MEJDS. 2020; 10:61.

Published online 2020 May. **Research Article**

Comparing the Effects of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Posttraumatic Stress Disorder

Safarnia A[1], *Ahmadi V[2], Mami Sh[3]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** Vahid_ahmadi20@yahoo.com

Received: 2020 January 7; **Accepted:** 2020 February 4

Abstract

Background & Objectives: When health authorities pay attention to natural disasters, death and injury are highlighted as two main indicators. Besides, the psychological consequences of these events among the survivors are often disregarded. Specific symptoms, as responses, are observed in numerous earthquake survivors following exposure to traumatic events. The present study aimed to compare the effects of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).
Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The statistical population of this study consisted of all women affected by earthquake in Sarpol Zahab City, Iran, referring to consulting clinics in Kermanshah City, Iran, in 2019. Of them, 45 women were selected as the study samples. The research subjects were randomly assigned to one control and two test groups (n=15/group). The study inclusion criteria were demonstrating post-earthquake anxiety problems and a consequent referral to a counseling center; visiting the Welfare Center for psychological counseling; elementary school-level education to understand and respond to the questionnaire, and commitment to attend classes to reduce subject dropout. The study exclusion criteria were developing specific mental disorders; absence from more than two therapy sessions, and participating in awareness-raising or other psychological intervention programs to reduce psychological problems. ISTDP sessions were conducted according to Davanlou's 16th protocol. Moreover, MBCT sessions were performed according to Segal, Williams, and Tizdill's Mindfulness-Based Cognitive Therapy protocols. In the study, Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL) was used to collect the required data. The collected data were analyzed using Analysis of Covariance (ANCOVA) at the significance level of 0.05.
Results: The current study results indicated that both provided therapies were effective on improving PTSD in the explore subjects. There was no significant difference between the test groups in terms of PTSD improvement ($p<0.001$).
Conclusion: ISTDP and MBCT, by affecting the emotions and irrational thoughts of a person with PTSD, respectively improved this disorder in earthquake survivors.
Keywords: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP), Mindfulness, Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Earthquake Victims.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.11.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۶۱. :

انتشار برخط اردیبهشت ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر اختلال استرس پس از آسیب زلزله‌زدگان شهر سرپل‌ذهاب

افشین صفرنیا[۱]، *وحید احمدی[۲]، شهرام مامی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Vahid_ahmadi20@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۷ دی ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵ بهمن ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: پاسخ‌های علامت‌دار خاص در بسیاری از بازماندگان زلزله پس از مواجهه با واقعهٔ آسیب‌زا دیده می‌شود؛ لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر اختلال استرس پس از آسیب زلزله‌زدگان اجرا شد.

روش‌بررسی: طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ پژوهش را تمامی زنان زلزله‌زدهٔ شهر سرپل‌ذهاب در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که به کلینیک مشاورهٔ بهزیستی شهرستان سرپل‌ذهاب مراجعه کردند. از این میان ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط به‌شیوهٔ نمونه‌گیری داوطلبانه مبتنی‌بر هدف به‌عنوان نمونهٔ پژوهش انتخاب شده و به‌طور تصادفی در یک‌گروه گواه (پانزده نفر) و دو گروه آزمایش (سی نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامهٔ اختلال استرس پس از ضربه (ویدرز و دیگران، ۱۹۹۳) بود. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون آنالیز کوواریانس نشان داد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، هر دو مداخلات روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، اختلال استرس پس از آسیب زلزله را به‌طور معناداری کاهش داده‌اند ($p<۰/۰۰۱$). همچنین یافته‌ها مشخص کرد که بین این دو درمان تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت با اثرگذاری بر هیجانات فرد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب و درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با اثرگذاری بر افکار غیرمنطقی فرد مبتلا به این اختلال موجب کاهش اختلال مذکور در افراد زلزله‌زده شده است.

کلیدواژه‌ها: روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، ذهن‌آگاهی، اختلال استرس پس از آسیب، زلزله‌زدگان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.11.0]

۱ مقدمه

هنگامی‌که مسئولان بهداشتی به بلایای طبیعی توجه می‌کنند، مرگ و مجروحیت به‌عنوان دو شاخص اصلی برایشان برجسته می‌شود و این واقعیت که عواقب روانی این حوادث، یادگاری است که برای بازماندگان باقی می‌ماند، اغلب به فراموشی سپرده می‌شود (۱). اختلال استرس پس‌آسیبی نتیجه‌ای عادی از تروما است که بدون درمان می‌تواند برای چندین دهه ادامه داشته باشد. خطر ابتلا به استرس پس‌آسیبی در طول عمر با ۶/۸درصد تخمین زده می‌شود و زنان بیشتر از مردان مستعد این اختلال هستند (۲).

علائم بالینی استرس پس‌آسیبی شامل تجربیات مکرر و مزاحم یا تجربهٔ مجدد حادثه‌ای ترسناک، اجتناب از یادآوری‌های آسیب‌های بیرونی یا درونی، تغییرات منفی در تشخیص و خلق‌وخو و تغییرات در انگیختگی و واکنش‌پذیری است. این علائم و نشانه‌ها حاکی‌از آن است که استرس پس‌آسیبی تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی درمقایسه با افسردگی عمیق و اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری دارد. برآورد شده است که فرد معمولی مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی نشانه‌های فعالی از اختلال را برای حداقل دو دهه از طول عمر خود تجربه می‌کند (۲).

استرس پس‌آسیبی، اختلالی اضطرابی است که می‌تواند پس از قرارگیری فرد درمعرض رویدادی آسیب‌زا یا تهدیدکنندهٔ زندگی ایجاد شود (۳). اختلال استرس پس‌آسیبی در سال ۱۹۸۰ به‌عنوان نوعی بیماری روانی در DSM-III در نظر گرفته شد. اصطلاح استرس پس‌آسیبی برای توصیف علائم متعدد جانبازان ویتنام که با بیماری‌های ذکرشده در DSM-I مطابقت نداشتند، به‌وجود آمد (۴). باتوجه به تأثیر ادراک ذهنی رویدادی آسیب‌زا مانند زلزله بر توسعهٔ علائم استرس پس‌آسیبی بعد از آن، بیماران مبتلا به استرس پس‌آسیبی مداوم انواع احساسات منفی را تجربه می‌کنند که وابسته به ارزیابی شناختی خویش از حادثهٔ استرس‌زا است. آن‌ها معمولاً خود را شایستهٔ اتفاقات بد می‌دانند. این مطلب باعث ایجاد حالت‌های ذهنی اضطراب و احساس تهدید در بازماندگان می‌شود و بر نقش برجسته‌ای تأکید دارد که اختلالات فردی می‌تواند در علت استرس پس‌آسیبی بعد از حادثه‌ای آسیب‌زا بازی کند (۵).

پژوهش یاسمی و همکاران نشان داد که بعد از زلزلهٔ بیرجند و اردبیل ۷۶/۵درصد بزرگسالان و ۴۳/۷درصد کودکان مبتلا به استرس پس از سانحه شدند. همچنین از زلزله‌زدگان رودبار ۶۸درصد از اختلال استرس پس از سانحهٔ شدید و ۲۳درصد از نوع خفیف آن رنج می‌برند (۶). میرزازاده و ایزدی یزدان‌آبادی در پژوهش خود بیان کردند، استرس پس از سانحه، به واکنش شدید و معمولاً دیرپا درمقابل استرس‌زای شدید نظیر سوانح طبیعی مثل زلزله اطلاق می‌شود (۷). مداخلهٔ روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت یکی از عواملی است که در رویارویی با مشکلات بین‌فردی می‌تواند تأثیر مثبتی داشته باشد. هدف درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت کمک به مراجع برای دستیابی به تجربهٔ کامل احساسات سرکوب‌شده و خیالات و خاطراتی است که با این احساسات سرکوب شده‌اند (۸). یکی از تأکیدات درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت، تلاش پیوستهٔ درمانگر برای تجربهٔ عمیق عاطفی/هیجانی به‌عنوان عنصری شفابخش است (۹).

یکی دیگر از روش‌های بهبود حالات روان‌شناختی، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی است. شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی عناصری از شناخت‌درمانی را به درمان می‌افزاید که در آن دیدگاه تمرکززدایی، افکار فرد را تسهیل می‌کند (۱۰). این شیوهٔ درمانی شامل مراقبت‌های مختلف، یوگا، آموزش مقدماتی دربارهٔ نگرانی و افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است که ارتباط بین خلق و احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد (۱۱). شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی دارای سه هدف تنظیم توجه، ایجاد آگاهی فراشناختی و تمرکززدایی، ایجاد بینش دربارهٔ حالت‌ها و محتویات ذهنی است که تأثیر درخورتوجهی بر بهبود و توان‌بخشی بیماران دارد (۱۲). هافمن و گومز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر استرس و افسردگی تأثیر معناداری دارد (۱۳). هاپوود و شات در متاآنالیزی به بررسی تأثیر درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر استرس پس‌آسیبی پرداختند. نتایج ۲۱ مطالعهٔ بررسی‌شده که از مداخلهٔ درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی استفاده کردند، نشان داد که میزان استرس پس‌آسیبی بعد از درمان کاهش یافته است و این نوع مداخله را توصیه می‌کنند (۱۴). پژوهش زو و دیگران مشخص کرد که استرس پس‌آسیبی و افسردگی اغلب مطالعه شده و احتمالاً آسیب روانی بیشتر، بعد از به‌وجودآمدن بلایای طبیعی است (۱۵). باتوجه به نقش روان‌درمانی روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت در حل تعارضات بین‌فردی و نیز باتوجه به آسیب روانی بعد از به‌وجودآمدن بلایای طبیعی و اهمیت سلامت روان در دهه‌های آتی زندگی این افراد و براساس آنچه ذکر شد، این پژوهش با هدف بررسی و مقایسهٔ اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر اختلال استرس پس از آسیب در زنان زلزله‌زدهٔ شهر سرپل‌ذهاب صورت گرفت.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌ـ‌پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی زنان زلزله‌زدهٔ سرپل‌ذهاب مراجعه‌کننده به کلینیک مشاورهٔ شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از میان آن‌ها ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس به‌طور تصادفی در گروه گواه (پانزده نفر) و گروه آزمایش روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (پانزده نفر) و گروه آزمایش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (پانزده نفر) جایگزین شدند. پژوهشگر ملاک‌های ورود و خروج شرکت در جلسات را طبق توضیحات ذیل مشخص کرد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: ۱. داشتن مشکلات اضطرابی بعد از زلزله و ارجاع به مرکز مشاوره؛ ۲. صرفاً زنان مراجعه‌کننده به مرکز بهزیستی جهت مشاورهٔ روان‌شناختی؛ ۳. داشتن تحصیلات در حد سیکل برای درک و پاسخدهی به پرسشنامه؛ ۴. تعهد به شرکت در کلاس برای کاهش افت آزمودنی‌ها. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از: ۱. ابتلا به اختلالات روانی خاص؛ ۲. غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات درمانی؛ ۳. شرکت کردن در برنامه‌های آگاهی‌افزایی یا مداخلهٔ

