Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 1/ No. 3/ Winter 2015
Page: 1-14

# The effect of cognitive therapy on patients with posttraumatic stress disorder

Vardeh Mayayi (MSc) [1] Fayegh Yousefi (Ph.D)[2] Naser Yousefi(Ph.D)[3]

1. MSc in clinical psychology at Islamic Azad University, Science and Research Branch of Kurdistan, Iran
2. Assistant to Professor, PhD in child and adolescent psychology, department of psychiatry, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (Corresponding Author).

3. Associate to professor in department of family counselling at Kurdistan University, Sanandaj, Iran

**Abstract**

**Introduction:** As, post-traumatic stress disorder(PTSD) could effect on life personal and social performance, so psychologists, psychiatrists and the other experts have focused on control and treatment of this disorder**.**

**Purpose:** The aim of the present study was to determine the effect of cognitive therapy onpatients with PTSD in BonyadShahidcounseling Center in Sanandaj.

**Method**: The design of the study was clinical trial design before and after. The sample of study was 40 patients with PTSD that selected by census sampling method in 2013. Instruments of study were posttraumatic stress disorder inventory by Norris and Reed (1997) and cognitive therapy.

**Results:** The results of present study showed cognitive therapy had significant effect [t=5.47, df (38), p=0.000] on the treatment of patients with posttraumatic stress disorder. Results also indicated that cognitive therapy reduces Intrusive memories [t=.4.32, df (38), p=0.000] of the four components of interpersonal communication problems [t=.4.81, df(38), p=0.000], lack of emotional control [t=.4.32,df(38),p<0.006] and depression [t=.4.32, df(38), p≤0.006].

**Conclusion:** According to results from the present study, also the effect of cognitive therapy on patients with PTSD, it is recommended to use cognitive therapy technique in counselling centers and also psychiatric and psychological clinics.

**Key word:** PTSD, Cognitive therapy, Sacrificers

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال اول، شماره ۳، زمستان۱۳۹۳
صفحات: ۱۴-۱

# تاثیر شناخت درمانی بر درمان بیماران مبتلا به PTSD

**ورده میایی (MSc)[۱]، فایق یوسفی (PhD)[۲]، ناصر یوسفی (PhD)[۳]**

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج
۲- استادیار، دکترای تخصصی روانشناسی کودک و نوجوان ،گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان سنندج، ایران (مولف مسول)
fyousefi_kms@yahoo.com
۳- دانشیار گروه مشاوره خانواده در دانشگاه کردستان

## چکیده

**مقدمه:** از آن‌جا که اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند تأثیرات منفی بر کارکردهای زندگی فردی و اجتماعی داشته باشد، لذا روان‌شناسان، روان‌پزشکان و سایر صاحبنظران بر کنترل و درمان این اختلال تمرکز کرده‌اند است.

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر شناخت‌درمانی بر درمان PTSD مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بنیاد شهید شهر سنندج بود.

**روش بررسي:** نوع پژوهش این مطالعه، طرح پژوهش کارآزمایی بالینی قبل و بعد است. جامعه آماری پژوهش عبارت از مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه بودند که در نیمه اول سال ۱۳۹۲ جهت درمان به مرکز مشاوره بنیاد شهید شهر سنندج مراجعه نموده بودند. تعداد نمونه این مطالعه ۴۰ نفر بود که به صورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس اندازه‌گیری اختلال استرس پس از سانحه نوریس و رید (۱۹۹۷) و شناخت درمانی بود.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه حاظر نشان داد که شناخت‌درمانی تأثیر معنی‌داری [t=5.47, df(38), p=0.000] بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه داشت. نتایج همچنین نشان داد که شناخت‌درمانی موجب کاهش اختلال استرس پس از سانحه در هر چهار مؤلفه‌ی خاطرات رخنه‌کننده، [t=.4.36, df(38), p=0.000] [مشکل در ارتباطات بین‌فردی، [t=.4.32, df(38), p=0.000] ناتوانی در کنترل عاطفی، [t=.4.81, df(38), p=0.000] و فقدان و افسردگی [t=.4.32, df(38), p≤0.006] شده بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه و تاثیر رواندرمانی شناختی رفتاری بر درمان اختلال استرس پس از صحنه جانبازان پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناسی از این روش درمانی استفاده شود.

