسطی روی کاهش افسردگی و در کل کیفیت زندگی داشت و مهارت مدیریت خشم، که روی آگاهی از محرک‌های راه انداز خشم و مهارت‌های سازگاران مدیریت خشم تمرکز کرده بود کاهش معناداری در رفتارخسونت آمیز جاری و بهبود سلامت جسمی کلی داشت. فووا، روتبام، ریگگز و مرداک<sup>۶</sup> (۱۹۹۱) در پژوهشی، آموزش ایمن سازی در برابر استرس شامل (آموزش نگهداری تنفس، آرام سازی عضلانی، توقف فکر، بازسازی شناختی و بازی نقش) را روی قربانیان تجاوز جنسی بکار برد که نتیجه پژوهش حاکی از اثر معنادار SIT در درمان نشانه‌های PTSD بود. استراخان، گروس، روجیرو، لیجویز و آسیرنو<sup>۷</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی از رویکردی ترکیبی شامل؛ (فعالیت رفتاری و مواجهه‌درمانی) در درمان سربازان از جنگ برگشته‌ای که دچار PTSD و اختلالات همراه و مخصوصاً "افسردگی بودند، استفاده کردند که نتایج حاکی از کاهش معنادار در نشانه‌های PTSD، افسردگی و اضطراب، بعد از درمان نسبت به قبل از درمان بود. نیشس، نیکسون و رسیک<sup>۸</sup> (۲۰۰۵) در پژوهشی روی قربانیان تجاوز جنسی از درمان پردازش شناختی استفاده کردند، نتایج نشان داد که این نوع درمان در کاهش نشانه‌های PTSD صرف و PTSD همراه با

مهارت‌ها فرد را در کنترل مشکلاتی مانند؛ افسردگی، اضطراب، تنهایی، طرد شدگی، کمروبی، خشم، تعارض در روابط بین فردی، شکست و فقدان یاری می دهند (نیرماني و رجبی (۱۳۸۵) نقل از صادقی موحد و همکاران، ۱۳۸۷).

کلاپ و بک<sup>۱</sup> (۲۰۱۱)، درمان شناختی-رفتاری گروهی را روی افراد مسنی که از PTSD و آسیب‌های شناختی و جسمی رنج می بردند اجرا کرد که نتایج حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش نشانه‌های PTSD بود. درمان شناختی- رفتاری که ترکیبی از آموزش روانی، بازسازی شناختی و آموزش مدیریت اضطراب می باشد، بهترین نتیجه را در درمان PTSD داشته است (تاری و همکاران، ۱۹۹۹، روتبام و همکاران، ۲۰۰۰، هاروی و همکاران، ۲۰۰۳؛ نقل از احمدی زاده<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). پوتر، باکر، ساندرز و پترسون<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) پژوهشی با عنوان؛ واکنش استرس جنگ در نیروهای نظامی: ارزیابی اثر بخشی درمان کنترل استرس جنگ<sup>۴</sup> انجام دادند. در این پژوهش از پرسشنامه PCL-M برای ارزیابی نشانه‌های استرس و پرسشنامه OQ-45 برای بررسی مشکلات ارتباطی بین فردی، آشفتگی‌ها، مشکلات در نقش اجتماعی و کیفیت کلی زندگی استفاده شده بود. این برنامه شامل درمان‌های فردی و گروهی برای کاهش نشانه‌های واکنش استرس عملیاتی جنگ، بهبودی راهبردهای کنار آمدن، مهارت مدیریت استرس و مهارت ارتباط بین فردی بود که در دو روز اجرا شد. نتایج، کاهش زیاد و معناداری را در نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه با توجه به پرسشنامه PCL-M و ملاک‌های B، C و D و کاهش متوسط نشانه‌های آشفتگی‌ها با توجه به پرسشنامه OQ-45 نشان داد. بولتون، لامبرت، وولف، راجا، وارا و فیشر<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) از سه برنامه درمانی

1- Clapp &amp; Beck.

2- Ahmadizadeh.

3- Potter, Baker, Sanders &amp; Peterson.

4- Combat Stress Control.

5- Bolton, Lambert, Wolf, Raja, Varra &amp; Fisher.

6- Foa, Rothbaum, Riggs &amp; Murdock.

7- Strachan, Gros, Ruggiero, Lejuez &amp; Acierno.

8- Nishith, Nixon &amp; Resick.

افسردگی مؤثر می باشد. مولیک و نوگلی<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) در یک مطالعه موردی فعال سازی رفتاری<sup>۲</sup> را روی سرباز از جنگ برگشته ای که از PTSD و افسردگی رنج می برد اجرا کرد که نتایج حاکی از کاهش شدت هر دو اختلال بود. در پژوهش‌هایی به نقل از سولومون و جانسون (۲۰۰۲) درمان‌های شناختی- رفتاری در کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و اختلالات همراه مؤثر بودند، آموزش ایمن سازی در برابر استرس، اثربخش ترین درمان در کاهش نشانه‌های PTSD همچنین، افسردگی و اضطراب بلافاصله بعد از درمان بود. در پژوهشی دیگر، بازسازی شناختی را روی قربانیان تجاوز جنسی به کار بردند که نتایج، حاکی از کاهش نشانه‌های PTSD و افسردگی بود. مطالعات پژوهشی کنترل شده نشان داده اند که درمان‌های شناختی - رفتاری در کاهش نشانه‌های PTSD و افسردگی مؤثر هستند (شرمن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸).

نتایج پژوهش، احمدی زاده و انیسی (۱۳۸۶) که روی ۱۰۰ نفر از جانبازان جنگ تحمیلی انجام شد، نشان داد که روش ترکیبی (شامل روش آموزش مهارت حل مسئله و مواجهه سازی ممتد) در هرسه بعد، کاهش علائم و نشانه‌های اختلال، کیفیت زندگی و سازگاری آزمودنی‌ها تأثیر معناداری دارد. نتایج پژوهش احمدی زاده، اسکندری، فلسفی نژاد و برجعلی (۱۳۸۹) نشان داد که دو روش حساسیت زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد و روش شناختی- رفتاری در بهبودی نشانه‌های PTSD جانبازان مؤثر هستند. در این پژوهش روش شناختی - رفتاری بیشتر بر پایه آموزش مهارت حل مساله انجام شده است. محمودی قرائی، محمدی، بینا، یاسمی و فکور (۱۳۸۵) در پژوهشی گروه درمانی شناختی - رفتاری و مداخلات حمایتی گروهی را روی نوجوانان زلزله زده بم که از اختلال استرس پس از ضربه رنج می بردند اجرا کردند. نتایج نشان داد که مداخلات

رفتاری- شناختی در کاهش میانگین کل نشانه‌های PTSD و اجتناب، تأثیر معناداری داشته است. فکور، محمودی قرائی، محمدی و ممتاز بخش (۱۳۸۵) در پژوهشی اثر گروه درمانی مبتنی بر روش حمایتی و شناختی - رفتاری را روی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه زلزله بم مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش، پیش از مداخله، پس از مداخله و پیگیری سه ماه بعد از مداخله از پرسشنامه CAPS برای اندازه گیری نشانه‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که پس از انجام مداخلات فراوانی، عمق و شدت نشانه‌های اجتناب و فراوانی کل نشانه‌های PTSD در یک دوره ۳ ماهه معنادار بود، اما این مداخلات اثری بر فراوانی، عمق و شدت نشانه‌های برانگیختگی و یادآوری (تجربه مجدد) و عمق و شدت کل نشانه‌های PTSD نداشتند. قماشچی (۱۳۸۵) اثر بخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله را در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه ناشی از زلزله بم در کارکنان نیروی انتظامی ( ناجا) و خانواده آنان مورد بررسی قرار داد. نتایج حاکی از آن بود که بین میانگین شدت علائم اختلال استرس پس از ضربه در دو گروه آزمایشی و گواه در شرایط پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنادار وجود داشت، که بیانگر تأثیر آموزش‌های مهارت حل مساله در افزایش مهارت‌های مقابله مسئله مدار و کاهش شدت علائم PTSD در گروه آزمایشی می‌باشد.

نتایج پژوهش شاکری و صادقی (۱۳۸۲) نشان داد که، از نظر مقابله گروه جانبازان با عود PTSD بیشتر از روش مقابله‌ای گریز- اجتناب استفاده می‌کردند. آرتور و جورج<sup>۴</sup> (۱۹۸۷) با انجام پژوهشی به این نتیجه نتیجه رسیدند که کهنه سربازان جنگ ویتنام مبتلا به PTSD از واکنش‌های کنار آمدن کمتر اثربخش استفاده می کردند. همچنین این افراد در مقایسه با افراد دیگری که مبتلا به PTSD نبودند از واکنش‌های

1- Mulick & Naugle.

2- behavioral activation.

3- Sherman.

4- Arthur & George.

متمرکز بر مساله و حل مساله کمتر استفاده می کردند. وجود تعداد کثیری از جانبازان مبتلا به مشکلات اعصاب و روان و مخصوصاً PTSD و افسردگی در کشور و رنج بردن خود جانبازان و تأثیرات منفی این اختلال، روی مسائل ارتباطی خانواده و جامعه و باتوجه به این که اکثر درمان‌های این افراد دارویی بوده است و در تحقیقات داخل کشور اکثر پژوهش‌های انجام شده به بررسی بهداشت روانی جانبازان و آزادگان و خانواده‌های آنان پرداخته اند و درمان‌های محدود انجام شده نیز بیشتر در حوزه درمان شناختی-رفتاری فردی و حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات سریع چشم بوده است و تحقیقات خیلی کمی در مورد اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای گروهی به خود جانبازان در کاهش شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ و افسردگی همراه آن مشاهده می شود و باتوجه به نتایج پژوهش‌هایی (مثلاً، آرتور و جرج، ۱۹۸۷، شاکری و صادقی ۱۳۸۲) نشان می دهد افرادی که در معرض یک یا چند رویداد آسیب رسان قرار گرفته اند از روش‌های کمتر اثربخش برای مقابله با مشکلات خود استفاده می کنند، این سوال در ذهن محقق شکل گرفت که آیا آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و کاهش میزان افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مؤثر است؟ این پژوهش در راستای جواب به سوال بالا انجام خواهد شد. هدف اصلی این پژوهش بررسی و تعیین میزان اثر بخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش شدت نشانه‌های افسردگی و اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ در جانبازان می باشد.

## روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه جانبازان مبتلا به

اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ براساس ملاک‌های تشخیصی DSM IV- TR همدان می باشد که دارای پرونده فعال روانپزشکی هستند و در حال حاضر نیز برای رفع مشکلات ناشی از اعصاب و روان خود، جویای خدمات درمانی سرپائی و بستری (روانپزشکی و روان شناختی) می باشند.