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.11.0]

روان‌شناختی دیگر جهت کاهش مشکلات روانی.

شیوهٔ اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزین‌کردن آن‌ها در دو گروه آزمایش و یک‌گروه گواه و اجرای پیش‌آزمون‌ها، گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان آزمون، پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام پذیرفت و نتایج دو گروه تجزیه‌وتحلیل شد. رعایت نکات اخلاقی ازجمله اصل رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات شخصی و تحلیل داده‌ها به‌شکل کلی صورت گرفت. جلسات درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت برطبق پروتکل درمانی حبیب دوانلو (۱۶) در طی هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای براساس جدول ۱ و جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی برطبق پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی تیزدل و سگال و ویلیامز (۱۷) در طی هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای به‌مدت یک‌ماه و هفته‌ای دو جلسه طبق جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۱. جلسات درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت برطبق پروتکل درمانی دوانلو (۱۶)

جلسه	هدف
اول	پس از انجام مصاحبه و کسب اطلاعات اولیه به جست‌وجوی علائم اختلال و مشکلات شخصی مراجع پرداخته شد. آنچه تأکید شد پاسخ‌های عینی و تمرکز بر احساسات بود. مراجعان برخی از مشکلات را که اخیراً روی داده، بیان کردند؛ درصورتی‌که پاسخ‌های مراجعان مبهم و کلی و نامشخص بود با انجام مداخلهٔ مناسب گفتار و توصیف مشکل به‌صورت عینی‌تر بیان گردید. درنهایت به مراجع کمک شد که احساسات خود را بیشتر و بهتر بشناسد و در بیان مشکلات به‌طور عینی، واضح و مشخص عمل کند. باتوجه به ظرفیت ایگو مراجع و بینش وی به مشکلات و احساسات، مراحل توالی پویشی تا حد امکان پیگیری شد.
دوم	به مشکلات شخصی مراجعان به‌شکل عینی‌تر و جزئی‌تر پرداخته شد. باتوجه به بررسی عمیق‌تر مشکلات و تعارضات درونی مراجعان، دفاع‌های روانی، بیشتر به‌صورت فعال درآمد. لزوم آشناسازی مراجعان با دفاع‌های خود و تبدیل دفاع‌ها از شکل «همخوان با خود» به‌شکل «ناهمخوان با خود» از اهداف مهم‌تر این جلسه بود. در انتهای جلسه، محتوای جلسه تحلیل شد و جمع‌بندی صورت گرفت. این امر در کنترل اضطراب عامل اساسی به‌شمار می‌رود.
سوم	باتوجه به روبه‌روشدن مراجع با احساسات عمیق‌تر و دفاع‌های روانی، تفسیر و بررسی بیشتر صورت پذیرفت. دفاع‌های ناهمخوان دوباره هدف قرار گرفت و باتوجه به آستانهٔ تحمل اضطراب توسط فرد دربرابر چالش با دفاع‌ها اقدام شد. این چالش باعث بروز مقاومت انتقالی شده و محتوای مناسبی را در ارتباط با مفاهیم ناهشیار در اختیار قرار داد. تفسیر و آشکارسازی دفاع‌ها برای تجربهٔ احساسات انتقالی از فعالیت‌های مهم‌تر این مرحله بود.
چهارم	جلسه با پرسش دربارهٔ وضعیت فعلی و مشکل مطرح‌شده توسط مراجع آغاز شد. باتوجه به افزایش ظرفیت مراجعان و تجربیات جلسات قبلی و نیز کسب بینش بیشتر، مداخله به‌صورت عمیق‌تر و عینی‌تر ادامه یافت. فشار برای تجربهٔ احساسات انتقالی و سپس تفسیر آن از بخش‌های مهم‌تر این جلسه بود. براساس پیشرفت مراجعان، دسترسی مستقیم به ناهشیار میسر گردید و این امر به‌طور کامل تحلیل و تفسیر شد.
پنجم	مشکلات و احساسات مراجع طی مراحل مشخص، تحت مداخله و بررسی قرار گرفت. ارتباط مشکل مراجع با تعارضات با فرزندش مطرح شد. از مراجع خواسته شد که باتوجه به بینش جدیدی که طی جلسات به‌دست آورده، دربارهٔ تعارضات موجود در رابطه‌اش به تفکر بپردازد. طی این جلسه، علاوه‌بر مطرح‌شدن اولیهٔ تعارضات مراجع با فرزند، ادامهٔ کاوش در احساسات و خنثی‌سازی دفاع‌ها و تلاش برای تجربهٔ واقعی احساس صورت گرفت.
ششم	موضوعات مطرح‌شده بیشتر عبارت بود از: کاوش در احساسات بیمار و بررسی چگونگی ارتباط‌یافتن این احساسات در رابطه‌اش با فرزند خود. فرایند کاوش، دفاع، خنثی‌سازی دفاع، تجربهٔ احساسات و فرایند تفسیر به‌طور مداوم و با درنظرگرفتن ظرفیت ایگو مراجع صورت پذیرفت.
هفتم	روالی پویشی با بیان مشکلات مطرح در طی زندگی واقعی با فرزند مدنظر قرار گرفت. مطرح‌شدن هر محتوایی در جلسه، پیگیری و کاوش و درنهایت تجربهٔ واقعی احساسات را به‌دنبال داشت. در انتهای جلسه نیز الگوی تفکر مراجع در ارتباط با تعارضات درونی خود و نیز تعارضات با فرزندان تحلیل و تفسیر شد.
هشتم	جلسه به جمع‌بندی تمام محتوای درمانی اختصاص یافت. بینش به احساسات زیربنایی خود، آشکارشدن سازوکارهای دفاعی و الگوی فکری در ارتباط با تعارض درونی خود، چگونگی مطرح‌شدن این سازوکارهای دفاعی در رابطهٔ تعاملی با فرزند و مشکلات موجود در رابطه از موضوعاتی بود که طی جلسهٔ هشتم تحت بررسی و تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