**کلید واژها:** اختلال استرس پس از سانحه، شناخت‌درمانی، جانبازان

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

**مقدمه**

در دنیای مدرن و صنعتی امروز، استرس به عنوان یکی از عوامل تهدیدکننده سلامت روانی شناخته شده است. رویارویی طولانی مدت با موقعیت‌های استرس‌زای شدید، پیامدهای زیان‌بار جسمانی و روانی را به‌همراه دارد. در این زمینه جنگ به عنوان یک عامل تنیدگی‌زای شدید، پیامدهای گسترده فردی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد، به‌طوری‌که حتی در گستره نسل‌های متمادی تأثیرات چشمگیری بر روابط اعضای یک جامعه می‌گذارد (مرادی، سلیمی و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۹). یافته‌ها حاکی از آن است که معمولاً سربازانی که سال‌هاست از شرکت آنان در جنگ گذشته است در هماهنگی مجدد با زندگی خانوادگی و روابط زناشویی دچار مشکلاتی می‌گردند (ناطقیان، ملازاده، گودرزی و رحیمی، ۱۳۸۷). در این راستا یکي از مهم‌ترین مشکلات ناشي از جنگ که می‌تواند بر زندگی شخصی و اجتماعی افراد تأثیری منفی داشته باشد، ابتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) است که با پیامدهاي غیرقابل پیش‌بیني، مخرب و بلندمدتي براي فرد آسیب دیده، خانواده وي و اجتماعي که در آن زندگي مي‌کند همراه است (کاظمی، بنی جمالی، احدی و فرخی، ۱۳۹۱). اصطلاح استرس پس از ضربه ثانویه توسط محققانی چون استام و فیلگی (۱۹۹۵) مطرح شده است. این عبارت اولین بار برای بیان نشانه-های آسیب در بین کارکنان کلینیکی و مشاوره‌ای که در ارتباط نزدیک با افراد مبتلا به PTSD قرار داشتند به کار برده شد، ولی بعدها توسعه یافت و به علائمی اطلاق شد که در بین اطرافیان و نزدیکان بیماران مبتلا به PTSD دیده می‌شود. این اختلال بیانگر پاسخ شدید در برابر یك عامل تنش‌زايي شدید است که به صورت اضطراب بالا، اجتناب از محرك‌هاي مرتبط با آسیب‌رواني و حرکتي در پاسخ‌هاي هیجاني و عاطفي ظاهر مي‌شود (رشتی و گل‌شکوه، ۱۳۸۹).

اختلال استرس پس از سانحه به عنوان یک رشته علایم تپپیك که در پي مشاهده یا درگیر شدن یا شنیدن یک استرس فوق‌العاده تروماتیک پدید می‌آید، تعریف شده است. شخص نسبت به این تجربه با استرس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رخداد را در ذهن خود به‌طور مکرر زنده می‌کند و می‌کوشد از یادآوری آن اجتناب کند (احمدی، بخشی‌پور و واحدی، ۱۳۸۸). از آن‌جا که جنگ ایران و عراق ۸ سال به طول انجامید، این امر فشارها و آسیب‌های روان‌شناختی غیر قابل جبرانی در زمینه ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه را به رزمندگان تحمیل کرد. این اختلال نه تنها به‌طور جدی کیفیت زندگی جانباز، خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرارمی‌دهد (ماندنی، رستمی، حسینی، ۱۳۹۱). سیر بالیني PTSD واضح نیست ولي این اختلال مي‌تواند ماه‌ها و حتي سال‌ها پس از حادثه تروماتیک ادامه یابد (احمدی، رشادتجو و کرمی، ۱۳۸۹).

نتایج مطالعات همچنین نشان می‌دهد که این اختلال



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

مشکلات متعددی برای برد ایجاد می کند از جمله می‌توان به مشکلات حافظه اشاره کرد (مرادی، سلیمی و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۹).

مرادی، و سایر همکاران (۱۳۸۹) نیز، مشکلات حافظه افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه را به علت داشتن افکار ناخواسته می‌دانند. آن‌ها معتقدند این افکار منجر به محدود شدن ظرفیت حافظه فعال افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌شود، بنابراین اطلاعات به صورت نامناسب به حافظه بلند مدت انتقال یافته و به درستی تحکیم نمی‌شوند که بازیابی اطلاعات را با مشکل روبه‌رو می‌کند. بازیابی اطلاعات وابسته به نشانه‌ها می‌باشد، افراد مبتلا به این اختلال به نشانه‌ها توجه نمی‌کنند و بافت کاملی از زمان و مکان را در اطلاعات یادآوری شده ارائه نمی‌کنند.

