

اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی جانبازان

محمدرضا ذوقی پایدار*

فرامرز سهرابی اسمرود**

ابوالقاسم یعقوبی***

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی جانبازان همدان بود. این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. تعداد ۲۴ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ، به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (زوج درمانی شناختی- رفتاری) (۱۲ نفر) و گروه کنترل (لیست انتظار) (۱۲ نفر) تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته، در جلسات زوج درمانی شناختی- رفتاری شرکت کردند. از فهرست اختلال استرس پس از ضربه ویرایش نظامی (PCL-M) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که میان دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ شدت اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی، پس از خاتمه جلسات درمانی تفاوت معناداری وجود دارد. زوج درمانی شناختی- رفتاری به‌طور معناداری شدت اختلال استرس پس از ضربه همچنین میزان افسردگی را در گروه آزمایش کاهش داد و زوج درمانی شناختی- رفتاری در کاهش شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی همراه آن مؤثر بوده است.

واژگان کلیدی

اختلال استرس؛ افسردگی؛ زوج درمانی شناختی- رفتاری

zoghipaidar@yahoo.com

* نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا

** دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی

*** استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا

تاریخ تصویب: ۹۱/۱۰/۲

تاریخ دریافت: ۹۱/۸/۲

مقدمه

عوارض و پیامدهای ناشی از جنگ به عنوان مهم‌ترین مباحث روان‌شناختی و روان‌پزشکی مطرح در جهان است که در طی زمان‌های مختلف توجه متخصصان مربوطه را به خود جلب کرده است. در این بین عوارض عصبی، روانی از ناتوان کننده‌ترین این عوارض است که بروز مشکلات متعددی را برای خود افرادی که در جنگ حضور داشته‌اند، برای خانواده آن‌ها و جامعه باعث شده است. جنگ تحمیلی عراق علیه ایران نیز یکی از این جنگ‌ها بود که با گذشت ۳۰ سال از شروع جنگ تحمیلی و ۲۲ سال از پایان آن، جانبازان و ازجمله جانبازان اعصاب و روان از اختلالات گوناگونی مثل، اختلال استرس پس از ضربه مخصوصاً نوع مزمن شده آن، افسردگی، اضطراب و به تبع آن‌ها، اعتیاد به مواد مخدر، مشکلات بین فردی و خانوادگی، خشم و پرخاشگری، اختلالات خواب، مشکلات جسمانی و فیزیولوژیکی، تحریک‌پذیری، عصبانیت و اختلالات جنسی رنج می‌برند.

چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) اختلال استرس پس از ضربه^۱ را یک رشته علائم تبیین کرده است که در پی مشاهده یا درگیر شدن یا شنیدن «یک استرس تروماتیک فوق العاده» پدید می‌آید. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رخداد را در ذهن خود مکرراً زنده می‌کند و می‌کوشد از یادآوری شدن اجتناب کند. علائم باید بیش از یک ماه ادامه یابند و در زمینه‌های مهم زندگی نظیر خانواده و شغل تداخل کند. شدت استرس به وجود آورنده این اختلال برای هرکس شکننده است. ممکن است در جریان جنگ، شکنجه، سوانح طبیعی، تجاوز به عنف و تصادفات شدید مثل تصادف اتومبیل یا آتش‌سوزی در ساختمان پدید آید. شخص حادثه را در خواب یا افکار روزانه تجربه می‌کند، از هر چیزی که ممکن است یادآور سانحه باشد می‌پرهیزد و یک حالت انگیختگی مفرط و فقدان پاسخگویی و کرختی پیدا می‌کند (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۹: ۲۴۰).

تقریباً اکثر مطالعات، سطوح بالایی از افسردگی را با PTSD نشان داده‌اند. برای نمونه در دو مطالعه درباره کهنه سربازان^۲ جنگ ویتنام، در یکی ۴۰٪ (آمدور^۳ و همکاران، ۲۰۰۰: ۲۲۴) و

1. Post-traumatic Stress Disorder(PTSD)
2. Veterans
3. Amdur



دیگری ۴۴٪ (لیتز^۱ و همکاران، ۲۰۰۰: ۳۶) از این سربازان همراه با PTSD تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت کردند. نتایج پژوهش (کنستانس^۲ و همکاران، ۱۹۹۷: ۲۳۷) بیان‌کننده آن است که ۶۷٪ از بیماران مبتلا به PTSD، اختلال افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند. در ایران نتایج پژوهش‌ها (مجیدی، ۱۳۸۵: ۲؛ ملکی و همکاران، ۱۳۷۹: ۱۰۵؛ خاطری، ۱۳۷۹: ۱۴۸) در میان جانبازان همبودی جالب توجهی را بین افسردگی و PTSD نشان داده‌اند. یکی از دلایل احتمالی این درجه از همبودی بالا حضور نشانه‌های همپوش است. برای مثال یکی از نشانه‌های مشخص، همپوشی فقدان احساس لذت، بین افسردگی اساسی و PTSD است. نتایج پژوهش (راش^۳ و همکاران، ۲۰۱۰: ۱۶۷) 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^۴ و همکاران، ۲۰۱۰: ۲۸۲) حاکی از این است که PTSD صرف و PTSD همراه با افسردگی با وجود گذشت ۵۰ سال از جنگ کره در سربازان استرالیایی شرکت‌کننده در جنگ شایع است.

برای درمان علائم PTSD و اختلالات همراه آن با توجه به دیدگاه‌های مختلف حاکم بر سبب‌شناسی این اختلال، روش‌های درمانی گوناگونی مانند: مهارت‌های مقابله‌ای گوناگون، آموزش روانی خانواده، درمان پردازش شناختی، آموزش تلقیح استرس، مواجهه درمانی، مواجهه درمانی طولانی مدت، حساسیت‌زدایی منظم، حساسیت‌زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم، درمان روان پویشی کوتاه مدت، هیپنوتیزم، مشاوره همتایان، توان بخشی روانی اجتماعی، شناخت درمانی، بازسازی شناختی، گروه درمانی، گروه درمانی متمرکز بر آسیب و مداخلات دارویی ارائه شده است.

درست است که درمان دارویی در کاهش نشانه‌های PTSD و اختلالات همراه آن مؤثر است، اما نقص این نوع درمان این است که نمی‌تواند احساس کنترل درونی را در فرد ایجاد

1. Litz
2. Constans
3. Rauch
4. Ikin

کند و اگر فرد درمان دارویی را قطع کند با مشکل مواجه می‌شود و نقص درمان‌های انفرادی روان‌شناختی در این است که نقش خانواده را به‌عنوان یک سیستم و نقش همسر را، به‌عنوان عنصری مهم و اساسی نادیده می‌گیرد، عنصری که می‌تواند با توجه به الگوهای ارتباطی در تداوم یا بهبود اختلالات نقش داشته باشد.

با توجه به 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 بر مسائل ارتباطی خانواده و جامعه و باتوجه به این که در ایران پژوهش‌های محدودی از تأثیر خانواده یا زوج درمانی برای کاهش نشانه‌های PTSD و افسردگی جانبازان انجام شده است و تمرکز درمان‌های انجام شده بر درمان‌های دارویی، روان درمانی انفرادی جانبازان یا آموزش همسران آن‌ها استوار بوده است. اهمیت و ضرورت این پژوهش از آن جهت است که می‌خواهد این نقص یا خلاء را پر کرده و تأثیر زوج درمانی شناختی- رفتاری در درمان و کاهش شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ و افسردگی جانبازان مبتلا به PTSD را بررسی کرده و در نهایت با انجام دادن این پژوهش، راهکارهای مفیدی را در جهت کمک به گروه هدف و خانواده‌های آن‌ها و حتی گروه‌های مشابهی پیدا کند که به خاطر عوامل گوناگون مثل بلاهای طبیعی، تصادفات جاده‌ای و غیره دچار ضایعه شده‌اند یا ممکن است دچار ضایعه شوند.

با توجه به مسائل مذکور و اهمیت زوج درمانی در اصلاح الگوهای ارتباطی معیوب دوطرفه زوجین و تأثیر آن در کاهش نشانه‌های PTSD و اختلالات همراه آن، اصول و مکانیزم‌های زوج درمانی شناختی- رفتاری توضیح داده می‌شود.

زوج درمانی شناختی- رفتاری برای درمان اختلال استرس پس از ضربه (مانسون و فریدمن^۲، در دست چاپ: ۹) رویکردی در زوج درمانی است که از ترکیب روش‌ها و فنون نظریه‌های رفتاری و شناختی برای درمان مشکلات زوجینی استفاده می‌کند که یکی از آن‌ها یا هر دو آن‌ها به نحوی از اختلال استرس پس از ضربه رنج می‌برند.

1. Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy (CBCT) for PTSD

2. Monson & Fred man



زوج درمانی شناختی- رفتاری برای PTSD فرض می‌کند که ارتباط بین PTSD و آشفتگی^۱ در رابطه صمیمی، پیچیده و دو طرفه است. نشانه‌های PTSD در آشفتگی‌های زوجین تأثیر گذاشته و در مقابل آشفتگی زوجین باعث تشدید و تقویت نشانه‌های PTSD می‌شود. فرآیندهای زیر بنایی این ارتباط احتمالاً شامل؛ نقص‌های ارتباطی و اجتناب رفتاری است. در حوزه شناختی فرض می‌شود که تعامل فرآیند افکار ناسازگارانه و محتوای مربوط به حوادث آسیب‌زا باعث تداوم این ارتباط بازگشتی می‌شود (مانسون و همکاران، ۲۰۰۸: ۹۶۰). هدف همزمان زوج درمانی شناختی رفتاری، بهبود PTSD در یک یا هر دو همسر و بهبودی کارکردهای رابطه صمیمی آن‌ها بود و زوجین واحد درمان بودند (همان: ۹۶۱).

در مرحله اول، به زوجین درباره تأثیر دو طرفه PTSD و سازگاری ارتباطی بر همدیگر آموزش روانی داده شده و مشغول تمرین افزایش مثبت‌ها و کاهش سوگیری توجه به رفتارهای ارتباطی منفی می‌شوند و راهبردهای تسهیل حس مشارکت در سلامتی از قبیل؛ شناخت نشانه‌های اولیه خشم و راهبردهای مدیریت تعارض را یاد می‌گیرند.

در مرحله دوم، به زوجین درباره نقش مخرب اجتناب، در نگهداری PTSD و آشفتگی‌های ارتباطی یاد گرفته و مهارت ارتباطی درباره هر دو مشکل آموزش داده می‌شود. افزایش ارتباط دوتایی به عنوان راه حلی برای اجتناب و کرختی هیجانی مرتبط با PTSD و راهی برای افزایش صمیمیت هیجانی استفاده می‌شود. مهارت ارتباطی طی چندین جلسه برای کمک به زوجین، در تشخیص و مشارکت در احساسات آن‌ها و توجه به شیوه‌هایی که افکار در احساسات و رفتار آن‌ها تأثیر می‌گذارد، آموزش داده شده و تمرین می‌شود. زوجین سپس از این مهارت‌های ارتباطی برای بحث درباره محتوای مرتبط با PTSD و برای حل این مسأله استفاده می‌کنند که آن‌ها چطور نقش PTSD را در ارتباط خود ضعیف خواهند کرد.

مرحله سوم درمان، برای بهبودی مهارت‌های ارتباطی زوجین و تمایل آن‌ها به نزدیکی به جای اجتناب استفاده می‌شود. این کار با بررسی باورهای مرتبط با تروما انجام می‌شود که ممکن است در نگهداری نشانه‌های PTSD یا ناسازگاری ارتباطی مشارکت کنند. بحث‌ها ابتدا بر تفکیک و جداسازی معانی دشوار و مسأله‌ساز ایجاد شده، راجع به جنبه‌های از تروما

متمرکز می‌شود، سپس بحث با بیش تعمیم‌دادن این مسأله به هسته باورهای مشکل‌ساز ویژه زوجین پیش می‌رود که باعث تداوم PTSD و ناسازگاری ارتباطی در زمینه اعتماد، قدرت و کنترل، نزدیکی هیجانی و صمیمیت فیزیکی می‌شود. در ادامه، درمان با بحث درباره توانایی‌ها، یافته‌های مفید و رشد پس از آسیب و اینکه آن‌ها به‌عنوان یک زوج چطور می‌توانند به وسیله خلق یک زندگی بهتر، به سوی جلو حرکت کنند به اوج خود رسیده و با مرور منفعت‌های ایجاد شده در درمان و چالش‌هایی درباره انتظارات آینده درمان پایان می‌یابد. (فریدمن و همکاران (۲۰۱۱: ۱۲۸) پژوهشی تحت عنوان «کاربرد زوج درمانی شناختی- رفتاری برای PTSD در میان نسل جدیدی از سربازان از جنگ برگشته و همسران آن‌ها» انجام دادند. در این پژوهش که به‌صورت موردی انجام شد، یک زوج بنام‌های مارتین^۱ و سو^۲ شرکت کردند. مارتین ۲۷ ساله که به تازگی از جنگ در عراق برگشته بود از طرف مرکز پزشکی سازمان کهنه سربازان برای درمان ارجاع شده بود، سو همسر او نیز در درمان شرکت کرد. در این پژوهش از فهرست اختلال استرس پس از ضربه PCL برای ارزیابی استفاده شد. مقایسه نمرات قبل و بعد از درمان حاکی از کاهش ۱۵ نمره‌ای شدت نشانه‌های PTSD به گزارش مارتین و کاهش ۳۰ نمره‌ای شدت نشانه به گزارش سو بود. نتایج همچنین نشان داد که رضایت کلی از رابطه برای هر دو همسر مخصوصاً سو افزایش یافته است. نتایج پژوهش (مانسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۱: ۹۹) درباره تأثیر CBCT بر PTSD نشان داد که؛ شرکت همسران افراد مبتلا به PTSD در درمان، باعث کاهش معنادار در شدت کلی نشانه‌های PTSD بعد از درمان، نسبت به قبل از درمان می‌شود. در این پژوهش که شش زوج در درمان شرکت کرده بودند، بعد از تکمیل درمان، نشانه‌های PTSD فقط در یکی از افراد شرکت‌کننده باقی مانده بود. بیماران همچنین کاهش معناداری در افسردگی، نشانه‌های خشم و افزایش رضایت از رابطه را بعد از درمان گزارش کردند. (مانسون و همکاران، ۲۰۰۴: ۳۴۳) با بررسی تأثیر زوج درمانی شناختی- رفتاری، روی هفت زوج، که شوهران (کهنه سربازان جنگ ویتنام) مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بودند، با ارزیابی مستقل از متخصص و همسر این افراد، به این نتیجه رسیدند که این

1. Martin
2. Sue
3. Monson



مداخله باعث بهبودی معناداری در نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه شده است. اما خود سربازان مبتلا به PTSD بهبودی کمتری را در مقایسه با همسر و متخصص در نشانه‌های این اختلال گزارش کردند. مانسون و همکاران (۲۰۰۴)؛ به نقل از مانسون و همکاران، (۲۰۰۸: ۹۶۱)، مطالعه دیگری انجام دادند که در آن کهنه سربازان بهبودی متوسط در نشانه‌های PTSD، اما بهبودی بیشتری را در افسردگی، اضطراب و کارکردهای اجتماعی گزارش کردند.

سوتر^۱ و همکاران، (۲۰۰۹: ۳۴۷)، درمان متمرکز بر زوج را، که درمانی با رویکرد راهبردی نامیده می‌شود، با هدف کاهش نشانه‌های اجتناب PTSD به‌کار بردند. در این پژوهش از پرسشنامه CAPS برای ارزیابی شدت نشانه‌ها و تشخیص PTSD و از پرسشنامه PCL برای ارزیابی شدت نشانه‌های PTSD و ارزیابی شدت نشانه‌های؛ تجربه مجدد، اجتناب، کرختی هیجانی و بیش‌انگیزگی استفاده شد. نتایج حاکی از کاهش معنادار نشانه‌های؛ اجتناب و کرختی هیجانی و شدت کلی نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه سربازان شرکت کننده در جنگ ویتنام، از دید متخصص، همسر و خود سرباز بوده است.

نتایج پژوهش احمدی^۲ و همکاران، (۲۰۰۹: ۳۷ و ۳۹) نشان می‌دهد که کاربرد زوج درمانی شناختی- رفتاری روی جانبازان و همسران آن‌ها در افزایش سازگاری زناشویی جانبازان و همسران آن‌ها تأثیر معناداری داشته است، اما در کاهش شدت نشانه‌های PTSD مؤثر نبوده است. حسنی و همکاران، (۱۳۸۷: ۷۶) در پژوهشی اثر بخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و هیجان‌محور را بر افسردگی زوج‌های ناباور مقایسه کردند که نتایج حاکی از اثر بخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری در کاهش میزان افسردگی آزمودنی‌ها بوده است.