پرسشنامهٔ اختلال استرس پس از ضربه (PCL) توسط ویدرز و همکاران (۱۹۹۳) ساخته شد (۱۸). این پرسشنامه هفده سؤال دارد که پنج مادهٔ آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربهٔ مجدد حادثهٔ آسیب‌زای تروماتیک و هفت مادهٔ آن مربوط به علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب و پنج مادهٔ این فهرست مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید است. برای نمره‌گذاری پرسشنامه از طیف

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.11.0]

لیکرت پنج‌گزینه‌ای (اصلاً=۱، خیلی‌کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴، خیلی‌زیاد=۵) استفاده می‌شود. ابعاد و سؤالات پرسشنامه این‌گونه است: نشانه‌های تجربهٔ مجدد حادثهٔ آسیب‌زای تروماتیک شامل سؤالات ۱تا۵ و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب شامل سؤالات ۶تا۱۲ و علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید شامل سؤالات ۱۳تا ۱۷ می‌شود (۱۸). روایی همگرای این مقیاس با مقیاس PK مربوط به MMPI-2 ۰/۷۷ و مقیاس اثر حادثه ۰/۹۰ و مقیاس رویارویی با جنگ ۰/۴۶ به‌دست آمد (۱۸). بلنچارد و دیگران ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) کل مقیاس را ۰/۹۳، سؤالات مربوط به علائم و نشانه‌های تجربهٔ مجدد حادثهٔ آسیب‌زای تروماتیک را ۰/۹۳، علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب را درصد و ماده‌های ملاک علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید را درصد گزارش کردند (۱۹). در پژوهش ذوقی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ درصد بود (۲۰).

جدول ۲. جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی تیزدل و سگال و ویلیامز (۱۷)

جلسات	اهداف
اول	برقراری ارتباط میان اعضا، لزوم استفاده از ذهن‌آگاهی و آشنایی با ریلکسشن.
دوم	آموزش ریلکسشن برای چهارده گروه از عضلات شامل ساعد، بازو، عضلهٔ پشت ساق پا، ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها، پیشانی قسمت پایین و پیشانی قسمت بالا.
سوم	آموزش ریلکسشن برای شش گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه‌ها، آرواره‌ها و پیشانی و لب‌ها و چشم‌ها.
چهارم	آشنایی با نحوهٔ تنفس در ذهن‌آگاهی، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر و آموزش تکنیک تماشای تنفس.
پنجم	آموزش تکنیک توجه به حرکات بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها و جست‌وجوی حس‌های فیزیکی.
ششم	آموزش توجه به ذهن، خوشایند یا ناخوشایندبودن افکار، اجازه‌دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و خروج آن‌ها بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها.
هفتم	آموزش ذهن‌آگاهی کامل و تکرار آموزش جلسات چهار و پنج و شش هرکدام به‌مدت ۱۵تا۲۵ دقیقه.
هشتم	مرور و جمع‌بندی جلسات قبل و ارزیابی نتایج جلسات.