برای درمان اختلال استرس پس از صحنه روشهای مختلفی وجود دارد که یکی از آن روشها شناخت درمانی است. شناختدرمانگران به بیماران یاد می‌دهند تا پیش‌فرض‌های اضطراب‌آور را زیر سؤال ببرند و از این طریق آن‌ها را درگیر تفکر علمی و عاقلانه کنند.

علاوه براین، چنین درمانگرانی به بیماران کمک می‌کنند تا معنای مفروضه‌های بنیادی را مورد نقد و بررسی قرار دهند، زیرا همین مفروضه‌ها باعث افسردگی، اضطراب، استرس و ترس آن‌ها شده‌اند، درحالی‌که ممکن است این مفروضه‌ها (مثلاً: من یک آدم بی‌ارزش یا بی‌کفایت هستم) هیچ‌گونه معیار تجربی نداشته باشند (لیهی، ۱۳۸۹).

شناخت درمانگر در طول جلسات ملاقات خود با بیمار تلاش می‌کند افکار و باورهای او را مورد بررسی قرار دهد. اغلب افرادی که مشکلات روانی را تجربه می‌کنند دارای افکار و باورهای مخربی هستند که به عنوان علت احساسات ناخوشایند بیمار به شمار می‌روند. مثلاً بیمار افسرده‌ای که احساس کسالت، بی‌حالی و غمگینی می‌کند و از بی‌حوصلگی، بی‌اشتهایی و بی‌خوابی خود گله می‌کند، ممکن است باورهایی منفی از این قبیل داشته باشد: "من همیشه باید خوشحال و سرحال باشم، من همیشه باید پیروز شوم، من انسان بی‌ارزشی هستم، من فاقد توانایی‌ها و مهارت‌هایی هستم که دیگران دارند" (دانشنامه رشد، ۱۳۹۰). به‌طور کلی روش‌های شناخت درمانی عبارتند از: پردازش شناختی، بازسازی شناختی، پردازش هیجانی، روش‌های آموزش کنترل و مدیریت اضطراب مانند آرام‌سازی عضلانی، کنترل تنفس، ایمن‌سازی در برابر استرس و روش‌های رویایی مانند بیان روایت زندگی، حساسیت‌زدایی منظم و غرقه‌سازی (کاظمی، بنی جمالی، احدی و فرخی، ۱۳۹۱).

در راستای جدیدترین تحولات رویکردهای شناختی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مطرح شده است. هدف از این درمان که یک مداخله کوتاه‌مدت (معمولاً ۸ جلسه‌ای) و ساختار یافته است، مانند شناخت درماني سنتي، تغيير محتواي افكار نيست بلكه هدف، ایجاد نگرش یا رابطه‌ای



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می‌باشد که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است (حناساب‌زاده اصفهانی و همکاران، ۱۳۸۸).

یکي دیگر از روش‌هاي درمان شناختی، بازگویي روان‌شناختي[1](PD) است که به طور گسترده‌اي براي پیشگیري و درمان اختلال استرس پس از سانحه به کار مي‌رود (دیهیل[2]، ۲۰۰۰). این درمان شامل بازگفتن وقایع مرتبط با حادثه است که افراد در گروه‌هاي سانحه‌دیده، خاطرات، افکار، احساسات و هیجانات مرتبط با سانحه را در جمع بیان می‌کند (کاپلان، لانسو، بودنر، ۲۰۰۱). یکي از روش‌هاي درماني شناختی مهم از نظر کامپاز (۱۹۸۷) تأکید بر اهمیت شیوه‌هاي مقابله با مشکل و تأثیر آن بر سلامت روان فرد است. کامپاز به دو نوع مهارت مقابله‌اي یعنی شیوه مقابله متمرکز بر حل مسأله و شیوه مقابله متمرکز بر هیجان اشاره می‌نماید. وي اظهار می‌دارد در غالب موارد گرایش متمرکز بر مسئله کارآمدي بیشتري داشته و می‌تواند به عنوان یکي از روش‌هاي شناختي رفتاري براي درمان اختلال استرس پس از ضربه به کار برده شود. در این ارتباط نزو، (۱۹۹۰) درمان‌هاي شناختي - رفتاري را نوعي روش حل‌مسأله می‌داند زیرا به افراد آموخته می‌شود تا در برخورد با مسایل مشکلات چگونه فکر کنند نه آن که به چه چیزي فکر کنند (کامپاز، ۱۹۸۷؛ نزو، ۱۹۹۰؛ نقل از حمیدپور، ۱۳۸۶).

با توجه به مطالب فوق هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین تأثیر شناخت‌درمانی بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه