

مقایسه اثربخشی سه روش درمانگری مبتنی بر طرحواره، شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی همسران جانبازان

مائده آقائی پور گواسرائی^۱، آزاده طاولی^{۲*}، اکرم السادات کمال^۳، زینب غفوری غلامی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
۴. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان های مبتنی بر طرحواره، شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی بر کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی همسران جانبازان که خود مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند، انجام شد.
روش: پژوهش شبه آزمایشی و در قالب طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش، ۴۴ نفر از همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن ناشی از جنگ تحمیلی بودند که مبتلا به اضطراب فراگیر و مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان روانپزشکی صدر بودند. بر اساس فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و مصاحبه تشخیصی مبتنی بر ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شده و سپس بیماران به طور تصادفی در سه گروه آزمایشی ۱۱ نفره و یک گروه کنترل ۱۱ نفره جایگزین شدند.

نتایج: نتایج حاصل از تحلیل داده ها توسط تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که اختلاف میانگین نمرات اضطراب و استرس در بین سه گروه آزمایش درمان شناختی - رفتاری، طرحواره درمانی و درمان ذهن آگاهی معنادار نیست و هر سه شیوه به یک میزان و به صورت معناداری در کاهش اضطراب و استرس افراد مورد بررسی نقش دارند. همچنین نتایج بررسی اثربخشی درمان های مذکور نشان داد که دو روش درمانگری مبتنی بر شناختی - رفتاری و طرحواره به صورت معناداری و به یک میزان در کاهش نشانه های افسردگی افراد مورد بررسی موثر هستند ولی اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی افراد مورد بررسی به صورت معناداری بیشتر از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد.

بحث و نتیجه گیری: یافته های پژوهش حاضر بیانگر آن است که تفاوت معناداری در میزان اثرگذاری سه شیوه درمانی مذکور در کاهش اضطراب و استرس همسران جانبازان که خود مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند، وجود ندارد ولی در شرایطی که علائم افسردگی در این دسته از افراد وجود داشته باشد، درمان ترجیحی در کاهش پریشانی هیجانی، درمان شناختی رفتاری و یا طرحواره درمانی می باشد.

کلیدواژه ها: درمان شناختی - رفتاری، طرحواره درمانی، درمان ذهن آگاهی، اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی، همسران جانبازان

*Email: a.tavoli@alzahra.ac.ir

نشریه علمی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۲
بهار و تابستان ۱۳۹۸
صص: ۱۳۴-۱۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۳

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical Psychology & Personality

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer
2019

pp.: 123-134

مقدمه

اثرات پیچیده، مداوم و عمیق جنگ سبب بروز مشکلات جسمی و روانی در افراد می‌گردد. سربازانی که سال‌ها از شرکت در جنگ آنان گذشته است، در هماهنگی و سازگاری مجدد با زندگی خود دچار مشکلاتی بوده‌اند. جنگ به عنوان یک عامل فشارزای روانی، اثراتی عمیق، مداوم و پیچیده دارد، که با ابتلای بازگشتگان از جنگ به اختلال استرس پس از ضربه^۱ متوقف نمی‌شود، بلکه تا عمق خانواده‌ها و مراقبان آنان نفوذ پیدا کرده و آنان را نیز متأثر می‌سازند. تجربه استرس در این افراد به عنوان عامل مهم اعمال خشونت و رفتارهای خصومت آمیز نسبت به همسر گزارش شده است [۱].

از آنجا که همسر جانباز بیشترین و گسترده‌ترین پیوند عاطفی و شناختی، رابطه کلامی و غیرکلامی و ارتباط بلافاصله با وی را دارد، بدیهی است که زندگی با جانباز مبتلا به اختلال‌های روانی شدید و مزمن در درازمدت، بیش از هر کس همسر او را متأثر می‌سازد [۲]. پژوهش‌هایی که در خصوص همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه صورت گرفته است، میزان بیشتری از پریشانی، علائم جسمانی سازی، مشکلات وسواس، افسردگی، اضطراب و میزان کمتری رضایت زناشویی را نسبت به گروه گواه نشان داده‌اند [۳، ۴]. تجربه زندگی با نشانه‌های ترومای همسر و عوامل استرس‌زای مزمن ناشی از آن، مفروضه‌های فرد در مورد دنیا، دیگران و خود را دچار تحریف می‌نماید، لذا احساس و رفتار فرد را متأثر ساخته و زمینه ایجاد پریشانی روانشناختی را در آنان فراهم می‌سازد. این افراد ممکن است در نتیجه ترومای ثانویه علائم اضطرابی و افسردگی را تجربه کنند، از این رو ضروری است که مسئولین خدمات بهداشتی که با خانواده‌های جانبازان در ارتباط هستند، با تکنیک‌های درمانی معطوف به کاهش پریشانی هیجانی آشنا بوده و از این مداخلات در راستای ارتقای بهداشت روانی آنان بهره‌برند [۵].

با توجه به شیوع بالای اضطراب و افسردگی در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه و با توجه به تبعات این اختلال و میزان شیوع آن در همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه، اخیراً مطالعات چندی در زمینه اثربخشی روش‌های درمانی مختلف جهت کاهش اضطراب و افسردگی و ناسازگاری زناشویی در همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه صورت گرفته است [۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱].

از جمله روش‌های مبتنی بر شواهد در زمینه بهبود علائم روانشناختی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، درمان شناختی-رفتاری است [۱۲]. نظریه پردازان شناختی-رفتاری، بر این باورند که عقاید و مفروضه‌های فرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه در مورد رویداد تروماتیک بر نحوه مقابله او با این رویداد اثر می‌گذارد. این افراد رویداد‌های معمول زندگی را به شکل منفی تفسیر می‌کنند و همواره احساس خطر دارند. افراد از نظر گرایش به رنج بردن متفاوت هستند و یکی از عوامل میانجی، حالت ذهنی فرد به هنگام مواجهه با عوامل تروماتیک است [۱۳]. در روش درمان شناختی-رفتاری سعی بر این است که هم شناخت‌های تحریف شده اصلاح گردند و هم به افراد در مورد رفتارهای جدید آموزش داده شود [۱۴]. اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات روانشناختی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن ناشی از جنگ تحمیلی، بیشتر مورد بررسی واقع شده است [۸]. نتایج پژوهش‌های کاظمی و همکاران [۸] نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم ترومای ثانویه و نیز کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس، میزان نگرش‌های ناکارآمد، فراوانی و اعتقاد به افکار خودآیند منفی در آزمودنی‌ها اثر بخش است.