در بررسی داده‌ها ابتدا آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف برای نرمال‌بودن داده‌ها و آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها و همسانی شیب خط رگرسیون، جهت درنظرگرفتن پیش‌فرض‌ها به‌کار رفت. سپس به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی و همچنین برای مقایسهٔ میانگین سنی سه گروه از آنالیز واریانس و برای مقایسهٔ تحصیلات سه گروه مطالعه‌شده از آزمون کای‌دو، ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی زنان زلزله‌زدهٔ سرپل‌ذهاب بیان می‌کند که میانگین سنی در گروه آزمایش روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (۳/۷۶±)۳۲/۴۰ سال و در گروه سنی آزمایش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (۲/۶۲±) ۳۲/۱۳ سال و در گروه گواه (۳/۴۱±)۳۳/۲۰ سال بوده است. آنالیز واریانس برای مقایسهٔ میانگین سنی سه گروه نشان داد که توزیع سنی در سه گروه مطالعه‌شده یکسان است (p=۰/۶۵۶). همچنین از نظر تحصیلات در گروه آزمایش روان‌پویشی ۱۲ نفر (۸۰درصد) و در گروه آزمایش شناخت‌درمانی ۱۲ نفر (۸۰درصد) و در گروه گواه ۱۱ نفر (۷۳/۳درصد) دارای مدرک لیسانس و فوق‌لیسانس بودند. آزمون کای‌دو نیز نشان داد که توزیع تحصیلات در هر سه گروه یکسان است (p=۰/۹۹۷).

پیش از انجام آزمون آنالیز کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های آن تحت بررسی قرار گرفت. آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف نشان داد که متغیر اختلال استرس در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در سه گروه مطالعه‌شده به‌تفکیک از توزیع نرمال تبعیت می‌کند. همچنین آزمون لوین مشخص کرد که واریانس خطا برای این متغیر در سه گروه مذکور در پس‌آزمون باهم برابر است. پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی بین سه گروه نیز بررسی و مشخص شد که شیب رگرسیونی بین سه گروه همگن است.

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیر اختلال استرس پس از آسیب زلزله، زنان زلزله‌زدهٔ سرپل‌ذهاب را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک سه گروه روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گواه نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود میانگین اختلال استرس پس از آسیب زلزله در گروه روان‌پویش فشرده از ۵۳/۵۳ در پیش‌آزمون به ۴۴/۰۰ در پس‌آزمون و در گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی از ۵۳/۵۳ در پیش‌آزمون به ۴۴/۷۳ در پس‌آزمون، کاهش چشمگیری داشته است؛ اما در گروه گواه تغییر درخورتوجهی در میانگین اختلال استرس پس از آسیب زلزله بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون دیده نمی‌شود. برای بررسی معناداری کاهش میانگین در دو گروه آزمایش در متغیر مذکور از آزمون آنالیز کوواریانس استفاده شد.

بنابراین باتوجه به برقراری فرض‌های مذکور آنالیز کوواریانس انجام شد که نتایج آن در ستون‌های انتهایی جدول ۳ ارائه شده است. این یافته‌ها نشان داد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون میانگین پس‌آزمون اختلال استرس پس از آسیب زلزله بین سه گروه معنادار است (p<۰/۰۰۱). همچنین مقدار مجذور اتا نشان داد که مداخلات مذکور ۸۶/۸ درصد از اختلال استرس پس از آسیب زلزله را در زنان

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.11.0]

مطالعه‌شده کاهش داده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر اختلال استرس پس از آسیب زلزله در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک سه گروه مطالعه‌شده

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نتایج آزمون آنالیز کوواریانس		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
اختلال استرس پس از آسیب زلزله	روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت	۵۳/۵۳	۱۱/۷۰	۴۴/۰۰	۹۹/۷۷	۱۳۵/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۸
	شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	۵۳/۵۳	۱۱/۴۷	۴۴/۷۳	۹/۴۷			
	گواه	۴۹/۴۷	۱۲/۴۴	۴۹/۰۷	۱۲/۴۱			

برای بررسی اینکه آیا تفاوت معناداری بین میانگین مداخلات دو گروه آزمایش روان‌پویشی و شناخت‌درمانی وجود دارد یا خیر از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسهٔ سه گروه درمانی

گروه (a)	گروه (b)	اختلاف میانگین	خطای معیار	مقدار p
روان‌پویشی	شناخت‌درمانی	۰/۷۳۳-	۰/۵۸	۰/۲۱۱
	گواه	۸/۶۷-	۰/۵۸	<۰/۰۰۱
شناخت‌درمانی	گواه			<۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود دو گروه درمانی به‌لحاظ آماری دارای تفاوت معناداری نیستند؛ اما هر دو گروه آزمایش با گروه گواه به‌طور معناداری اختلاف دارند (p<۰/۰۰۱).