برای گزینش گروه نمونه از روش نمونه گیری جایگزینی تصادفی (دلاور، ۱۳۸۰) استفاده شده است. ابتدا لیست‌ها و پرونده‌های موجود در مرکز مشاوره و قست بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان همدان مورد بررسی قرار گرفت و از جامعه مورد مطالعه، افراد واجد شرایط با توجه به ملاک‌های شمول و حذف در دو مرحله برگزیده شدند. ملاک‌های حذف افراد برای شرکت در پژوهش نداشتن سابقه اختلالات روان پریشی، دوقطبی، آسیب شدید شناختی، پرخاشگری شدید و مصرف شدید مواد افیونی و ملاک‌های شمول افراد، مذکر و متاهل، از لحاظ سنی زیر ۶۰ سال، حداقل دارای تحصیلات سیکل و نداشتن سابقه شرکت در آموزش مهارت‌های مقابله‌ای که تشخیص روانپزشکی آنان، اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ و افسردگی بود. با توجه به موارد بالا در دو مرحله، ۶۵ نفر از جانبازان واجد شرایط، برای شرکت در جلسه توجیهی از طریق تماس تلفنی دعوت شدند که در مجموع تعداد ۴۴ نفر در جلسه شرکت کردند و به خاطر دوری مسافت و هوای سرد زمستان، تعداد ۳۲ نفر از این افراد برای همکاری اعلام آمادگی کردند. لازم به ذکر است، تعداد افراد برای هرگروه ۱۲ نفر در نظر گرفته شده بود، اما به دلیل مقابله و پیگیری از افت آزمودنی‌ها که یکی از عوامل تأثیرگذار بر کاهش اعتبار درونی طرح‌های آزمایشی است (دلاور، ۱۳۸۴)، کل ۳۲ نفر که در دو مرحله اعلام آمادگی کرده بودند، به صورت تصادفی به دو گروه ۱۶ نفری تقسیم شدند. نمونه‌ها، مجدداً برای بار دوم به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. بعد از خاتمه جلسات آموزشی مشخص شد، تعداد ۳ نفر از

جانبازان گروه آزمایش به صورت ناقص در جلسات آموزشی شرکت کرده اند، ۳ نفر از گروه کنترل در پس آزمون و آزمون پیگیری شرکت نکرده اند، ۱ نفر از گروه آزمایش در آزمون پیگیری شرکت نکرد. در نهایت برای مساوی شدن گروه‌ها، داده‌های بدست آمده از ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه کنترل و ۱۲ نفر گروه آزمایش) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بعد از اجرای فهرست اختلال استرس پس از ضربه، نسخه نظامی (PCL-M) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI) روی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، آزمودنی‌های گروه آزمایش در دوره آموزشی مهارت‌های مقابله ای شامل؛ مهارت کنترل خشم، مهارت مقابله با استرس، مهارت حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی، که طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته و بصورت گروهی در مرکز مشاوره و مددکاری بنیاد شهید و امور ایثارگران برگزار شد شرکت کردند. گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. یک هفته بعد از خاتمه جلسات آموزش مهارت‌های مقابله ای روی گروه آزمایش، هر دو گروه با ابزارهای اندازه‌گیری مورد ارزیابی قرار گرفتند و ارزیابی پیگیری بعد از ۲ ماه صورت گرفت. لازم به ذکر است به منظور ملاحظات اخلاقی، گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و مقرر گردید در اولین فرصت، برای شرکت در جلسات آموزشی دعوت شوند.

**فهرست اختلال استرس پس از ضربه- نسخه نظامی (PCL-M):** این فهرست شامل ۱۷ ماده می‌باشد، پنج ماده آن (B1, B2, B3, B4, B5) مربوط به نشانگان تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا یا ملاک B، هفت ماده آن (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7) مربوط به نشانگان کرختی هیجانی و اجتناب یا ملاک C و پنج ماده آن (D1, D2, D3, D4, D5) مربوط به نشانگان بیش‌انگیزگی یا ملاک D است. این فهرست یک مقیاس خود گزارش دهی می‌باشد که در سال ۱۹۹۱ توسط

(ویترز، هوسکا و کین)<sup>۱</sup> براساس ملاک‌های DSM-III-R برای اختلال استرس پس از ضربه ساخته شد و بعداً<sup>۲</sup> بر اساس ملاک‌های DSM-IV مورد بازبینی قرار گرفت. یکی از مزیت‌های اصلی این پرسشنامه این است که مدت زمان اجرای آن تقریباً ۵ الی ۱۰ دقیقه است. این پرسشنامه به دو روش نمره‌گذاری می‌شود. الف: جمع نمرات سؤالات ۱۷ گانه که براساس مقیاس لیکرت پنج گزینه ای شامل (۱= اصلاً، ۲= خیلی کم، ۳= متوسط، ۴= زیاد، ۵= خیلی زیاد) به دست می‌آید و در دامنه ۸۵-۱۷ قرار می‌گیرد. اکثریت پژوهش‌ها از جمله سازندگان پرسشنامه نمره برش ۵۰ را برای تشخیص PTSD گزارش کرده اند. ب: دومین روش نمره‌گذاری از معیارهای DSM-IV پیروی می‌کند؛ بدین معنی که داشتن حداقل یک نشانه از نشانه‌های ملاک B (سؤالات ۱-۵)، سه نشانه از نشانه‌های ملاک C (سؤالات ۶-۱۲)، دو نشانه از نشانه‌های ملاک D (سؤالات ۱۳-۱۷) و جمع این نمرات به عنوان نقطه برش در جمعیت خاص بکار می‌رود. همچنین نمرات جداگانه می‌تواند برای ملاک‌های B و C و D به دست آید. بلنچارد و همکاران (۱۹۹۶)، نقل از گودرزی (۱۳۸۲). با تعیین نمره برش ۴۴ برای این فهرست، حساسیت<sup>۳</sup> و ویژگی<sup>۴</sup> آن را به ترتیب ۰/۷۷۸ و ۰/۸۶۴ گزارش نموده اند که حاصل آن کارایی تشخیصی<sup>۴</sup> برابر ۰/۹۰ می‌باشد. آن‌ها همچنین، ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) کل مقیاس را ۰/۹۳۹، ماده‌های ملاک B را ۰/۹۳۵، ماده‌های ملاک C را ۰/۸۲ و ماده‌های ملاک D را ۰/۸۳۹، گزارش نموده اند. ویترز و همکاران (۱۹۹۳) نقل از گودرزی، (۱۳۸۲) در پژوهشی ضرایب همسانی درونی ۰/۹۷ را برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ را برای نشانگان

1- Weathers, Huska &amp; Keane.

2- sensitivity.

3- specificity.

4- diagnostic efficiency.



از حمید، ۱۳۹۰). در پژوهش حمید (۱۳۹۰) ضرایب آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ و ضریب تنصیف، ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی پرسشنامه افسردگی بک با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و تنصیف ۰/۸۲ به دست آمد.

تحلیل داده‌ها بر اساس مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری گروه آزمایشی با گروه کنترل در مورد متغیرهای پژوهش، PTSD و افسردگی صورت گرفت. از محاسبه شاخص‌های آمار توصیفی مانند، میانگین، انحراف معیار برای ارائه اطلاعات توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی «سن، تحصیلات، درصد جانبازی، مدت حضور در جبهه» گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. برای مقایسه میانگین‌های نمرات پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، برای مقایسه تفاوت میانگین نمرات PTSD و افسردگی گروه آزمایش و کنترل، از آزمون تی مستقل و مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون ملاک‌های B، C و D، اختلال استرس پس از ضربه از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. درابتدا، مفروضه‌های مقدماتی تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و تحلیل واریانس چند متغیری، برای اطمینان از عدم تخطی از آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت و بعد از اطمینان از عدم تخطی این روش‌ها، مورد استفاده قرار گرفتند.

باتوجه به نتیجه گیری از مرور پژوهش‌های پیشین توسط (فووا، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۹) در مورد این که، از درمان‌های روان شناختی، درمان شناختی - رفتاری، مؤثرترین درمان اختلال استرس پس از ضربه می باشد، و باتوجه به پیشنهاد‌های آموزشی و درمانی (جانسون، ۲۰۰۹) برای کاهش نشانه‌ها و علائم اختلال استرس پس از ضربه و نتیجه گیری تیلور در مورد این که یک پروتکل درمانی واحد می تواند همزمان برای درمان اختلالات همراه با PTSD، مانند افسردگی به کار گرفته شود، پروتکل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر

B، C و D و ضریب ۰/۹۶ را به عنوان ضریب بازآزمایی به فاصله دو یا سه روز گزارش دادند. آنها در مطالعه خود، روایی همگرا را بین فهرست بازبینی اختلال استرس پس از ضربه و ابزارهای به شرح زیر گزارش دادند: مقیاس می سی سی پی (۰/۹۳)، مقیاس PK مربوط به MMPI-2 (۰/۷۷)، مقیاس اثر حادثه<sup>۱</sup> (۰/۹۰) و مقیاس رویارویی با جنگ<sup>۲</sup> (۰/۴۶) علاوه بر این، آن‌ها نقطه برش ۵۰ را برای این مقیاس به عنوان نقطه بهینه برای پیش بینی تشخیص‌های اختلال استرس پس از ضربه تعیین کردند که حساسیتی برابر ۰/۸۲ و ویژگی برابر ۰/۸۳ را نتیجه داد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای فهرست اختلال پس از ضربه ۰/۸۵۳ به دست آمد.

#### پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این پرسشنامه

۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود و درجات افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می کند. حداکثر نمره این تست ۶۳ و حداقل آن صفر می باشد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسشنامه ۱۳- ۰ برای افسردگی جزئی، نمره ۱۹- ۱۴ برای افسردگی خفیف، نمره ۲۸- ۲۰ برای افسردگی متوسط، نمره ۶۳- ۲۹ برای افسردگی شدید است (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). از هنگام تدوین BDI تاکنون، ارزیابی‌های بسیاری توسط پژوهشگران انجام گرفته است. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته اند. همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی روان پزشکی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۳، مقیاس افسردگی زونگ ۰/۷۶ و مقیاس افسردگی MMPI، ۰/۷۶ بوده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ در جمعیت ایالات متحده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب اعتبار ۰/۹۴ در نمونه ایرانی محاسبه شده است (علی باقی، ۲۰۰۴، نقل

1- Impact of Event Scale (IES).

2- Combat Exposure Scale (CES).

فنون شناختی - رفتاری برای این پژوهش طراحی گردید که خلاصه آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- محتوای جلسات آموزشی مهارت‌های مقابله‌ای به جانبازان

جلسه	موضوعات	محتوای برنامه آموزشی
اول	مقدمات اجرای برنامه و آموزش روانی	ارائه اهداف جلسات آموزشی، جلب همکاری و اطمینان بخشی، آموزش روانی در مورد اختلال استرس پس از ضربه، معرفی انواع مهارت‌های مقابله‌ای
دوم و سوم	حل مساله	مفهوم حل مساله، انواع مقابله‌های مساله مدار و هیجان مدار، مراحل حل مساله، تمرین حل مساله باتاکید بر اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی
چهارم و پنجم	مدیریت استرس	تعریف استرس، نشانه‌ها، انواع، تاثیرات استرس، روش‌های مقابله، بازسازی شناختی، و تمرین آرام بخشی، مراقبه
ششم و هفتم	مدیریت خشم	تعریف خشم، نشانه‌های خشم، آگاهی از محرک‌های فراخوان خشم، روش‌های مناسب و نامناسب کنترل خشم، آموزش راهبردهای موثر مدیریت خشم
هشتم و نهم	برقراری ارتباط موثر	تعریف ارتباط، اجزاء ارتباط، شیوه‌های برقراری ارتباط، موانع ارتباط، افزایش آگاهی از ارتباط کلامی و غیر کلامی، بهبودی مهارت گوش دادن، جرات ورزی در ارتباط، تمرین برقراری ارتباط در جلسه
دهم	مرور پیشرفت کار و پایان آموزش	بررسی پیشرفت آزمودنی‌ها، تاکید بر استفاده مستمر از جلسات آموزشی مقابله‌های موثر، معرفی مراکز و منابع حمایتی مخصوصا در مورد آموزش و درمان

## نتایج

مشاهده می شود میانگین‌های سن، تحصیلات بر پایه کلاس، درصد از کارافتادگی یا جانبازی و مدت حضور در جبهه آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل تقریباً یکسان است.