باتوجه به مبانی نظری و تجارب پژوهشی داخلی و خارجی سؤالات تحقیق عبارت بودند از اینکه: آیا زوج درمانی شناختی- رفتاری در کاهش شدت نشانه‌های PTSD جانبازان مؤثر است؟

آیا زوج درمانی شناختی- رفتاری در کاهش میزان نشانه‌های افسردگی جانبازان مؤثر است؟ پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل

1. Sautter
2. Ahmadi

کلیهٔ جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربهٔ ناشی از جنگ براساس ملاک‌های تشخیصی DSM IV - TR همدان بود که پروندهٔ فعال روان‌پزشکی داشتند و در حال حاضر نیز برای رفع مشکلات ناشی از اعصاب و روان خود، جویای خدمات درمانی سرپایی و بستری (روان‌پزشکی و روان‌شناختی) هستند. برای گزینش گروه نمونه از روش نمونه‌گیری با جایگزینی تصادفی (دلور، ۱۳۸۰: ۱۲۹) استفاده شد؛ ابتدا لیست‌ها و پرونده‌های موجود در مرکز مشاوره و مددکاری و قسمت بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان همدان بررسی شد و از جامعهٔ مورد مطالعه، افراد واجد شرایط با توجه به ملاک‌های شمول و حذف برگزیده شدند. ملاک‌های حذف افراد برای شرکت در پژوهش نداشتن سابقهٔ اختلالات؛ روان‌پریشی، دوقطبی، آسیب شدید شناختی، پرخاشگری شدید و مصرف شدید مواد افیونی و ملاک‌های شمول افراد، متأهل بودن، از لحاظ سنی زیر ۶۰ سال، حداقل دارای تحصیلات سیکل و نداشتن سابقهٔ شرکت در زوج درمانی که تشخیص روان‌پزشکی آن‌ها، اختلال استرس پس از ضربهٔ ناشی از جنگ و افسردگی بود. با توجه به موارد بالا حدود ۵۸ نفر از جانبازان واجد شرایط برای شرکت در جلسهٔ توجیهی از طریق تماس تلفنی دعوت شدند که در مجموع ۴۶ نفر در جلسه شرکت کردند و از این افراد ۳۳ نفر موافقت خود را برای شرکت در جلسات به همراه همسر خود اعلام کردند. شایان ذکر است تعداد افراد برای هر گروه ۱۲ نفر در نظر گرفته شده بود، اما به دلیل مقابله و پیشگیری از افست آزمودنی‌ها، کل شرکت‌کنندگان (۳۳ نفر) که اعلام آمادگی کرده بودند، به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۷ نفر) و کنترل (لیست انتظار) (۱۶ نفر) جایگزین شدند. بعد از پایان جلسات درمانی مشخص شد، از گروه آزمایش ۳ نفر از زوجین به‌طور ناقص در جلسات درمانی شرکت کرده‌اند، ۲ نفر نیز پرسشنامهٔ آزمون پیگیری را در موعد مقرر تحویل نداده‌اند و از گروه کنترل نیز ۴ نفر برای پرکردن پرسشنامه در پس‌آزمون و آزمون پیگیری مراجعه نکرده‌اند. در نهایت داده‌های به‌دست آمده از ۲۴ نفر، ۱۲ نفر گروه کنترل و ۱۲ نفر گروه آزمایش، تجزیه و تحلیل شد.

فرآیند اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از مشخص شدن اعضای گروه نمونه فهرست اختلال استرس پس از ضربه، نسخهٔ نظامی (PCL-M) و پرسشنامهٔ افسردگی بک (BDI) در میان آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. سپس آزمودنی‌های گروه



آزمایش در جلسات زوج درمانی شناختی- رفتاری (خلاصه‌ای از ساختار جلسات زوج درمانی شناختی - رفتاری برای اختلال استرس پس از ضربه در جدول ۱ ارائه شده است) شرکت کردند که طی ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته در مرکز مشاوره و مددکاری بنیاد شهید و امور ایثارگران همدان برگزار شد. گروه کنترل (لیست انتظار) همزمان با گروه آزمایشی هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. بعد از خاتمه جلسات زوج درمانی شناختی- رفتاری روی گروه آزمایش، هر دو گروه با ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند و ارزیابی پیگیری بعد از ۲ ماه انجام شد. پس از پایان پژوهش به منظور رعایت جوانب اخلاقی، برای گروه لیست انتظار جلسات زوج درمانی اجرا شد.

فهرست اختلال استرس پس از ضربه، نسخه نظامی (PCL-M): این فهرست شامل ۱۷ ماده است، پنج ماده آن مربوط به نشانگان تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا، هفت ماده آن مربوط به نشانگان کرختی هیجانی و اجتناب و پنج ماده آن مربوط به نشانگان بیش‌انگیزگی است. این فهرست یک مقیاس خود گزارش‌دهی است که در سال ۱۹۹۱، ویترز^۱ و همکاران آن را براساس ملاک‌های DSM-III-R برای اختلال استرس پس از ضربه ساختند و بعداً بر اساس ملاک‌های DSM-IV بازبینی کردند. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه شامل جمع نمرات سؤال‌های هفده‌گانه که براساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای 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 کرده‌اند. همچنین نمرات جداگانه می‌تواند برای ملاک‌های B و C و D به دست آید. ویترز و همکاران (۱۹۹۳؛ نقل از گودرزی، ۱۳۸۲: ۱۵۹) در پژوهشی ضرایب همسانی درونی ۰/۹۷ را برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ را برای نشانگان 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 ابزارهایی به شرح زیر گزارش دادند: مقیاس می‌سی سی پی (۰/۹۳)، مقیاس PK مربوط به MMPI-۲ (۰/۷۷)، مقیاس اثر

حادثه (۰/۹۰) و مقیاس رویارویی با جنگ^۲ (۰/۴۶) علاوه بر این، آن‌ها نقطه برش ۵۰ را برای این مقیاس به عنوان نقطه بهینه برای پیش‌بینی 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 ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این پرسشنامه از ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره این تست ۶۳ و حداقل آن صفر است. 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 ص ۳۲۳). از هنگام تدوین BDI تاکنون، پژوهشگران ارزیابی‌های بسیاری را انجام داده‌اند. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته‌اند. همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۳، مقیاس افسردگی زونگ ۰/۷۶ و مقیاس افسردگی MMPI ۰/۷۶ بوده است. در پژوهش حمید (۱۳۹۰: ۵۸) ضرایب آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ و پایایی دونیمه کردن، ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی پرسشنامه افسردگی بک با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

برای توصیف داده‌های جمعیت شناختی «سن، تحصیلات، درصد جانبازی و مدت حضور در جبهه» و مقایسه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه آزمایش با گروه کنترل درباره متغیرهای پژوهش «PTSD و افسردگی» از شاخص‌های آمار توصیفی مانند (میانگین و انحراف استاندارد) و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته (اندازه‌گیری مکرر) و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS استفاده شد.