با وجود پشتوانه محکمی که در اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود اضطراب در انواع جمعیت‌های بالینی وجود دارد و درمان انتخابی این اختلال به حساب آمده است [۱۵]، اما در مطالعات پیگیری مشخص شده است که حدود ۵۰ درصد از بیماران به بهبودی معناداری دست یافته‌اند [۱۶]. در طی سه دهه گذشته مشخص شده است که صورت‌بندی‌های نظری کلاسیک درمان‌های شناختی در تبیین مسایل و آرایه مداخلات درمانی مناسب، با کاستی‌های فراوان رو به رو بوده است. لذا، پس از نقدهای نظری، برای تبیین رابطه شناخت و هیجان، مدل‌های خطی به تدریج جای خود را به مدل‌های پیچیده‌تر داده‌اند [۱۴]. در مطالعات اخیر، گرایش به سمت بررسی اثربخشی رویکردهای درمانی جدید مرتبط با درمان شناختی افزایش یافته است و درمان‌هایی چون درمان پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن معرفی و مورد آزمون واقع شده‌اند.

¹ Post-traumatic stress disorder-PTSD

درمان ذهن آگاهی برای بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه به آن ها کمک می کند تا شاهد تغییرات در ذهن و بدن خود باشند و عملکرد خود را تغییر دهند [۲۶]. تحقیقات نشان داده است که گنجاندن مهارت های ذهن آگاهی در درمان اختلال استرس پس از ضربه مفید می باشد [۲۷]. کاظمی [۷]، در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم استرس پس از ضربه ثانویه، و مشکلات روانشناختی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن ناشی از جنگ تحمیلی پرداخت. نتایج این پژوهش حاکی از کاهش اضطراب، افسردگی، نگرش های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در گروه آزمایش بود.

سوال پژوهش

همانگونه که ذکر گردید، مطالعات پیشین به بررسی اثربخشی برنامه درمان شناختی-رفتاری، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی پرداخته اند و هر یک به طور جداگانه اثربخشی برنامه درمانی را اثبات نموده اند، لکن در قیاس با یکدیگر و با توجه به اشتراکات و تفاوتها در مفاهیم زیربنایی و تکنیک های این سه رویکرد مورد ارزیابی واقع نشدند تا مشخص شود کدام شیوه درمانی گزینه ترجیحی با توجه به جامعه مورد نظر می باشد. لذا پژوهش حاضر، به دنبال پاسخگویی به این سؤال می باشد که کدام یک از رویکردهای درمانی مذکور در کاهش نشانه های اضطراب، استرس و افسردگی همسران جانبازان مؤثرتر است؟

از آنجا که اختلال اضطراب فراگیر، اختلالی مزمن و مقاوم به درمان محسوب می شود [۲۸]، تعیین درمانی با اثربخشی مطلوب جهت کاهش علائم پریشانی هیجانی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه گامی مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی آنان محسوب می گردد، لذا نتایج تحقیق حاضر می تواند در انتخاب درمان مناسب توسط روان شناسان و مشاوران مشغول به فعالیت در این حوزه، مورد استفاده قرار گیرد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع طرح های شبه آزمایشی مبتنی بر پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش مداخله درمانی در سه سطح درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر طرحواره و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، به عنوان متغیر مستقل در نظر

طبق نظر فیگلی [۱۷]، همه افرادی که در معرض مواجهه غیرمستقیم با ترومای فرد آسیب دیده قرار دارند، دچار اختلالات روانشناختی نمی شوند، بلکه طرحواره های شناختی فرد او را مستعد ترومای ثانویه ساخته و از عوامل پیش بینی کننده ابتلا هستند. در حقیقت، طرحواره های ناسازگار احتمال استرس و و سرخوردگی را می افزایند [۱۸]، از این رو درمان مبتنی بر طرحواره برای کاهش علائم سربازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه [۱۹] و نیز همسران مبتلا به ترومای ثانویه استفاده شده و اثربخشی این روش درمانگری در کاهش علائم ترومای ثانویه، اضطراب و افسردگی آنها به اثبات رسیده است [۲۰].

یکی دیگر از روش های درمانی شناختی-رفتاری موج سوم، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی است که با توجه به تاثیر در نحوه پردازش هیجانی افراد، به نظر می رسد در کاهش اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مؤثر واقع شود. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نه تنها در تغییر سیر کارکردی و بالینی اختلالات مؤثر است، بلکه در تغییر نحوه عملکرد مغز به افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی کمک می کند [۲۱]. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ توسط کابات زین ۱۹۹۰ در دانشگاه پزشکی ماساچوست عنوان شد. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی یک درمان فشرده آموزش روانی، ساخت دار و متمرکز بر مراجع است، این برنامه مبنای درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی^۲ می باشد که برای جلوگیری از عود در افسردگی مفید دانسته شده است [۲۲]. تکنیک های ذهن آگاهی به فرد کمک می کند تا بی طرفانه و بدون داوری به مشاهده محتوای آگاهی بپردازد. همچنین این تکنیک ها از میزان استرس فرد می کاهد و به وی کمک می کند تا هیجانانش را تنظیم کند [۲۳]. درمان ذهن آگاهی با نگرش تمرکز فرد در زمان حال، او را در مدیریت هیجانها و کنترل افکار منفی خویش یاری می دهد و این مساله منجر به کاهش استرس، اضطراب و افسردگی وی می شود. ایوانز و همکاران [۲۵] در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که اضطراب و نگرانی موجود در اختلال اضطراب فراگیر در ارتباط با اجتناب از رویارویی با تجربیات و احساسات درونی جاری و ناخوشایند است، لذا درمان هایی مانند ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی که امکان این مواجهه را فراهم می آورند، در درمان این اختلال مؤثر می باشند.

¹ MBSR

² MBCT

همسانی درونی را برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ گزارش نموده اند.

۲) مصاحبه تشخیصی مبتنی بر ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲: مصاحبه مذکور بر مبنای ملاک های تشخیصی پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و به منظور تشخیص اختلالات روانی به صورت ساخت یافته طراحی شده است و با به پرسش نهادن نشانه های اختلالات اضطراب فراگیر تشخیص این اختلال را تأیید می نماید.

شیوه انجام پژوهش

از بین پرونده های موجود در بیمارستان روانپزشکی صدر ۶۵ نفر از افرادی که دارای ملاک های ورود به مطالعه بودند و رضایت آگاهانه جهت ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. از افرادی متقاضی و علاقمند به شرکت در درمان جهت مصاحبه اولیه و تکمیل پرسشنامه دعوت شد تا از لحاظ شدت علائم اضطراب و افسردگی مورد سنجش واقع شوند. بر اساس نمرات آزمودنی ها در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و مصاحبه بالینی تعداد ۴۴ نفر از افراد مبتلا به اضطراب فراگیر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل (در هر گروه ۱۱ نفر) گمارده شدند. بدین صورت ۴ گروه مورد بررسی و مقایسه در این پژوهش عبارت بودند از: ۱) افراد تحت درمان شناختی- رفتاری (۲) افراد تحت طرحواره درمانی (۳) افراد تحت درمان استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و (۴) گروه کنترل. پژوهشگر با اخذ رضایت آگاهانه به صورت کتبی، متعهد شد که کلیه اطلاعات فردی شرکت کنندگان پژوهش محرمانه باقی می ماند و نتایج در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر گردد.

همه اعضای گروه های آزمایش توسط دو متخصص کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی که در زمینه روش های درمانی مذکور دوره های آموزشی را تحت سرپرستی متخصصین آن رویکرد درمانی طی کرده اند، تحت درمان گروهی قرار گرفتند. در انتهای جلسات درمانی کلیه آزمودنی ها توسط مقیاس مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس مورد ارزیابی واقع شدند.

ساختار برنامه های درمانی مورد مطالعه:

درمان های مورد نظر در این پژوهش مبتنی بر راهنماهای درمانی است که به منظور درمان افراد مبتلا به

گرفته شده اند. متغیرهای وابسته نیز شامل علائم اضطراب، استرس و افسردگی می باشند.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ تحمیلی و مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان روانپزشکی صدر بود که مبتلا به اضطراب فراگیر بودند.

ب) نمونه پژوهش: در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد و گمارش شرکت کنندگان در هر گروه به صورت تصادفی انجام شد. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از: تأیید وجود اضطراب فراگیر در فرد، حداقل تحصیلات پنجم ابتدائی، همسر جانباز با تشخیص روانپزشکی اختلال استرس پس از ضربه، و دامنه سنی بین ۳۰ الی ۵۰ سال، و رضایت به شرکت در پژوهش. ملاک های خروج از مطالعه عبارت بودند از: سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی، درمان روانپزشکی و روانشناسی همزمان با برگزاری پژوهش.

ابزارهای پژوهش

ابزار مورد استفاده در پژوهش به شرح زیر بودند:

۱) فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۱: فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شده است. این پرسشنامه مجموعه ای از سه مقیاس خودگزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفی منفی شامل افسردگی، اضطراب و استرس است و توانایی غربالگری نشانه های سه زیرمقیاس را دارد. طراحان این مقیاس، از جمله ویژگی های آن را تمایز بین دو اختلال افسردگی و اضطراب عنوان نموده اند. فرم کوتاه آن شامل ۲۱ عبارت است که هر یک از ۷ عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه گیری می کند. این آزمون در مقیاس چهار درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. هنری و کراووفورد [۲۹]، در جمعیت غیر بالینی با روش تحلیل عامل تاییدی وجود سه عامل را تأیید کردند، همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شد. در ایران مرادی منش و همکاران [۳۰] در پژوهش خود، روایی پرسشنامه بر اساس همبستگی خرده مقیاس ها را در محدوده ی ۰/۴۷-۰/۵۶، با نمره کل ۰/۷۸-۰/۸۴ گزارش نمودند. همچنین پایایی پرسشنامه بر اساس ضرایب

^۲ DSM 5

^۱ Depression, Anxiety, Stress Scale-21

مورد بررسی طی هفته های متوالی تحت روان درمانی هر سه درمان، طی مدت ۱۲۰ دقیقه و بصورت هفتگی برگزار گردید. در ادامه شرح مختصری از ساختار جلسات در هر سه روش درمانگری آمده است (جدول شماره ۱، ۲ و ۳).

پیشانی هیجانی به ویژه اضطراب توسط فری [۳۱]، کوکرام [۳۲] و اسپکا و کارلسون [۳۳] طراحی شده است. افراد شناختی- رفتاری (۱۲ جلسه)، طرحواره درمانی (۱۲ جلسه) و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر استرس (۸ جلسه) قرار گرفتند. جلسات گروهی در قالب گروه های ۱۱ نفره در

جدول ۱. ساختار جلسات درمان در درمان شناختی- رفتاری

جلسه اول و دوم: خوش آمدگویی و ایجاد انگیزه، مروری بر قوانین گروه، آشنا ساختن گروه با اختلال استرس پس از ضربه همسران، اضطراب و افسردگی و استرس، مدل شناختی- رفتاری، تن آرامی.
جلسه سوم تا هفتم: آشنایی و تمرین پیامدهای رفتاری، ارزیابی افکار خودآیند، ارزیابی فکر و تکنیک پیکان رو به پایین، بررسی باورهای اساسی و تهیه نقشه شناختی، رتبه بندی مقیاس واحدهای ذهنی پیشانی
جلسه هفتم- دهم: تحلیل سودمندی و اعتبار باورها، تحلیل منطقی باورها و چالش با آن ها؛ تهیه سلسله مراتب و آزمون رفتاری، تغییر ادراکی، تنبیه خود-خودپاداش دهی، روش های نگهدارنده و تدام تغییر
جلسه یازدهم: بررسی طرح های اعضا برای تداوم دستاوردهای کسب شده طی درمان، کسب بازخورد درباره برنامه درمانی، و فراهم کردن فرصتی برای پایان دادن به برنامه از طریق رخداد اجتماعی مناسب
جلسه دوازدهم: بحث گروهی و مرور برنامه درمانی و دستاوردهای درمانی، پیشگیری از عود، ارزیابی پس از درمان.

جدول ۲. ساختار جلسات درمان در طرحواره درمانی

جلسه اول: آموزش روانی پیرامون اختلال استرس پس از آسیب همسران، و اضطراب، افسردگی و استرس
جلسه دوم: آموزش روانی پیرامون مراحل شکل گیری طرحواره ها بر اساس نیازهای هیجانی اساسی، خلق وخو و تجرب اولیه زندگی
جلسه سوم- پنجم: آزمون اعتبار طرحواره ها از طریق شواهد تأیید کننده و ردکننده، شناسایی سبک های مقابله ای سالم
جلسه ششم- هشتم: ارائه تکنیکهای تجربی به منظور برانگیختن هیجانهای مرتبط با طرحواره های ناسازگار
جلسه نهم- دوازدهم: ارائه تکنیکهای رفتاری به منظور مقابله با سبک های مقابله ای ناسالم و تمرین رفتارهای سالم، بحث گروهی و مرور برنامه درمانی و دستاوردهای درمانی، پیشگیری از عود، ارزیابی پس از درمان.

جدول ۳. ساختار جلسات درمان در درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس

جلسه اول و دوم: معرفی اصول کلی روش درمانی، مقررات درمان (شامل تعداد جلسات، مدت زمان جلسات و ...)، آموزش روانی پیرامون ماهیت اضطراب و افسردگی و نیز روش درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (تمرین تمرکز بر تنفس ۳ دقیقه ای - معرفی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و انواع مراقبه
جلسه سوم: آموزش مراقبه واریسی بدنی و مراقبه قدم زدن
جلسه چهارم: تمرین حضور ذهن از تنفس، صداها و اشیاء به منظور آگاهی از تنفس، افکار و اصوات
جلسه پنجم: تمرین های نگاه کردن ۵ دقیقه ای، مراقبه نشسته و راه رفتن
جلسه ششم و هفتم: تمرکز بر افکار، هیجان ها و تصاویر ذهنی، تمرکز بر هیجانات مانند تجربه اضطراب و تمرکز بر تصاویر ذهنی نگران کننده
جلسه هشتم: بازنگری و مرور تکنیک ها و تمرین ها و ترغیب بیمار به پیگیری آنها در زندگی روزمره. مرور دستاوردهای درمانی، ارزیابی پس از درمان

شیوه تحلیل داده ها

در پردازش داده ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره^۱ به منظور کنترل اثر پیش آزمون و مقایسه چهار گروه مورد مطالعه در متغیرهای اضطراب، افسردگی و استرس استفاده شد.

نتایج

میانگین سنی آزمودنی های مورد بررسی ۴۲/۹±۶/۰۰۴ سال و میانگین طول مدت ازدواج آنها ۲۳/۹±۶/۱۶ سال بود. همچنین میانگین تحصیلات ۹/۵۰±۳/۷۴۵ سال بود.

از بین شرکت کنندگان در پژوهش حاضر ۳۷ نفر خانه دار، ۳ نفر کارگر، ۲ نفر کارمند، ۱ نفر بازنشسته و ۱ نفر دارای شغل آزاد بودند. جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد اضطراب، استرس و افسردگی را در چهار گروه و در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

ارزیابی شاخص شاپیرو- ویلک نشان داد که توزیع نرمات برای همه گروه ها و در هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون و در هر سه متغیر اضطراب، افسردگی و استرس نرمال است. به منظور مقایسه اثرهای متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته تحلیل کوواریانس چند متغیری به کار گرفته شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد

^۱ MANCOVA

به همین دلیل به منظور آگاهی از اثر متغیر مستقل بر هر یک از سطوح متغیر وابسته به صورت مجزا، تحلیل کوواریانس یک راهه به کار گرفته شد. جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در مقایسه اضطراب، استرس و افسردگی را در گروه های آزمایش و کنترل نشان می دهد.

که ترکیب خطی متغیرهای وابسته (اضطراب، افسردگی و استرس) به صورت معناداری در گروه های آزمایش و کنترل متفاوت است ($\partial^2 = 0/331$ ، $\partial^2 = 0/245$ ، ویلکز لامبدا، $F = 6/105$ ، $P = 0/001$). این بدان معناست که اجرای متغیرهای مستقل دست کم در یک متغیر باعث ایجاد تفاوت معنادار در گروه های آزمایش و کنترل شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد اضطراب، استرس و افسردگی در چهار گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه ها	شاخص آماری	زمان	
		پیش آزمون	پس آزمون
افسردگی	میانگین	۱۱/۴۵	۶/۱۸
	انحراف استاندارد	۵/۹۳	۴/۴۶
	میانگین	۱۴/۰۹	۸/۰۰
	انحراف استاندارد	۴/۰۱	۳/۷۶
	میانگین	۱۰/۵۴	۹/۹۱
	انحراف استاندارد	۳/۴۱	۳/۲۴
	میانگین	۱۲/۱۸	۱۱/۷۲
انحراف استاندارد	۵/۶۵	۴/۱۹	
اضطراب	میانگین	۱۰/۲۷	۶/۳۶
	انحراف استاندارد	۶/۳۷	۴/۶۵
	میانگین	۱۱/۴۵	۷/۲۷
	انحراف استاندارد	۴/۴۳	۲/۵۷
	میانگین	۸/۱۸	۳/۲۷
	انحراف استاندارد	۵/۲۵	۲/۱۰
	میانگین	۱۱/۳۶	۱۱/۰۰
انحراف استاندارد	۵/۸۵	۵/۲۳	
استرس	میانگین	۱۲/۴۵	۶/۷۲
	انحراف استاندارد	۵/۴۶	۳/۶۹
	میانگین	۱۳/۸۱	۸/۱۸
	انحراف استاندارد	۳/۸۴	۳/۰۲
	میانگین	۱۰/۳۶	۴/۲۷
	انحراف استاندارد	۵/۷۸	۴/۴۷
	میانگین	۱۳/۳۶	۱۴/۵۴
انحراف استاندارد	۴/۶۷	۴/۱۳	

جدول ۵. تحلیل کوواریانس یک راهه در مقایسه اضطراب، استرس و افسردگی در چهار گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	میانگین مجذورات بین گروهی	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معناداری	partial η^2
افسردگی	۷۳/۸۵۴	۹/۴۴۵	۷/۸۲۰	<0/001	0/388
اضطراب	۷۴/۹۶۰	۷/۸۱۹	۹/۵۸۷	<0/001	0/437
استرس	۱۶۸/۴۰۹	۱۰/۰۳۶	۱۶/۷۸۱	<0/001	0/576

در تمام سطوح متغیر وابسته درجه آزادی گروه برابر با ۳ و درجه آزادی خطا برابر با ۳۷ می باشد. گرفته شد.

جدول ۶ نتایج آزمون بن فرونی در ارزیابی تفاوت میانگین های تعدیل شده افسردگی، اضطراب و استرس بر اثر اجرای متغیرهای مستقل را نشان می دهد. نتایج جدول ۶ نشان می دهد که اختلاف میانگین نمرات اضطراب و استرس در بین سه گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری، طرحواره درمانی و ذهن آگاهی معنادار

براساس نتایج جدول فوق اجرای متغیرهای مستقل باعث شد تا هر سه متغیر افسردگی ($P < 0/001$)، اضطراب ($F = 9/587$ ، $P < 0/001$) و استرس ($F = 16/781$ ، $P < 0/001$) در سطح معناداری تحت تاثیر قرار گیرد. در ادامه با توجه به این که متغیر گروه در پژوهش حاضر از چهار سطح تشکیل شده، بنابراین برای ارزیابی جهت تفاوتها، آزمون تعقیبی بن فرونی به کار

کاهش علائم افسردگی افراد مورد بررسی موثر هستند، ولی اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی افراد مورد بررسی نیز به صورت معناداری بیشتر از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد.

نیست و هر سه روش به صورت معناداری به یک میزان در بهبودی نشانه های اضطراب و استرس افراد مورد بررسی تاثیر دارند. همچنین نتایج بررسی اثربخشی درمان های مذکور نشان داد که دو شیوه درمانی مبتنی بر شناختی-رفتاری و طرحواره به صورت معناداری و به یک میزان در

جدول ۶. نتایج آزمون بن فرونی در ارزیابی تفاوت میانگین های تعدیل شده افسردگی، اضطراب و استرس بر اثر اجرای متغیرهای مستقل

گروه	افسردگی	اضطراب	استرس
گروه CBT- طرحواره درمانی	$\Delta\bar{x}=4/319$ SE = 1/334	$\Delta\bar{x}=0/10$ SE = 1/229	$\Delta\bar{x}=0/709$ SE = 1/383
گروه CBT - گروه ذهن آگاهی	$\Delta\bar{x}=3/595^*$ SE = 1/359	$\Delta\bar{x}=2/191$ SE = 1/219	$\Delta\bar{x}=1/575$ SE = 1/371
گروه CBT- گروه کنترل	$\Delta\bar{x}=5/085^{**}$ SE = 1/356	SE = 1/205 $\Delta\bar{x}=4/137^{**}$	$\Delta\bar{x}=7/450^{**}$ SE = 1/356
گروه طرحواره درمانی - گروه ذهن آگاهی	$\Delta\bar{x}=3/824^*$ SE = 1/362	$\Delta\bar{x}=2/181$ SE = 1/254	$\Delta\bar{x}=2/285$ SE = 1/411
گروه طرحواره درمانی - گروه کنترل	$\Delta\bar{x}=4/455^*$ SE = 1/381	$\Delta\bar{x}=4/146^{**}$ SE = 1/227	$\Delta\bar{x}=6/741^{**}$ SE = 1/381
گروه ذهن آگاهی- گروه کنترل	$\Delta\bar{x}=0/797$ SE = 1/354	$\Delta\bar{x}=6/328^{**}$ SE = 1/227	$\Delta\bar{x}=9/036^{**}$ SE = 1/392

$SE = 0.01^{**} P < 0.05^*$ ، اختلاف بین میانگین های تعدیل شده $\Delta\bar{x}$ □ = خطای استاندارد میانگین مشترک

همچنین مشخص گردید که اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم افسردگی افراد مورد بررسی نیز به صورت معناداری بیشتر از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بود.

در خصوص اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم اضطرابی و افسردگی می توان گفت که یافته های این پژوهش با نتایج پژوهش کاظمی، بنی جمالی و احدی [۸]، ومپولد و همکاران [۳۴]، اسلمی و همکاران [۳۵]، اوتو [۳۶] و توما و همکاران [۳۷] همسو بوده است. بر اساس این مدل، شناخت های ناسازگارانه عامل اصلی ایجاد و حفظ اضطراب و افسردگی می باشند. این نظریه حمایت های تجربی زیادی را کسب کرده است و پژوهش ها حاکی از موثر و کارآمد بودن آن است. همچنین نتایج پژوهش حاضر در خصوص اثر بخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی، با پژوهش های کوکرام [۱۹]، ابوالمعالی و کمال [۲۰]، بیکاس و همکاران [۳۸]، کیندینیس و همکاران [۳۹] و مطلق و همکاران [۴۰] همسو است. رینر و همکاران [۴۱] مطرح کردند که طرحواره های ناسازگار موجب افسردگی می شوند و برای کاهش افسردگی می توان از طرحواره درمانی استفاده کرد. در حقیقت، برینک [۴۲] نیز بر این باور است که استفاده از تکنیک های هیجان-محور در رویکرد طرحواره درمانی باعث افزایش اثربخشی درمان شناختی- رفتاری می شود. طرحواره درمانی در بعد عاطفی با استفاده از تکنیک تجربی

نتایج جدول ۶ نشان می دهد که اختلاف میانگین نمرات اضطراب و استرس در بین سه گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری، طرحواره درمانی و ذهن آگاهی معنادار نیست و هر سه روش به صورت معناداری به یک میزان در بهبودی نشانه های اضطراب و استرس افراد مورد بررسی تاثیر دارند. همچنین نتایج بررسی اثربخشی درمان های مذکور نشان داد که دو شیوه درمانی مبتنی بر شناختی-رفتاری و طرحواره به صورت معناداری و به یک میزان در کاهش علائم افسردگی افراد مورد بررسی موثر هستند، ولی اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی افراد مورد بررسی نیز به صورت معناداری بیشتر از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روش های درمان شناختی- رفتاری، طرحواره درمانی و ذهن آگاهی بر کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی همسران جانبازان بود، زنانی که خود مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند. نتایج پژوهش نشان داد که اثربخشی هر سه روش درمانی فوق بر بهبود نشانه های اضطراب و استرس در گروه های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل معنادار بود و نیز تفاوت معناداری در میزان اثرگذاری سه شیوه درمانی در کاهش علائم اضطراب و استرس وجود ندارد.

دیگری که با رویداد و ضربه تجربه شده در ارتباط است فکر کنند، ایمن تر خواهند بود. در پژوهشی که به منظور بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر روی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه صورت گرفت، کاهش قابل ملاحظه ای در نمرات استرس، اضطراب و سایر علائم روانشناختی در این بیماران و همچنین افزایش در کیفیت زندگی این بیماران گزارش شد [۴۶]. مطالعاتی که در خارج از ایران به بررسی اثرات ذهن آگاهی بر روی سربازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، مشاوران، روانشناسان و مددکاران مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه انجام شده است، بیانگر سودمندی ذهن آگاهی در کاهش علائم این افراد و افزایش کیفیت زندگی آنان می باشد [۴۷]. در ایران نیز اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه [۴۶] و اختلال استرس پس از ضربه ثانویه [۷]، کنترل خشم و تنظیم هیجانی همسران جانباز [۱۰] مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان دهنده سودمندی این روش در کاهش علائم مورد نظر بود.

در حقیقت درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی با ترویج آگاهی باز، گسترده، شفقت آمیز و متمرکز بر حال که می تواند منجر به تسهیل عملکردهای سازش یافته و کاهش فشار روانی مربوط به زندگی در گذشته و یا آینده شود، همچون درمان شناختی رفتاری - مداخله مبتنی بر شواهدی که مبتنی بر اصلاح و به چالش کشیدن شناخت های تحریف شده و آموزش رفتارهای جدید به منظور تغییر در فرآیندهای شناختی است- و درمان مبتنی بر طرحواره که درون مایه های روانشناختی را مد نظر قرار می دهند و مدعی است که برای تغییر و اصلاح این باورهای ناسازگار طراحی شده است، نتایج مثبت و اثر بخشی را در جهت کاهش علائم اضطراب و استرس همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه نشان داده اند و هر سه روش درمانی کفایت لازم برای بهبود پریشانی هیجانی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه را دارا می باشند. با این حال، یافته های مطالعه حاضر نشان داد که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی در کاهش افسردگی افراد مورد بررسی در قیاس با درمان ذهن آگاهی به طور معناداری بیشتر بود. از آنجا که در هر دو نوع روش درمانگری تاکید بر تلاش برای ارزیابی و بازسازی فرضیات و باورهای زیر بنایی که مشخص کننده محتوای شناختی فرد است، لذا تاثیر بیشتر این دو درمان بر بهبودی افسردگی امری مورد انتظار است. درمان شناختی- رفتاری به طور خاص افسردگی را با خطاب قرار دادن باورهای

به ابراز و تخلیه هیجان و عواطف سرکوب شده می پردازد که این امر، چالش کشیدن هیجان های منفی و مبارزه با آنها را در پی دارد. در بعد رفتاری و بین فردی طرحواره درمانی، مراجعین به شناسایی سبک های مقابله ای ناسالم و استفاده از رفتارهای سالم تر با استفاده از تکالیف خانگی و تصویرسازی ذهنی ترغیب می شوند. از آنجا که طرحواره درمانی بر عمیق ترین سطح شناخت یعنی طرحواره تاکید می کند، از این رو در بعد شناختی، اصلاح باورهای بنیادین و هسته مرکزی صورت می گیرد که این عمل از درصد بالای موفقیت در درمان اختلالات مزمنی چون اضطراب و افسردگی برخوردار است [۴۳].

یافته های پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی درمان ذهن آگاهی و شناخت الگوهای عاداتی غیر ارادی و معناداری اثر بخشی آن در اضطراب و استرس با نتایج پژوهش های کاظمی [۷] و مهری نژاد و ساعتچی [۱۰] همسو می باشد. هدف از تمرینات ذهن آگاهی، پرورش دادن یک آگاهی مستمر و غیر واکنشی به تجربیات درونی (برای مثال: شناختی، عاطفی و حسی) و تجربیات بیرونی (اجتماعی- محیطی) به جای سرکوبی و پذیرفتن احساسات، افکار منفی و دردناک شخص است. با بهبود عملکرد در هر یک از این جنبه ها به صورت بالقوه استرس کاهش می یابد. این توانایی های توجهی، فرد را قادر می سازد تا از عادات هیجانی، واکنش های قضاوتی یا تحلیلی نسبت به موضوع مورد توجه رها شود یا محدودشان کند و به وقایع زندگی به شکل هشیارانه تری پاسخ دهد [۲۱].

به اعتقاد روئمر اورسیلو [۴۴] از آنجایی که نگرانی ماهیتی رو به آینده دارد، آموزش بودن در حال و هوشیاری ذهن آگاهانه راه های جایگزین مفیدی برای پاسخ دهی در افراد مبتلا به اضطراب فراهم می کند. نتایج پژوهش های آنها حاکی از آن است که مراجعانی که تحت درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی بودند، کاهش قابل ملاحظه و معناداری در نشانه ها و بهبود در کیفیت زندگی را نشان دادند [۴۴].

درمان ذهن آگاهی برای بهبود مهارت های مقابله با استرس در جمعیت دچار تروما، از جمله پریشانی، تنظیم هیجان و مهارت های بین فردی نیز به کار برده می شود [۴۵]. افرادی که علائم پس از ضربه را تجربه می کنند ممکن است از یک رویکرد غیر قضاوتی به تجربیات کنونی خود بهره مند شوند. افرادی که مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه هستند در افکار و ذهنشان زندگی می کنند نه در بدنشان، زیرا تصور می کنند اگر به هیجانان خود یا چیز

اثرات درمانی سه روش شناختی-رفتاری، طرحواره درمانی و ذهن آگاهی را فراهم می نماید. از آنجا که در این پژوهش، صرفاً از روش درمان گروهی استفاده شد، توصیه می شود مقایسه اثربخشی سه راهبرد مذکور در قالب درمان های انفرادی نیز مورد بررسی قرار گیرد و نتایج فردی و گروهی با یکدیگر مقایسه شوند.

یافته های پژوهش حاضر بیانگر آن است که تفاوت معناداری در میزان اثرگذاری سه شیوه درمانی مذکور در کاهش اضطراب و استرس همسران جانبازان که خود مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند، وجود ندارد ولی در شرایطی که علائم افسردگی در این دسته از افراد وجود داشته باشد، درمان ترجیحی در کاهش پریشانی هیجانی، درمان شناختی رفتاری و یا طرحواره درمانی می باشد.

تشکر و قدردانی

از کلیه همسران جانباز و نیز جانبازانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال قدردانی و تشکر را داریم.