ویژگی‌های توصیفی جمعیت شناختی گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ نشان داده شده است. شاخص‌های توصیفی شامل، میانگین و انحراف معیار؛ سن، تحصیلات، درصد جانبازی و مدت حضور در جبهه است. همان طور که

جدول ۲- مقایسه دو گروه آزمایشی و کنترل از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی

ویژگی‌های جمعیت شناختی									
شاخص‌ها		سن		تحصیلات		درصد جانبازی		مدت جبهه	
گروه	آزمایش	۴۳/۸۳	۲/۷۵	۹/۹۱	۱/۷۸	۳۱/۶۶	۱۲/۴۹	۳۱/۲۵	۱۹/۶۶
	کنترل	۴۵/۶۶	۴/۸۶	۱۰/۵	۲/۰۲	۳۰/۴۱	۱۰/۷۵	۳۴/۳۳	۱۷/۲۴
	مجموع	۴۴/۷۵	۴/۹۸	۱۰/۲۰	۱/۸۸	۳۱/۰۴	۱۱/۴۱	۳۲/۷۵	۱۸/۱۵

## جدول ۳- نمرات شاخص‌های توصیفی مقیاس PTSD و افسردگی در مراحل مختلف آزمون

شاخص	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
PTSD	۶۳/۵۰	۵۰/۲۵	۴۷/۷۵	۵۸/۶۶	۶۱/۲۵	۶۱/۴۱
	(۹/۰۶)	(۵/۷۲)	(۵/۰۱)	(۱۵/۳۹)	(۶/۹۲)	(۶/۸۶)
افسردگی	۳۵/۵۰	۲۵/۹۱	۲۵/۱۶	۳۱/۸۳	۳۲/۱۶	۳۲/۰۸
	(۴/۹۶)	(۲/۲۳)	(۳/۵۶)	(۱۲/۴۸)	(۴/۷۵)	(۵/۸۵)

(اعداد خارج پرانتز میانگین و داخل پرانتز انحراف معیار هستند)

جدول ۳، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل را در مقیاس‌های PTSD و افسردگی نشان می‌دهد.

## جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر PTSD و افسردگی

شاخص	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	Eta	P	F	df	Eta	P	F	df
PTSD	۰/۸۰۹	۰/۰۰۱	۲۱/۱۳	۲/۱۰	۰/۰۲۵	۰/۸۸	۰/۱۳	۲/۱۰
افسردگی	۰/۸۸۳	۰/۰۰۱	۳۷/۵۹	۲/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۶	۰/۰۰۴	۲/۱۰

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری PTSD و افسردگی گروه آزمایش معنادار بوده است در صورتی که در گروه کنترل تفاوت معنادار نبوده است. نتایج مقایسه‌های دوتایی با استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی گروه آزمایش نشان داد که در PTSD و افسردگی، تفاوت معناداری میان نمرات پیش آزمون و پس آزمون، وجود داشته است، ولی بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نبوده است.

## جدول ۵- نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه گروه آزمایشی و کنترل در PTSD و افسردگی

شاخص	گروه	M	SD	t	df	P
پیش آزمون، پس آزمون PTSD	آزمایش	۱۳/۲۵	۱۱/۴۶	۲/۶۷	۲۲	۰/۰۱۴
	کنترل	-۲/۵۸	۱۷/۱۴			
پس آزمون، پیگیری PTSD	آزمایش	۲/۵۰	۳/۰۹	۲/۲۱	۲۲	۰/۰۳۸
	کنترل	-۰/۱۷	۲/۸۲			
پیش آزمون، پس آزمون، افسردگی	آزمایش	۹/۵۸	۳/۷۵	۲/۵۵	۲۲	۰/۰۱۸
	کنترل	-۰/۳۳	۱۲/۹			
پس آزمون، پیگیری افسردگی	آزمایش	۰/۷۵	۳/۲۲	۰/۳۸	۲۲	۰/۷۱
	کنترل	۰/۰۸۳	۵/۱۲			

در صورتی که تفاوت میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون معنادار بوده، اما در پیگیری معنادار نبوده است.

جدول شماره ۵ نشان می دهد که میانگین نمرات PTSD در گروه آزمایش و کنترل هم در پس آزمون و هم در پیگیری تفاوت معناداری با هم دیگر داشتند،

جدول ۶- اثر عامل گروه در متغیر وابسته ترکیبی بر اساس ملاک‌ها B، C و D در آزمون (PCL-M)

ارزش شاخص ویلکز	Eta	F	df	P
۰/۶۶۶	۰/۳۳۴	۳/۳۵	۳/۲۰	۰/۰۴

معنی داری بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر وابسته ترکیبی وجود داشت.

جدول شماره ۶ نشان می دهد که با توجه به نتایج تحلیل واریانس چند متغیری از نظر آماری تفاوت

جدول ۷- اثرات بین آزمودنی‌ها در ملاک‌های B، C و D بر اساس آزمون (PCL-M)

منبع متغیر	متغیر وابسته	df	Ms	F	P	Eta
گروه	ملاک B	۱/۲۲	۱۱۷/۰۴	۲/۷۷	۰/۱۱۱	۰/۱۱۲
	ملاک C	۱/۲۲	۲۵۳/۵۰	۸/۵۰	۰/۰۰۸	۰/۲۸۰
	ملاک D	۱/۲۲	۱۴۵/۰۴	۸/۱۴	۰/۰۰۹	۰/۲۷۰

ارتباط مؤثر) بر کاهش شدت کلی نشانه‌های PTSD و کاهش میزان افسردگی همراه PTSD در جانبازان نسبت به قبل از درمان و پس از دوره پیگیری ۲ ماهه و در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری مؤثر بوده است. یافته‌های حاصل از این مطالعه در مورد کاهش شدت نشانه‌های کلی PTSD با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده توسط؛ احمدی زاده و همکاران (۱۳۸۹)، محمودی قرائی و همکاران (۱۳۸۵)، فکور و همکاران (۱۳۸۵)، قماشچی (۱۳۸۵) کلاپ و بک (۲۰۱۱)، تاری یر و همکاران (۱۹۹۹)، روتبام و همکاران (۲۰۰۰)، هاروی و همکاران (۲۰۰۳)؛ نقل از احمدی زاده و همکاران، ۲۰۱۰، پوتر و همکاران (۲۰۰۹) و فووا و همکاران (۱۹۹۱)، همچنین یافته‌های این پژوهش در مورد کاهش شدت نشانه‌های PTSD و میزان افسردگی همراه آن با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده توسط؛ استراخان و همکاران (۲۰۱۱)، نیشس و همکاران