1. Impact of Event Scale (IES)
2. Combat Exposure Scale (CES)



جدول ۱: خلاصه‌ای از ساختار جلسات زوج درمانی شناختی - رفتاری

مرحله	جلسه	موضوع	محتوای جلسات درمانی
اول	۱-۲	منطق درمان آموزش روانی در مورد PTSD و ارتباطات و مدیریت تعارض	برقراری ارتباط و امادگی، توضیح روش و اهداف جلسات، توصیف اختلال استرس پس از ضربه و مشکلات ارتباطی و تأثیر دوطرفه آن‌ها بر همدیگر، بررسی راهبردهای تسهیل حس مشارکت در سلامتی توجه به چارچوب تعاملی زوجین، تمرکز بر امنیت در ارتباطات، توجه به رفتارهای صدمه زنده، آموزش مدیریت تعارض
دوم	۳-۶	تضعیف اجتناب و افزایش ارتباط و مدیریت خشم	بررسی نقش مخرب اجتناب در نگهداری PTSD و افزایش مشکلات ارتباطی، شروع آموزش مهارت‌های ارتباطی، ایجاد مهارت‌های درک همدلانه و گوش دادن بررسی موانع ارتباط مؤثر، تمرکز بر تشخیص احساسات و افکار، بررسی تأثیر متقابل احساسات، افکار و رفتار بر هم، ایجاد مهارت انتقال و دریافت صحیح و مؤثر افکار و احساسات استفاده از روش حل مسأله و تمرین آن در جلسه، با هدف تضعیف تأثیر دوطرفه PTSD و ناسازگاری ارتباطی بر همدیگر، تشویق به شرکت زوجین در فعالیت‌های لذت‌بخش برای کاهش اجتناب و کم کردن کرحتی هیجانی، تعریف خشم و تحریک پذیری، بررسی علائم هشدار دهنده و موقعیت‌های راه انداز خشم، آموزش شیوه‌های عملی مؤثر برای کنترل خشم، مانند آرام سازی و تغییر محیط
سوم	۷-۱۲	معنی دادن به تروما و بازسازی شناختی و جمع بندی	بحث شناختی با هدف بالا بردن پذیرش حوادث آسیب‌زا، حرکت از یک نونل بینایی به فهم حوادث آسیب‌زا با چشم انداز دقیق‌تر و مبسوط‌تر شناسایی هسته باورها و انتظارات غیر واقع بینانه مؤثر در تشدید و تداوم PTSD و ناسازگاری ارتباطی، آشنایی با نقش و تأثیر خود، در ایجاد یا تداوم مشکل و رفتار منفی منتج شده از باورها، شناسایی نقش و توانایی خود در حل مشکل و تغییر رفتار منفی منتج شده از باورهای مخرب آشنایی با خطاهای شناختی و به چالش کشیدن این خطاها و تصمیم‌گیری برای اصلاح خطاهای شناختی و جایگزین کردن باورها و انتظارات منطقی، افزایش و تقویت کنترل افکار، رفتار و احساسات خود و دیگران درباره حوادث آسیب‌زا و پیامدهای آن آشنایی با انتظارات متقابل، توجه به ویژگی‌های مثبت همدیگر، افزایش اعتماد و نزدیکی هیجانی بحث و بررسی درباره توانایی زوجین برای خلق یک زندگی بهتر و حرکت رو به جلو، منفعتهای ایجاد شده در درمان، انتظارات آینده

یافته‌ها

در این پژوهش کل نمونه مورد مطالعه تعداد ۲۴ نفر از جانبازان مبتلا PTSD و افسردگی بودند که به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری شامل؛ گروه زوج درمانی شناختی- رفتاری (CBCT) و گروه کنترل (لیست انتظار) جایگزین شدند. از نظر وضعیت سنی میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌ها به ترتیب عبارت بود از: ۴۵/۸۷ و ۴/۹۸ و آزمودنی‌ها در دامنه

سنی ۳۷-۶۰ و اکثریت آزمودنی‌ها (۷۰/۸) در دامنه سنی ۴۸-۴۳ قرار داشتند. از نظر وضعیت جانبازی؛ میزان درصد جانبازی آزمودنی‌ها در دامنه ۷۰-۱۵ درصد و اکثریت آزمودنی‌ها (۵۰/۸) درصد) در دامنه ۳۹-۲۵ درصد قرار داشتند. از نظر مدت حضور در جنگ؛ میزان حضور آزمودنی‌ها در دامنه ۸۰-۳ ماه بود که بیشترین مدت حضور (۴۵/۸ درصد) در دامنه ۴۰-۲۱ ماه قرار داشت. از نظر وضعیت تحصیلی؛ ۴۵/۸ درصد سیکل، ۲۹/۲ درصد دیپلم، ۱۲/۵ درصد فوق دیپلم و ۱۲/۵ درصد لیسانس بودند. از نظر نوع حضور در جنگ؛ ۳۳/۳ درصد داوطلب، ۲۵ درصد سرباز، ۲۰/۸ درصد داوطلب و سرباز، ۱۲/۵ درصد پاسدار و ۸/۳ درصد ارتشی بودند. از نظر وضعیت تأهل همه آزمودنی‌ها متأهل بودند. به منظور بررسی همسانی گروه‌های مورد مطالعه از نظر سن، درصد جانبازی، مدت حضور در جبهه، وضعیت تحصیلی و نوع حضور در جبهه از آزمون خی دو^۱ استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که تفاوت میان گروه‌های مورد مطالعه فقط در متغیر تحصیلات از نظر آماری معنادار است ($p < 0/05$)، اما در دیگر متغیرها تفاوت از نظر آماری معنادار نیست ($p > 0/05$). بنابراین، می‌توان گفت گروه‌های مورد مطالعه همسان هستند.