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسهٔ اثربخشی روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر اختلال استرس پس از آسیب زلزله‌زدگان شهر سرپل‌ذهاب بود. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که هر دو درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت باعث کاهش علائم اختلال استرس پس از آسیب گروه‌های آزمایش درمقایسه با گروه گواه شده و بر اختلال استرس پس از آسیب اثربخش بوده است. همچنین از لحاظ اثربخشی تفاوت معناداری مشاهده نشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های تاون و همکاران (۹)، هافمن و گومز (۱۳)، هاپوود و شات (۱۴) و زو و همکاران (۱۵) همسوست. هافمن و گومز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر استرس و افسردگی تأثیر معناداری دارد (۱۳). هاپوود و شات در متاآنالیزی به بررسی تأثیر درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر استرس پس‌آسیبی پرداختند. نتایج ۲۱ مطالعهٔ بررسی‌شده که از مداخلهٔ درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی استفاده کردند، نشان داد میزان استرس پس‌آسیبی بعد از درمان کاهش یافته است و این نوع مداخله را توصیه می‌کنند (۱۴). پژوهش زو و دیگران نشان داد که استرس پس‌آسیبی و افسردگی اغلب مطالعه شده و احتمالاً آسیب روانی بیشتر، بعد از به‌وجودآمدن بلایای طبیعی است (۱۵).

در تبیین پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش تاون، عباس، برنیر، کیسلی و جانسون می‌توان اذعان داشت افرادی که مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب می‌شوند، واقعهٔ استرس‌زا یا رویداد تروماتیک را در رویاها و افکار خود دوباره تجربه می‌کنند. این مبتلایان عزمشان جزم است که از هر چیزی که رویداد را به یادشان آورده، اجتناب کنند. آن‌ها تعادل هیجانی ندارند؛ به این صورت که آنان در حالتی از برانگیختگی مفرط به سر می‌برند و به هیچ چیزی واکنش نشان نمی‌دهند و درواقع بی‌حسی هیجانی را تجربه می‌کنند. همچنین برای تشخیص این اختلال سمپتوم‌هایی وجود دارد که یکی از آن‌ها مشکلات شناختی مثل نداشتن تمرکز حواس است (۹). ازطرفی در درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و فشرده تکنیک‌هایی به‌کار می‌رود که موجب تغییراتی در حالات هیجانی و برداشت و تجربهٔ واقعهٔ استرس‌زا می‌شود و عبارت است از: ۱. هیجانات و رفتارهای فعلی بیمار، بر تجربیات گذشته مبتنی است. موقعیت‌های فعلی، به‌علت داشتن شباهت‌هایی با تجربیات گذشته، رفتارها و هیجانات مشابهی به بار می‌آورد. این الگوها به‌مرور زمان، تکرار و تقویت و نهادینه می‌شود. درواقع جایگزین الگوهای قدیمی غلط می‌گردد؛ ۲. با تحت‌فشارگذاشتن بیمار و برانگیختن هیجانات وی در جلسهٔ درمان، دفاع‌ها کنار می‌رود و تجربیات مدفون گذشته مرتبط با این هیجانات، از ناخودآگاه سر بر می‌آورد و امکان پیونددادن آن‌ها با تجربیات فعلی و گذشته و تفسیر و ارائهٔ الگو مهیا می‌شود (۱۶). از این طریق در درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و فشرده بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب با هیجانات مرتبط با واقعه آشنا شده و راه کنارآمدن و مقابله با اجتناب یا دفاع‌های مربوط به یادآوری واقعهٔ تلخ را یاد می‌گیرد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.11.0]

روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش علائم مبتلایان به اختلال استرس پس از آسیب در زلزله‌زدگان، مؤثر واقع شده است.
افرادی که مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب هستند مرتب به گذشته فلاش‌بک می‌کنند؛ یعنی خاطرات دردناکی که همان واکنش‌های احساسی و هیجانی اولیه و چه بسا شدیدتر را بر می‌انگیزاند و بسیاری اوقات این افراد برای رهایی از این احساس‌ها و هیجان‌ها از آن اجتناب می‌کنند و این اجتناب باعث بدترشدن اوضاع می‌شود. آموزش مهارت ذهن‌آگاهی باعث می‌شود افراد ترغیب شوند با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بدون اینکه تلاشی درجهت هر نوع تغییری داشته باشند صرفاً تجارب هیجانی خود را مشاهده کرده و آن را بپذیرند (۱۴). احتمالاً مواجهه با هیجانات منفی از این طریق می‌تواند باعث کاهش تکانش‌وری به استرس شود. در این راستا فرد تشویق می‌شود تا هیجانات خود را به‌عنوان رویدادهای گذرا ببیند که مستلزم بروز رفتارها و واکنش‌های ناسازگار نیست و این دید تعمیم‌یافته به هیجانات، به پیشگیری از تجربهٔ مجدد واکنش‌های هیجانی نیز کمک خواهد کرد. وقتی فرد ذهن‌آگاهی را در کارهای روزانهٔ خود تمرین می‌کند زمانی را که در حالت عادی بوده، تشخیص می‌دهد و فرصتی برای واردشدن و زندگی‌کردن در زمان حال برای خود فراهم می‌کند؛ درنتیجه زنجیرهٔ رویدادهایی را که منجربه احساس‌های ناخوشایند و اضطراب‌زا و نیز افسرده‌زا شده، می‌شکند. مراقبهٔ ذهن‌آگاهی باعث می‌شود فرد به‌صورت خلاق به موقعیت زمان حال پاسخ دهد و از واکنش‌های غیرارادی آزاد شود؛ همچنین تمرین‌های وارسی بدنی با حس‌کردن مستقیم بدن سبب می‌شود حساسیت دریافت پیام‌های بدن افزایش یابد و دریافت آشفتگی‌های اختلال استرس پس از آسیب ذهنی کم شود. ذهن‌آگاهی ارادی است و وقتی فردی آن را پرورش می‌دهد از واقعیت کنونی و گزینه‌های دردسترس بیشتر آگاه می‌شود؛ همچنین ذهن‌آگاهی غیرقضاوتی است و باعث می‌شود فرد موقعیت را همان‌گونه که بوده، درک کند؛ علاوه‌براین کیفیت زندگی بهتری داشته باشد و از آن لذت ببرد و از مزاحمت با MBSR افکار ناامیدکننده و اضطراب‌انگیز در امان باشد. در به‌کارگیری تکنیک‌های مراقبه‌ای به افراد آموزش داده می‌شود ازطریق مواجهه با افکار و پذیرش آن‌ها به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت رابطه‌ای غیرمتمرکز برقرار کنند، اتحاد خود را با افکار و احساسات منفی کاهش دهند، با افزایش حضور در زمان حال و ایجاد تجربه با تمرکز بر تنفس از افکار و حس‌های بدنی خود آگاه شوند و هنگام ورود افکار با علائم روان‌شناختی منفی روابطشان را با آن‌ها تغییر دهند تا علائم برانگیختگی خود را تعدیل کنند. می‌توان گفت فنون آرام‌سازی عضلانی و تنفس عمیق و دیگر فنونی که در این روش به‌کار می‌رود باعث کاهش خشم و اضطراب و درنتیجه کاهش علائم هیجانات منفی و درنهایت کاهش علائم اختلال استرس پس از آسیب می‌شود. بدین‌ترتیب افراد مبتلا به اختلال می‌توانند باوجود این هیجان‌ها و احساس‌های وحشتناک به زندگی عادی خود ادامه دهند. می‌توانیم ادعا کنیم که درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب در زلزله‌زدگان مؤثر است (۱۴).
در پایان باتوجه به اینکه اختلال استرس پس‌آسیبی نتیجه‌ای عادی از تروما است و بدون درمان می‌تواند برای چندین دهه ادامه داشته باشد، خطر ابتلا به استرس پس‌آسیبی در طول عمر با ۶/۸درصد تخمین زده می‌شود و زنان بیشتر از مردان مستعد این اختلال هستند (۲). علائم بالینی استرس پس‌آسیبی شامل تجربیات مکرر و مزاحم یا تجربهٔ مجدد حادثه‌ای ترسناک، اجتناب از یادآوری‌های آسیب‌های بیرونی یا درونی، تغییرات منفی در تشخیص و خلق‌وخو و تغییرات در انگیختگی و واکنش‌پذیری است. این علائم و نشانه‌ها حاکی‌از آن است که استرس پس‌آسیبی تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی درمقایسه با افسردگی عمیق و اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری دارد. برآورد شده است که فرد معمولی مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی نشانه‌های فعالی از اختلال را برای حداقل دو دهه از طول عمر خود تجربه می‌کند (۲)؛ لذا می‌توان اذعان داشت شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در آموزش مهارت ذهن‌آگاهی برای تشخیص این نکته است که هر اتفاقی در زمان حال روی می‌دهد و این باعث می‌شود بیماران در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده بوده، دریافت کنند. افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، تغییرات منفی در شناخت‌ها و خلق مرتبط با رویداد دارند و برانگیختگی و واکنش‌پذیری زیادی را تحمل می‌کنند. آموزش ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا قادر شوند با تجارب ترسناک خود ارتباط برقرار کنند. این تمرین‌ها باعث می‌شود مبتلایان از آگاهی دربارهٔ حس‌های بدنی و افکار خود اجتناب نکنند تا از ضربات آن مصون بمانند. وقتی فرد در موقعیت‌های گذشته و آینده به فکر فرو می‌رود به‌سادگی فراموش می‌کند که در زمان حال است و جذب تفکرات آینده و گذشته می‌شود؛ مثل اینکه در آن لحظه زندگی می‌کند. ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌نماید تا به‌جای آنکه درگیر گذشته یا آینده باشد جذب لحظهٔ کنونی همان‌طورکه بوده، شود و اهداف فوری آینده را کنار بگذارد. از سوی دیگر منطق درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت هنر دوانلو در ابداع این روش، از این دیدگاه، فراهم‌کردن فرصت تجربهٔ واقعی احساسات اصیل خود، برای بیمار و نیز برای درمانگر، در شکل عمیق‌ترو سریع‌تر ممکن است. این تحقیق همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود. به‌دلیل وضعیت سختی که زنان متحمل بودند امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر همچون دامنهٔ سنی محدود، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و... وجود نداشت. بی‌نظمی‌ها در ورود و بعضاً در برخی از جلسات حتی در خروج اجتناب‌ناپذیر بود. در پایان پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی، ارزیابی‌های نظامدار و مکرر از فرآیند درمان صورت گیرد تا روند تغییر به‌صورت عینی مشهود باشد. مضافاً اینکه چنین سنجشی می‌تواند به بازاندیشی و متناسب‌سازی فنون و مداخلات کاربندی‌شده باتوجه به مراحل و تعیین اثربخشی آن‌ها در فرآیند درمان منجر شود.