جدول شماره ۷ نشان می دهد که نتایج متغیرهای وابسته C و D با استفاده از سطح آلفای تعدیل شده بن فرونی ۰/۰۱۷ و با توجه به گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارند، ولی در مورد متغیر وابسته B تفاوت معنی دار نیست. بررسی میانگین نمره‌ها نشان داد که گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در متغیرهای وابسته C و D کاهش زیادی داشته است، اما در متغیر وابسته B کاهش قابل توجه نبوده است.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مطالعه اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله ای مبتنی بر فنون رفتاری- شناختی بر کاهش میزان نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی جانبازان انجام شده است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله ای (حل مساله، مدیریت استرس، مدیریت خشم و برقراری

(۲۰۰۵)، مولیک و نوگلی (۲۰۰۴)، و نتیجه مرور پژوهش‌ها توسط سولومون و جانسون (۲۰۰۲) و شرمن (۱۹۹۸) همخوان می‌باشد. توجه به جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش شدت ملاک C (اجتناب و کرختی)، اثر معناداری داشته است که همخوان با پژوهش‌های انجام شده توسط پوتر و همکاران (۲۰۰۹)، محمودی قزایی و همکاران (۱۳۸۵) و فکور و همکاران (۱۳۸۵) می‌باشد. همچنین توجه به نتیجه جدول شماره ۷ حاکی از این است که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش شدت ملاک D (بیش‌انگیزختگی) اثر معناداری داشته که همخوان با یافته‌های پژوهش پوتر و همکاران (۲۰۰۹) و ناهمخوان با یافته‌های پژوهش‌های محمودی قزایی و همکاران (۱۳۸۵) و فکور و همکاران (۱۳۸۵) می‌باشد. و در نهایت یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش شدت ملاک B (تجربه مجدد) اختلال استرس پس از ضربه تاثیر معناداری نداشته است، که همخوان با یافته‌های پژوهش‌های محمودی قزایی و همکاران (۱۳۸۵) و فکور و همکاران (۱۳۸۵) و ناهمخوان با یافته‌های پژوهش بولتون و همکاران (۲۰۰۴) و پوتر و همکاران (۲۰۰۹) می‌باشد.

از لحاظ نظری می‌توان چند دلیل برای تاثیر گذاری آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش شدت اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی همراه آن ذکر کرد. یکی از دلایل اصلی ماهیت شناختی-رفتاری، مهارت‌های مقابله‌ای می‌باشد که تاثیر آن در اختلالات گوناگون از جمله PTSD و افسردگی در پژوهش‌های متعددی که ذکر گردید مشخص شده است. دلیل دوم همپوشی ملاک‌های تشخیصی PTSD از جمله ملاک‌های C و D با افسردگی می‌باشد که با نتیجه گیری تیلور (۲۰۰۶) در مورد عدم نیاز به تغییر پروتکل طراحی شده برای PTSD برای اختلالاتی همراه، از جمله افسردگی انطباق دارد. و دلیل سوم ماهیت گروهی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در این

پژوهش می‌باشد. سالومون و جانسون (۲۰۰۲) معتقدند، درمان‌های گروهی، مواجهه با دیگران را افزایش داده و در نتیجه احساس جدایی از دیگران را کم کرده و اطمینان و اعتماد و امیدواری را افزایش می‌دهند. اعضای گروه به هم دیگر در مورد مسائل و مشکلات بازخورد داده و این مساله باعث برانگیخته شدن افراد برای ادراک دقیق تری از قدرت درون فردی و رفتارهای بین فردی سازگارانه می‌شود. محیط اجتماعی مطمئن و حمایت کننده گروه، به افراد اجازه می‌دهد که صمیمیت در ارتباط را افزایش داده و فرصتی ایجاد می‌کند که افراد با دادن کمک به دیگران حسی از کنترل خود و عزت نفس را در خود ایجاد کنند. بررسی نتایج ۱۴ مطالعه به نقل از فوی و همکاران (۲۰۰۰) در مورد تاثیر درمان‌ها و آموزش‌های گروهی بر روی گروه‌های مختلفی از افراد (زنان و بچه‌های بازمانده از تجاوز جنسی، مردان شرکت کننده در جنگ، بازماندگانی که از چند حادثه ضربه‌ای رنج می‌بردند) نشان می‌دهد که نتیجه درمانی ۱۳ مطالعه از ۱۴ مطالعه مثبت بوده است، که در تائید اثر گذاری درمان‌های گروهی می‌باشد. نتایج پژوهش در مورد ملاک‌های B, C, D نشان می‌دهد که شدت نشانه‌های ملاک‌های C و D کاهش پیدا کرده است اما در D کاهش معنادار نبوده است. نتایج پژوهش‌های متعدد که از طریق روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی ارتباط ملاک‌های اختلال استرس پس از ضربه را بررسی کرده اند، حاکی از ارتباط کرختی هیجانی با اجتناب و بیش‌انگیزختگی می‌باشد. بعضی‌ها معتقدند اجتناب منجر به کرختی می‌شود و بعضی دیگر اعتقاد دارند کرختی هیجانی پیامد بیش‌انگیزختگی است. مهارت‌هایی مانند مدیریت استرس و مدیریت خشم، باعث کاهش بیش‌انگیزختگی شده و مهارت‌هایی مثل ارتباط بین فردی باعث تقویت ارتباطات و کاهش اجتناب می‌شود که پیامد آن‌ها می‌تواند کاهش کرختی هیجانی باشد. در مورد دلایل احتمالی عدم کاهش معنادار شدت ملاک B اختلال استرس پس از

ضربه بین گروه آزمایش و کنترل، در این پژوهش می‌تواند نقص در استفاده از فنون مربوط به کاهش تجربه مجدد بوده باشد. مثلاً از فنونی مانند بازگویی روانشناختی و مقابله با افکار مزاحم و خاطرات آزاردهنده، مخصوصاً مواجهه، که برای کاهش تجربه مجدد به کار می‌روند در جلسات آموزشی درمانی پژوهشی حاضر استفاده نشده است.