قبل از آزمون تحلیل واریانس آمیخته (اندازه‌گیری مکرر) برای رعایت پیش فرض‌های این آزمون، آزمون باکس^۲، آزمون کرویت موچلی^۳ و آزمون لون^۴ به عمل آمد. بر اساس نتایج آزمون باکس که هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس، کواریانس به درستی رعایت شده است. اما نتایج آزمون کرویت موچلی برای عوامل درون آزمودنی معنادار بود، به همین دلیل نتایج اصلاح شده بر اساس اسپیلون گرین-هاوس-گیزر^۵ گزارش شده است. نتایج آزمون لون نشان داد شرط برابری واریانس‌های گروهی رعایت شده است.

1. Chi Square
2. Box's test
3. Mauchly's test of Sphericity
4. Levene's test
5. Greenhouse Geisser-Epsilon



جدول ۲: شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای PTSD و افسردگی در مراحل

مختلف اندازه‌گیری

شاخص	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
PTSD	M	۵۹	۵۲	۴۷/۰۸	۵۸/۹۱	۵۸/۵۸
	SD	۱۱/۶۶	۶/۰۶	۴/۰۳	۱۵/۳۹	۹/۸۳
افسردگی	M	۳۴/۷۵	۲۶/۸۳	۲۰	۳۴/۷۵	۵۸/۳۳
	SD	۹/۲۱	۳/۱۸	۳/۱۹	۱۴/۳۲	۱۴/۰۹

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات PTSD و افسردگی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در پس‌آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش جالب توجهی داشته است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای متغیر PTSD

منبع	df	SS	MS	F	η^2
بین آزمودنی					
گروه	۱	۸۵۴/۲۲	۸۵۴/۲۲	۶/۷۳**	۰/۲۳۴
خطا	۲۲	۲۷۹۰/۳۹	۱۲۶/۸۴		
درون آزمودنی					
زمان	۱/۱۸	۳۴۷/۸۶	۲۹۳/۶۴	۵/۸۴**	۰/۲۱۰
گروه × زمان	۱/۱۹	۵۲۳/۰۳	۴۴۱/۵۱	۸/۷۸*	۰/۲۸۵
خطا	۲۶/۰۶	۱۳۱۱/۱۱	۵۰/۳۱		

$0.01 < P < 0.05$ **

نتایج به‌دست آمده از تحلیل واریانس آمیخته (جدول ۳) نشان می‌دهد که اثر عامل بین گروهی (گروه) از نظر آماری معنادار است [$F(1, 22) = 6.73, P < 0.01, \eta^2 = 0.234$]. همچنین اثر عامل درون گروهی (زمان) نیز از نظر آماری معنادار است [$F(1, 18) = 5.84, P < 0.01, \eta^2 = 0.210$]. پس می‌توان مطرح کرد که تفاوت معناداری بین نمرات PTSD حداقل در یکی از مقایسه‌های بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری وجود دارد. اثر تعاملی (گروه × زمان) نیز از نظر آماری معنادار است [$F(1, 19) = 8.78, P < 0.05, \eta^2 = 0.234$].

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای متغیر افسردگی

منبع	Df	SS	MS	F	η^2
بین آزمودنی					
گروه	۱	۴۵۰	۴۵۰	۴/۷۶**	۰/۱۷۸
خطا	۲۲	۲۰۷۷/۹۴	۹۴/۴۵		
درون آزمودنی					
زمان	۱/۱۹	۹۱۸/۳۷	۷۷۴/۵۲	۹/۳۸**	۰/۲۸۵
گروه × زمان	۱/۱۸	۴۹۳/۶۵	۴۱۶/۵۱	۵/۵۰*	۰/۱۸۷
خطا	۲۶/۰۹	۲۱۵۳/۲۲	۸۲/۵۴		

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس آمیخته (جدول ۴) نشان می‌دهد که اثر عامل بین گروهی (گروه) از نظر آماری معنادار است [$F(1, 22) = 4/76, P < 0/01, \eta^2 = 0/178$]. همچنین اثر عامل درون گروهی (زمان) نیز از نظر آماری معنادار است [$F(1, 19) = 9/38, P < 0/01, \eta^2 = 0/285$]. پس می‌توان مطرح کرد که تفاوت معناداری بین نمرات افسردگی حداقل در یکی از مقایسه‌های بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری وجود دارد. اثر تعاملی (گروه × زمان) نیز از نظر آماری معنادار است [$F(1, 18) = 5/50, P < 0/05, \eta^2 = 0/187$].

جدول ۵: نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه‌های جفتی متغیر PTSD

زمان اندازه‌گیری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۷	۰/۰۵۷	-۱/۰۸	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون - پیگیری	۱۱/۹۲	۰/۰۰۳	-۱/۱۷	۱/۰۰۰
پس‌آزمون - پیگیری	۴/۹۲	۰/۰۰۳	-۰/۰۸	۱/۰۰۰

با توجه به (جدول ۵) و بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی تفاوت معناداری بین نمرات PTSD در پیش‌آزمون با آزمون پیگیری ($P < 0/05$) و پس‌آزمون با آزمون پیگیری ($P < 0/01$) وجود دارد، اما بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار

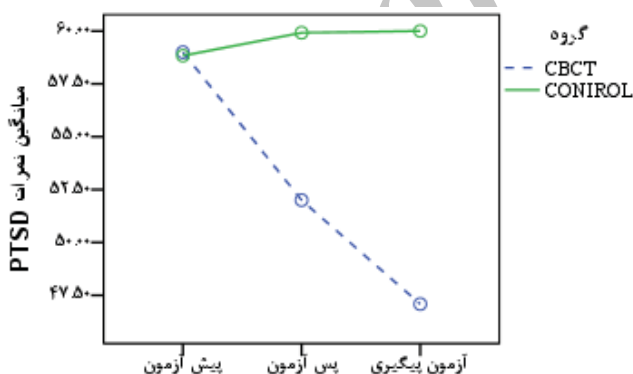


نیست ($P > 0/05$)، اما در گروه کنترل هیچکدام از مقایسه‌های جفتی معنادار نیست.