۵ نتیجه‌گیری

وظیفهٔ درمانگر درمقابل فرد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب این است که از وی حمایت نماید؛ همچنین به او القا کند که بیماری روانی و اختلال استرس پس از آسیب موضوعی طبیعی بوده و بیمار نباید احساس کند به او ننگ خورده است تا به این صورت بیمار بتواند افشاگری کرده و هیجانات خود را ابراز کند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.11.0]

۶ تشکر و قدردانی

در انتها از تمامی افرادی که به‌نحوی در شکل‌گیری این پژوهش شرکت داشته‌اند، اعم‌از همهٔ زنان زلزله‌زده و استادان و... تقدیر و تشکر می‌شود.

بیانیه: این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است

References

1. Tarahomi Z, Moosa Tabatabaei S. Comparison psychological trauma survivors of traffic accidents with the common population. Traffic Law Enforcement Research Studies. 2017;1395(19):69–110. [Persian] http://talar.jrl.police.ir/article_11655_f17601ccc72d9e7ff0a98b3a2d88024f.pdf
2. Stephenson KR, Simpson TL, Martinez ME, Kearney DJ. Changes in mindfulness and posttraumatic stress disorder symptoms among veterans enrolled in mindfulness-based stress reduction. J Clin Psychol. 2017;73(3):201–17. doi: 10.1002/jclp.22323
3. Bryant R. Post-traumatic stress disorder vs traumatic brain injury. Dialogues Clin Neurosci. 2011;13(3):251–62.
4. Meng Z, Wu X, Han L. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among the adult survivors of the Lushan earthquake: Selecting resilience as the moderator. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2018;27:524–9. doi: 10.1016/j.ijdrr.2017.11.016
5. Blanc J, Rahill GJ, Laconi S, Mouchenik Y. Religiousb, PTSD, depression and resilience in survivors of the 2010 Haiti earthquake. Journal of Affective Disorders. 2016;190:697–703. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.046
6. Yasamy MT, Bagheri Yazdi SA. National program of psychological and social supports in disasters. 3rd ed. [Teheran]: Mental Health office, Ministry of Health and Medical Education;2003,p:2-10. [Persian]
7. Mirzade F, Izadi Yazdan Abadi A. Jologiri az ekhtelal stress pas az hadese (PTSD) az tarigh modiriat tasor bakhsh bohran ba takid bar zelzele [Prevent Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) through an effective crisis manager with emphasis on earthquakes]. In: 7th International Conference on Comprehensive Crisis Management [Internet]. Tehran, Iran; 2015. [Persian] https://www.civilica.com/Paper-INDM07-INDM07_107.html
8. Kenny DT, Arthey S, Abbass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for severe music performance anxiety: assessment, process, and outcome of psychotherapy with a professional orchestral musician. Med Probl Perform Art. 2014;29(1):3–7. doi: 10.21091/mppa.2014.1002
9. Town JM, Abbass A, Stride C, Bernier D. A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. J Affect Disord. 2017;214:15–25. doi: 10.1016/j.jad.2017.02.035
10. Lovas DA, Schuman-Olivier Z. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. J Affect Disord. 2018;240:247–61. doi: 10.1016/j.jad.2018.06.017
11. Dalili Z, Bayazi MH. The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the illness perception and Psychological Symptoms in patients with Rheumatoid Arthritis. Complement Ther Clin Pract. 2019;34:139–44. doi: 10.1016/j.ctcp.2018.11.012
12. Dimidjian S, Goodman SH, Felder JN, Gallop R, Brown AP, Beck A. An open trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of perinatal depressive relapse/recurrence. Arch Womens Ment Health. 2015;18(1):85–94. doi: 10.1007/s00737-014-0468-x
13. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. Psychiatr Clin North Am. 2017;40(4):739–49. doi: 10.1016/j.psc.2017.08.008
14. Hopwood TL, Schutte NS. A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress. Clin Psychol Rev. 2017;57:12–20. doi: 10.1016/j.cpr.2017.08.002
15. Xu J, Wang Y, Zhao J, Tang W, Lu Y. Influence of earthquake exposure and left-behind status on severity of post-traumatic stress disorder and depression in Chinese adolescents. Psychiatry Res. 2019;275:253–60. doi: 10.1016/j.psychres.2019.01.109
16. Davanloo H. Unlocking the unconscious: selected papers of Habib Davanloo. Tehran: Arjmand Publication;1993, pp:211–4. [Persian]
17. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol. 2000;68(4):615–23. doi: 10.1037//0022-006x.68.4.615
18. Weathers F, Litz B, Herman D, Huska JA, Keane T. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In: Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies; 1993.
19. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). Behav Res Ther. 1996;34(8):669–73. doi: 10.1016/0005-7967(96)00033-2
20. Zoghipaidar M, Sohrabi Asmarod F, Yaghoobi A. The effectiveness of cognitive-behavioral conjoint therapy on post-traumatic stress disorder and depression in veterans. 2013;1(1):99–118. [Persian] doi: 10.22051/jwfs.2014.1510

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.11.0]