در این پژوهش مشکلات و محدودیت‌هایی مانند حذف بعضی از آزمودنی‌ها وجود داشته است که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده ضمن بهره برداری از نتایج کاربردی این پژوهش و بر طرف نمودن محدودیت‌ها، بعد از آموزش هر مهارت از طریق ابزارهای اندازه‌گیری، ارزیابی صورت گیرد تا اندازه تأثیر هر مهارت در کاهش شدت نشانه‌های اختلال مشخص شود. همچنین از نمونه‌های مختلف مواجهه شده با حوادث آسیب‌زا مثل بلایای طبیعی، تصادفات، قربانیان خشونت، برای کاوش بیشتر تأثیرآموزش این مهارت استفاده شود.

در نهایت نتیجه این پژوهش حاکی از اثر گذاری مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری بر کاهش شدت نشانه‌های PTSD (فووا و همکاران ۲۰۰۰ و ۲۰۰۹ و جانسون، ۲۰۰۹) و افسردگی همراه آن (تیلور، ۲۰۰۶) می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی همکاران محترم در بنیاد شهید و امور ایثارگران استان و شهرستان همدان، مخصوصاً "قسمت مددکاری، مرکز مشاوره و بهداشت و درمان که در این پژوهش ما را یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به ذکر است در هماهنگی جلسات، دعوت از جانبازان، اجرا و تکمیل پرسشنامه‌های این پژوهش، یک نفر از همکاران مرکز مشاوره بطور کامل تا پایان جلسات همکاری داشته است.

## منابع

- ۱- احمدی زاده، محمد جواد، اسکندری، حسین، فلسفی نژاد، محمدرضا و برجعلی، احمد. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی الگوهای درمان شناختی-رفتاری و حساسیت زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد بر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ. *مجله طب نظامی*، دوره ۱۲، شماره ۳، صص ۱۷۳-۱۷۸.
- ۲- احمدی زاده، محمد جواد، انیسی، جعفر. (۱۳۸۶). بررسی مقایسه اثربخشی آموزش مهارت حل مساله و مواجهه سازی ممتد بر درمان بیماران مبتلا به PTSD ناشی از جنگ. خلاصه مقالات چهارمین سمپوزیم پیشگیری و درمان عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ. پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان. ص ۸۸.
- ۳- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه: محمد رضا نیکخواه‌امایاک آواددیس یانس. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات سخن
- ۴- پالانت، جولی. (۱۳۸۹). تحلیل داده‌های علوم رفتاری با برنامه SPSS، ترجمه علی اکبر رضایی، تبریز: انتشارات فروزش.
- ۵- حمید، نجمه. (۱۳۹۰). اثربخشی مدیریت استرس بر افسردگی، اضطراب و ناباروری زنان. *مجله علوم رفتاری*، دوره ۵، شماره ۱، صص ۶۰-۵۵.
- ۶- خاطری، شهریار. (۱۳۷۹). بررسی سیمای بالینی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه مزمن در عوارض روانی ناشی از جنگ. مجموعه مقالات سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ. تهران: انتشارات گلبان. صص ۱۵۱-۱۴۱.
- ۷- دلاور، علی. (۱۳۸۴). روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی، چاپ هفدهم. تهران: نشر ویرایش.
- ۸- دلاور، علی. (۱۳۸۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- ۹- سادوک، بنیامین، ج. سادوک، ویرجینیا، ا. (۱۳۸۰). چکیده روانپزشکی بالینی. ترجمه نصرت الله پورافکاری، تبریز: انتشارات آزاده (تاریخ اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۱).
- ۱۰- سیف، علی اکبر. (۱۳۸۶). روش تهیه پژوهش نامه، تهران: نشر دوران.
- ۱۱- شاکری جلال و صادقی، خیراله. (۱۳۸۲). بررسی نقش رویدادهای استرس زای زندگی و روش‌های مقابله با عود PTSD در نمونه‌ای از جانبازان جنگ تحمیلی (کرمانشاه، ۱۳۸۰). *مجله طب نظامی*، شماره ۵ (۲) صفحه ۱۱۶-۱۱.
- ۱۲- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸). آزمون‌های روان شناختی، ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: انتشارات بعثت. ص ۳۲۳.
- ۱۳- صادقی موحد، فریبا، نریمانی، محمد و رجبی، سوران. (۱۳۸۷). بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر وضعیت سلامت روانی دانشجویان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، دوره هشتم، شماره سوم، صص ۲۶۱ تا ۲۶۹.
- ۱۴- فکور، یوسف، محمودی قرائی، جواد، محمدی، محمدرضا و ممتاز بخش، مریم. (۱۳۸۵). اثر گروه درمانی مبتنی بر روش‌های حمایتی و شناختی-رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه زلزله بم. *مجله پژوهشی حکیم*، دوره نهم، شماره دوم، صص ۶۹-۶۳.
- ۱۵- قماشچی، فردوس. (۱۳۸۷). بررسی آموزش مهارت‌های حل مساله در بهبود بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از زلزله بم (با تاکید بر جنسیت). *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*. دوره هشتم، شماره سوم، صص ۳۰۰-۲۹۴.
- ۱۶- کاپلان، سادوک. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی. جلد دوم. ترجمه، نصرت الله پورافکاری (۱۳۷۹). تهران: انتشارات شهرآب. ص ۲۴۰.
- ۱۷- گودرزی، محمدعلی. (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه می سی سی پی (اشل). *مجله روان شناسی سال هفتم*، شماره ۲. ص ۸۲.
- ۱۸- مجیدی، عفت. (۱۳۸۵). بررسی فراوانی اختلالات روانی همراه PTSD در مراجعین کلینیک روان پزشکی و درمانگاه جانبازان زاهدان از اسفند ۱۳۸۴ تا خرداد ۱۳۸۵. پایان نامه چاپ نشده برای دریافت دکتری عمومی. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- ۱۹- محمودی قرائی، جواد، محمدی، محمدرضا، بینا، مهدی، یاسمی، محمد تقی و فکور، یوسف. (۱۳۸۵). مقایسه اثر گروه درمانی شناختی-رفتاری و مداخلات حمایتی گروهی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه با گروه شاهد در نوجوانان بازمانده از زلزله بم. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، دوره ۶۴، شماره ۸، صص ۶۷-۵۷.
- ۲۰- ملکی، حسین، سعیدی جم، مسعود و گونی چی، مسعود. (۱۳۷۹). بررسی وضعیت روانی، اجتماعی، اقتصادی و اپیدمیولوژیک جانبازان اعصاب و روان و شیمیایی مراجعه کننده به درمانگاه شهید مدنی بنیاد جانبازان همدان هشت سال پس از جنگ. مجموعه مقالات سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ. تهران: انتشارات گلبان. ۱۲۶-۸۹.
- ۲۱- هالچین، ریچارد پی، ویتبورن، سوزان کراس. (۱۳۸۴). آسیب شناسی روانی، دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی. جلد اول، ترجمه، یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر روان (تاریخ اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۳).
- 22- Ahmadizadeh, M. J., Ahmadi. K., Eskandari. H., Falsafinejad. M, R., Borjali. A., Anisi. J., & Et al. (2010). Improvement in quality of life after exposure therapy, problem