جدول ۶: نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه‌های جفتی متغیر افسردگی

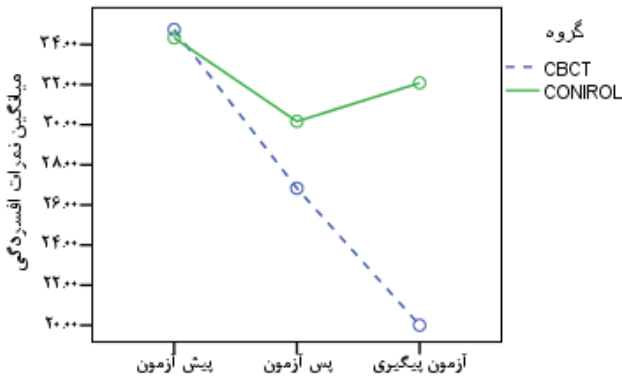
گروه کنترل		گروه آزمایش		زمان اندازه‌گیری
سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	
۱/۰۰۰	۴/۱۷	۰/۰۱۵	۷/۹۲	پیش آزمون- پس آزمون
۱/۰۰۰	۲/۲۵	۰/۰۰۰	۱۴/۷۵	پیش آزمون- پیگیری
۰/۶۵۶	-۱/۹۲	۰/۰۰۰	۶/۸۳	پس آزمون- پیگیری

با توجه به (جدول ۶) و بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی تفاوت معناداری بین نمرات افسردگی در پیش آزمون با پس آزمون ($P < 0/05$)، پیش آزمون با آزمون پیگیری ($0/01 < P$) و پس آزمون با آزمون پیگیری ($0/01 < P$) وجود دارد. اما در گروه کنترل هیچکدام از مقایسه‌های جفتی معنادار نیست.



نمودار ۱: مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل در متغیر PTSD

نمودار ۱ نشان می‌دهد که زوج درمانی شناختی- رفتاری در کاهش شدت نشانه‌های PTSD مؤثر بوده است و باعث کاهش میانگین نمرات PTSD در پس آزمون و آزمون پیگیری شده است.



نمودار ۲: مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی

نمودار ۲ نشان می‌دهد که زوج درمانی شناختی- رفتاری در کاهش میزان نمرات افسردگی مؤثر بوده است و باعث کاهش میانگین نمرات افسردگی در پس آزمون و آزمون پیگیری شده است.

این پژوهش با هدف مطالعه اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش میزان نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی جانبازان انجام شد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که زوج درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش شدت کلی نشانه‌های PTSD و کاهش میزان افسردگی همراه آن در جانبازان نسبت به قبل از درمان و در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری مؤثر بوده است. یافته‌های حاصل از این مطالعه درباره تأثیر زوج درمانی بر کاهش شدت نشانه‌های کلی PTSD با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده توسط (فریدمن و همکاران، ۲۰۱۱؛ سوتر و همکاران، ۲۰۰۹؛ مانسون و همکاران، ۲۰۰۴)؛ همخوان و با یافته‌های پژوهش (احمدی و همکاران، ۲۰۰۹) ناهمخوان است. همچنین یافته‌های این پژوهش درباره کاهش شدت نشانه‌های PTSD و میزان افسردگی همراه آن با یافته‌های پژوهش‌های مانسون و همکاران (۲۰۱۱) و مانسون و همکاران (۲۰۰۴)، همخوان است. در نهایت یافته‌های این پژوهش درباره تأثیر زوج درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی یافته‌های (حسینی و همکاران، ۱۳۸۷) همخوان است.

نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول ۵ و میانگین نمرات در جدول ۲، حاکی از این است که



کاهش میانگین نمرات PTSD در پس آزمون گروه آزمایش و با وجود کاهش نمرات این گروه، معنادار نبوده است، اما این کاهش تا زمان پیگیری ادامه داشته است و در پیگیری معنادار شده است، اما نتایج آزمون بن فرونی در جدول ۶ و میانگین نمرات در جدول ۲، حاکی از این است که کاهش میانگین نمرات افسردگی در پس آزمون، در گروه آزمایش معنادار بوده است و این کاهش تا زمان پیگیری ادامه داشته است. یکی از دلایل احتمالی تأخیر در تأثیر زوج درمانی شناختی- رفتاری در کاهش شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه نسبت به افسردگی این است که در این تکنیک بیشتر به کاهش نشانه‌های اجتناب، کمرختی هیجانی و بیش انگیزتگی که از نشانه‌های همپوش PTSD و افسردگی است توجه شده، اما به کاهش تجربه مجدد حادثه، از نشانه‌های اختصاصی PTSD، توجه کمتری شده است.

اعضای خانواده و مخصوصاً همسران سربازان از جنگ برگشته (جانبازان) اولین افرادی هستند که با نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه مواجه شده و از آسیب‌های احتمالی صدمه می‌بینند. نتایج پژوهش‌های فرانسیس کوویک و همکاران (۲۰۰۷: ۱۷۸) و اعظم پور افشار و همکاران (۱۳۸۸: ۷۳) نشان داده‌اند که بعضی از افراد خانواده و مخصوصاً همسر دچار PTSD ثانوی می‌شوند و طبعاً این مسائل باعث مشکلات ارتباطی و کاهش رضایت زناشویی شده و به صورت دور معیوب عمل می‌کنند. از دیدگاه رفتاری، ضعیف شدن مهارت‌های مدیریت تعارض و ارتباطی زوجین می‌تواند به یک محیط بین فردی منفی منجر شده و شدت اختلالات را افزایش دهد. از دیدگاه شناختی، بدکارکردی‌های فردی و دوتایی به ضعیف شدن طرحواره‌های سازگاران، اطمینان بخش و دلگرم کننده و قوی شدن طرحواره‌های ناسازگاران، خشک و دیرپا منجر می‌شود. در تبیین اثر بخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری می‌توان گفت که استفاده از تکنیک‌های رفتاری می‌تواند باعث حل تعارض و افزایش ارتباط بین زوجین شده و به یک محیط بین فردی مثبت منجر شوند و استفاده از تکنیک‌های شناختی می‌تواند با اصلاح طرحواره‌های ناسازگاران و تبدیل آن به طرحواره‌های سازگاران و اطمینان بخش، باعث درک احساسات همدیگر در زوجین شده و صمیمیت هیجانی را افزایش دهند. در نهایت قرار گرفتن فرد در گروه یا وجود همسر در جلسات درمانی منابع حمایتی فرد را تقویت کرده و باعث به وجود آمدن این ایده در فرد می‌شود که زمان مواجه شدن با مشکلات می‌تواند از منابع حمایتی کمک بگیرد.