منابع

- O'Toole, B.I., Outram, S., Catts, S.V., Pierse, K.R. (2010). The mental health of partners of Australian Vietnam veterans three decades after the war and its relation to veteran military service, combat, and PTSD. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 198(11): PP. 841-45.
- Dekel, R., Solomon, Z., Bleich, A. (2005). Emotional distress and marital adjustment of caregivers: Contribution of level of impairment and appraised burden. *Anxiety. Stress. Copin.* 18: PP. 71- 82.
- Klarić, M., Frančičković, T., Obrdalj, E.C., Petrić, D., Britvić, D., Zovko, N. (2012). Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr. Danub.* 24(3): pp. 280-6.
- Verdeli, H., Baily, C., Voursoura, E., Belser, A., Singla, D., Manos, G. (2011). The case for treating depression in military spouses. *J. Fam. Psychol.*, 25: pp. 488-96.
- Herzog, J.R., Everson, R.B., Whitworth, J.D. (2011). Secondary Trauma Symptoms in Spouses of Combat-Exposed National Guard Soldiers Mediate Impacts of Soldiers' Trauma Exposure on Their Children?. *Child. Adolesc. Soc. Work. J.*, 28: pp. 459-73.

شناختی ناکارآمد که دلالت بر وقوع مجدد افسردگی دارند، تعدیل می کند [۴۸]. چنانچه در پژوهش ملیانی و همکاران [۴۹] نیز مطرح شده است، درمان شناختی رفتاری بطور معناداری بیشتر از درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، نگرش های ناکارآمد را تعدیل می نماید.

در همین راستا، امیدی و همکاران [۵۰] ترکیب جدیدی از روش ذهن آگاهی و درمان شناختی- رفتاری برای افزایش اثربخشی و کاربرد آن در مرحله فعال افسردگی ارائه نمودند. آنها با این استدلال که روش ذهن آگاهی که بر فنون رفتاری و بازسازی باورهای ناسازگار تاکید نمی ورزد، جهت مرحله فعال افسردگی طراحی نگردیده، بلکه به طور خاص برای بیماران نسبتاً بهبود یافته مبتلا به افسردگی و جهت پیشگیری از عود طراحی شده است، به منظور افزایش کارایی این رویکرد درمانی، روش ذهن آگاهی مبتنی بر پذیرش را با شیوه رفتاری- شناختی ترکیب کردند و نشان دادند این ترکیب میتواند درمان کارآمدی در مرحله فعال بیماری افسردگی بوده، به طوری که بتوان در مرحله حاد افسردگی نیز از آن استفاده نمود.

با استناد به پژوهش های فوق الذکر، تفاوت معنادار اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی با درمان ذهن آگاهی در کاهش نشانه های افسردگی همسران جانبازان نیز قابل تبیین است و می توان نتیجه گیری کرد که در صورت وجود اضطراب همایند با افسردگی حاد در این افراد، رویکردهای طرحواره درمانی و شناختی- رفتاری در مان ارجح می باشند ولی در صورت وجود اضطراب بدون علائم افسردگی، ذهن آگاهی نیز به اندازه درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی می تواند در درمان موثر باشد.

با وجود آنکه مطالعه حاضر گستره مطالعات مربوط به درمان نشانه های هیجانی همسران جانبازان را توسعه داده است، از محدودیت هایی نیز برخوردار است که در این بخش به اهم آنها اشاره می گردد: محدود بودن نمونه مورد بررسی به همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، زنانی که خود مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند، ممکن است تعمیم یافته های آن به سایر همسران جانبازان شامل همسران جانبازان غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه محدود نماید. همچنین عدم ارزیابی پیگیری یک ساله جهت مقایسه نرخ تداوم بهبودی در سه روش درمانی محدودیت این مطالعه است و انجام آن در مطالعات متعاقب امکان اظهار نظر قطعی در مورد پایداری

- 15- Barlow, D.H.F., Hofman, S.G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. In: clart DM & Fairburn GG, editors. Science and practice of cognitive behavior therapy. Oxford: Oxford University Press.
- 16- Newman, M.G. (2000). Recommendation for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized. Anxiety disorder as an example. J. consult. Clin. psychol., 68: pp. 549-55.
- 17- Boscarino, J.A., Figley, C.R., Adams, R.E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. Int. J. Emerg. Ment. Health, 6: pp. 57-66.
- 18- Klaric, M., Kvesic, A., Mandic, V., Petrov, B., Franciskovic, T. (2013). Secondary traumatization and systemic traumatic stress. Med. Acad. Mostariensia., 1: pp. 29-36.
- 19- Cockram, D.M., Drummond, P.D., Lee, C.W. (2010) Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam Veterans with PTSD. Clin. Psychol. Psychother., 17: pp. 165-82.
- ۲۰- ابوالمعالی خدیجه، کمال، اکرم سادات (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح‌واره بر کاهش علائم استرس پس از ضربه ثانویه (STS) در همسران جانبازان مبتلا به PTSD. نشریه طب جانباز، سال هفتم، شماره ۲۶، صص ۲۸-۲۱.
- 21- Kabat- zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everybody life. New York: Hyperion.
- 22- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness- based cognitive therapy for depression: A New approach to preventing relapse. New York: Guilford press.
- 23- Astin, J.A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation: effects on psychological symptomatology, sense of control and spiritual experiences. Journal of Psychotherapy and Psychosomatics, 66: pp. 97-106.
- ۲۴- فرهادی، مریم، پسندیده، محمد مهدی. (۱۳۹۶) اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس). فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۵(۲)، پیاپی ۲۹، صص. ۱۵-۷.
- 6- Dekel, R., Solomon, Z. (2007). Secondary traumatization among wives of war veterans with PTSD. In: Figley CR, Nash WP, editors. Combat stress injury: Theory, research, and management. New York: Routledge. pp. 137-57.
- ۷- کاظمی، آمنه سادات (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه ثانویه و مشکلات روانشناختی همسران افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. اندیشه و رفتار، شماره ۲۳، صص ۴۲-۳۱.
- ۸- کاظمی، آمنه سادات، بنی جمالی، شکوه السادات، احدی، حسن، فرخی، نورعلی (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه ثانویه (STSD) و مشکلات روان شناختی همسران جانبازان مبتلا به PTSD مزمین ناشی از جنگ تحمیلی. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، شماره ۲، صص ۱۲۹-۱۲۲.
- 9- Saltzman, W.R., Lester, P., Beardslee, W.R., Layne, C.M., Woodward, K., Nash, W.P. (2011). Mechanisms of Risk and Resilience in Military Families: Theoretical and Empirical Basis of a Family-Focused Resilience Enhancement Program. Clin. Child. Fam. Psychol. Rev., 14: pp. 213-30.
- 10 -Mehri Nejad, S.A., Ramezan, Saatchi, L. (2016). Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression, Anger and Emotion Regulation of Veterans' Spouses. Iran. J. War. And. Public. Health, 8: pp. 141-148.
- 11- Blow, A.J., Curtis, A.F., Wittenborn, A.K., Gorman, L. (2015). Relationship Problems and Military Related PTSD: The Case for Using Emotionally Focused Therapy for Couples. Contemp. Fam. Ther., 37: pp. 261-70.
- 12- Schnurr, P.P., Friedman. M.J., Engel, C.C., Foa, E.B., Shea, M.T., Chow, B.K., et al. (2007) Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. JAMA, 297: pp. 820-30.
- 13- Halgin, R.P., Whitbourne, S.K. (2005). Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders. 6th Ed. New York, NY: McGraw-Hill.
- 14- Corey, G. (2005). Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. 7th ed. Belmont CA: Books/ Cole.