- 34- Litz ,B., Orsillo ,S., Kaloupek ,D.,& Weathers, F.(2000).Emotional Processing in posttraumatic stress disorder .Journal of Abnormal Psychology,109,26-39.
- 35- Mulick. P. S., Naugle. A. E. (2004). Behavioral Activation for Comorbid PTSD and Major Depression: A Case Study. Cognitive and Behavioral Practice 11,378-387.
- 36- Nishith, P., Nixon. D. V., Resicka,T. P. A. (2005). Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: A result of cognitive processing therapy targeting comorbid depression?. Journal of Affective Disorders 86 , 259-265.
- 37- Poter, A. R., Baker, M.T., Sanders, C.S., Peterson, A. L. (2009). Combat Stress Reactions During Military Deployments: Evaluation of the Effectiveness of Combat Stress Control Treatment. Journal of Mental Health Counseling 31, 2; Academic Research Library, pg. 137
- 38- Rauch , S. A. M., Favorite ,T., Giardino, N., Porcari , C., Defever, E., Liberzon. I. (2010). Relationship between anxiety, depression, and health satisfaction among veterans with PTSD. Journal of Affective Disorders 121 , 165-168.
- 39- Sherman, J. J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta- analysis of controlled clinical trials. Journals of Traumatic Stress, 11(3):405-412.
- 40- Solomon, S. D. & Johnson. D. M. (2002). Psychosocial Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Practice-Friendly Review of Outcome Research. Psychotherapy in Practice, Vol. 58(8), 947-959.
- 41- Strachan. M., Gros. D, F., Ruggiero. K.J., Lejuez.G.W & Acierno. R.(2011). An Integrated Approach to Delivering Exposure-Based Treatment for Symptoms of PTSD and Depression in OIF/OEF Veterans: Preliminary Findings. Behavior Therapy(ARTICLE IN PRESS)Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- 42- Tylor, steven. (2006). Clinician Guide to PTSD. Acognitive-behavioral approach. New York & London: The Guilford Press
- 43- Weathers, F. W., Huska, J., & Keane, T. M. (1991). The PTSD Checklist- Military Version (PCL-M). Boston: National Center for PTSD.
- solving and combined therapy in chronic war-related post traumatic stress disorder. Procedia Social and Behavioral Sciences, 5 , 262-266.
- 23- Amdur ,R.L., Larsen, R.,& Liberzon , I. (2000). Emotional Processing in combat-related post-traumatic stress disorder: a comparision with traumatized and normal controls. Journal of Anxiety Disorder,14,219-238.
- 24- Arthur. N., George. C. (1987). Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. Journal of Abnormal Psychology, 96(2), 155-157.
- 25- Bolton, E.E., Lambert, J.F., Wolf ,E. J., Raja ,S., Varra ,A. A., Fisher, L.M(2004). Evaluating a Cognitive-Behavioral Group Treatment Program for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. Psychological Services, Vol. 1, No. 2, 140-146
- 26- Clapp. J. D., Beck. J. G. (2011). Treatment of PTSD in Older Adults: Do Cognitive-Behavioral Interventions Remain Viable? Cognitive and Behavioral Practice.(ARTICLE IN PRESS), Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
- 27- Constans, J .I., Lenhoff , K & Mc Carthy, M. (1997). Depression Sub typing in PTSD Patients. Annals of Clinical Psychiatry, Vol. 9, No. 4.
- 28- Foa , E. B., Roth baum , B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorderin rape victims: A comparision between cognitive-behavioral procedures and counseling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 715-723
- 29- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. Behavior Therapy, 20, 155-176.
- 30- FoyD.W., Eriksson.C.B., Trice. G. A. (2000). Introduction to Group Interventions for Trauma Survivors. 16830 Ventura Boulevard, Suite #200.Encino, CA 91436 .818-501-1611
- 31- Ikin,F.J., Creamer,M.C., Sim,M.R., McKenzie,D.P. (2010). Co-morbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: Prevalence, predictors, and impairment Journal of Affective Disorders 125 , 279-286
- 32- Johnson. S. L. (2009). Therapist's Guide to Posttraumatic Stress Disorder Intervention .SanDiego: Academic Press..
- 33- Lazarus, B. S., & Folkman , S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.