به دلیل وجود برخی محدودیت‌ها در پژوهش حاضر، نظیر فقدان همکاری کامل بعضی از جانبازان در انجام دادن تکالیف خارج از جلسات درمانی، محدودیت در اجرای قسمت‌های از راهنمای زوج درمانی شناختی- رفتاری ارائه شده توسط مانسون و فریدمن مانند صمیمیت از طریق تماس جسمی در جلسات درمانی به خاطر مسائل فرهنگی و بر اساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود متخصصان زوج درمانی، این روش را در قالب کارگاهی به افراد با مدارک مرتبط و علاقمند به این حیطة آموزش بدهند تا از این روش برای درمان افراد و خانواده‌هایی استفاده شود که به دلایل گوناگون مثل بلاای طبیعی، تصادفات یا جنگ، مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شده‌اند.

Archive of SID



منابع

- اعظم پور افشار، صدیقه، احمدی، خدابخش و الیاسی، محمد حسین (۱۳۸۸). بررسی میزان PTSD ثانوی و رضایت زناشویی در بین همسران جانبازان مبتلا به PTSD، فصلنامه روان شناسی نظامی، سال اول، شماره اول، صص ۷۶-۶۷.
- حسینی، فریبا، نوایی نژاد، شکوه و نورانی پور، رحمت الله (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری - شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد ناباور، پژوهش زنان، دوره ۶، شماره ۳، صص ۸۳-۶۱.
- حمید، نجمه (۱۳۹۰). اثربخشی مدیریت استرس بر افسردگی، اضطراب و ناباوری زنان، مجله علوم رفتاری، دوره ۵، شماره صص ۶-۵۶۱.
- 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: گلبان. صص ۱۵۱-۱۴۱.
- دلاور، علی (۱۳۸۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، چاپ اول، تهران: رشد.
- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸). آزمون‌های روان‌شناختی، ارزشیابی شخصیت و سلامت روان، چاپ اول تهران: بعثت.
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۱۳۷۹). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی، جلد دوم، ترجمه نصرت الله پورافکاری، چاپ اول، تهران: شهرآب.
- گودرزی، محمد علی (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی (اشل)، مجله روان‌شناسی، سال هفتم، شماره ۲، صص ۱۷۷-۱۵۳.
- مجیدی، عفت (۱۳۸۵). بررسی فراوانی اختلالات روانی همراه PTSD در مراجعین کلینیک روان‌پزشکی و درمانگاه جانبازان زاهدان از اسفند ۱۳۸۴ تا خرداد ۱۳۸۵. پایان‌نامه چاپ نشده دکتری عمومی. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- ملکی، حسین، سعیدی جم، مسعود و گونی‌چی، 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: گلبان. صص ۱۲۶-

۸۹

- Ahmadi, K., Karami, G., Noohi, S., Mokhtari, A., Gholampour, H. & Rahimi, A.A. (2009). The Efficacy of Cognitive Behavioral Couple's Therapy (CBCT) on Marital Adjustment of PTSD-diagnosed combat veterans. *Europe's Journal of Psychology*, 2, 31-40.
- 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.
- Constans , J.I., Lenhoff, K & Mc Carthy, M.(1997). Depression Sub typing in PTSD Patients. *Annals of Clinical Psychiatry*. 9(4), 235-240
- Fredman,S,J., Monson, G.M & Adair, K.C.(2011).Implementing Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD With the Newest Generation of Veterans and Their Partners. *Cognitive and Behavioral Practice* 18 , 120–130.
- Franciskovic, T., Stevanovic, A., Jelusic, I., Roganovic, B., Klaric, M & Grkovic., J.(2007). Secondary Traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croat Med J*. 48(2), 177-184.
- Ikin, F.J., Creamer, M.C., Sims , 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
- Litz ,B., Orsillo ,S., Kaloupek ,D& Weathers, F.(2000).Emotional Processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*,109,26-39.
- Monson, C.M& Fredman, S.J.(inpress). *Cognitive-behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: Therapist's manual*. NewYork ,NY: Guilford Press.
- Monson.C, M., Schnurr.P, P., Stevens. S, P & Guthrie. K,A.(2004).Cognitive-Behavioral Couple's Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: Initial Findings. *Journal of Traumatic Stress*,17(4), 341–344.
- Monson, C. M., Fredman, S. J & Adair, K. C. (2008). Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD: Application to Operation Enduring and Iraqi Freedom service members and veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 958-971.
- Monson, C.M., Fredman, S.J., Adair, K.C., Stevens, S.P., Resick, P.A., Schnurr, P.P., MacDonald,H.Z & MacDonald,A. (2011). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: Pilot results from a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 24 (1), 97-101.
- 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.
- Sautter, F.J., Glynn, S.M., Thompson, K.E., Franklin, L & Han, X.(2009). A couple-based approach to the reduction of ptsd avoidance symptoms preliminary findings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 343-349.
- Weathers, F. W., Huska, J. & Keane, T. M. (1991). *The PTSD Checklist- Military Version (PCL-M)*. Boston: National Center for PTSD.