- 35- Aslami, E., Alipour, A., Najib, F.S., Aghayosefi, A.R. (2017). A Comparative Study of Mindfulness Efficiency Based on Islamic-Spiritual Schemes and Group Cognitive Behavioral Therapy on Reduction of Anxiety and Depression in Pregnant Women. *Int. J. Community. Based. Nurs. Midwifery*, 5: pp. 144-152.
- 36- Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues. Clin. Neurosci*, 13: pp. 413-21.
- 37- Thoma, N., Pilecki, B., McKay, D. (2015) Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic. Psychiatry*, 43: pp. 423-462.
- 38- Bakos, D.S., Gallo, A.E., Wainer, R. (2015). Systematic review of the clinical effectiveness of schema therapy. *Contemp. Behav. Health. Care*, 1: pp. 11-15.
- 39- Kindynis, S.1., Burlacu, S., Louville, P., Limosin, F. (2013). Effect of schema-focused therapy on depression, anxiety and maladaptive cognitive schemas in the elderly. *Encephale*, 39: pp. 393-400.
- 40- Motlagh, M.G., Manshaee, G., Askari, K., Talebi, H. (2017). The Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness Based Cognitive Therapy on the Rate of Using Negative Automatic Thoughts in Depressive Patients. *Iran Jo educational sociology*, 1: pp.18-25.
- 41- Renner, F., Lobbestae, J., Peeters, F., Arntz, A., Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J. Affect. Disord*, 136: pp. 581-90.
- 42- Brink, N.E. (2005). Using emotions, hypnosis, and the past to increase the effectiveness of cognitive-behavior therapy. *Imagin. Cogn. Pers.*, 24: pp. 281-292.
- 43- Young, J.E., Klosko, J.S, Weishaar, M.E. (2006). *Schema therapy a practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- 44- Roemer, L., Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment of generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science. And. Practice*, 9: pp. 54-68.
- 25- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, Ch., Smart, C., Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22: pp. 716-721.
- 26- King, A.P., Erickson, T.M., Giardino, N.D., Favorite, T., Rauch, S.A., Robinson, E., et al. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depress. Anxiety*, 30: pp. 638-45.
- 27- Follette, V. (2006). Mindfulness and Trauma: implications for treatment. *J. Ration. Emot. Cogn. Behav. Ther*, 24: pp. 45-61.
- 28- Durham, R, C. (2006). Prediction of treatment outcome. In, G.C.L. Graham & Q.A. Wells. (Eds.), *Worry and its psychological disorders*. New York: Wiley.
- 29- Henry, J., Crawford, J.R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety stress scales (DASS-21). *Brit. J. clin. psychol.*, 44: pp. 227-39.
- ۳۰- مرادی منش، فردین احدی، حسن جمهری، فرهاد رهگذر، مهدی (۱۳۹۱). رابطه درماندگی روان شناختی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل (رستمینه)، شماره ۲، صص ۵۹-۵۱.
- ۳۱- فری، مایکل (۱۳۸۴). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی، ترجمه مسعود محمدی و اربت فرنام. تهران: انتشارات رشد.
- 32- Cockram, D. (2009). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD [MA Thesis]. Western Australia: School of Psychology, Murdoch University.
- 33- Specia, M., Carlson, L.E. (2000). A randomized wait list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress. *Psychosom. Med.*, 62: pp. 613-22.
- 34- Wampold BE1,2, Flückiger C3, Del Re AC4, Yulish NE1, Frost ND1, Pace BT5, Goldberg SB1, Miller SD6, Baardseth TP7, Laska KM8, Hilsenroth MJ9. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Sycho. Ther. Res.*, 27: pp. 14-32.

- 45- Gabiriel KT. (2007). Trauma exposure, posttraumatic stress, and Mindfulness. A dissertation submitted to the graduate faculty of the University of Georgia in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy. Athens: Georgia.
- ۴۶- آزاد مرزآبادی، اسفندیار، آریاپوران، سعید، مقتدائی، کمال (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر علائم روان شناختی جانبازان با اختلال استرس پس از سانحه. مجله علوم رفتاری، شماره ۱، صص ۶۷-۷۷.
- 47- Vujanovic, A.A., Niles, B., Pietrefesa, A., Schmertz, S.K., Potter, C.M. (2011). Mindfulness in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder among Military Veterans, Professional Psychology: Research and practice, 42: pp. 24 – 31.
- 48- Conradi, H.J., De Jonge, P. & Ormel, J. (2008). Cognitive behavioral therapy versus usual care in recurrent depression. Brit. J. Psychiat., 193: PP. 505–506.
- ۴۹- ملیانی، مهدیه، اللهیاری، عباس علی، آزادفلاح، پرویز، فتحی آشتیانی، علی، طاوولی، آزاده (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر پیش بین های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده. روانشناسی بالینی و شخصیت. سال بیست و یکم، شماره ۱۰، صص ۷۵-۸۶.
- 50- Omidi, A., Khani, M., Poorshahbaz, P., Dolatshahi, A. (2008). Efficacy of combined Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness Based Cognitive Therapy in patients with Major Depressive Disorder. Feyz, 12: pp. 9-14.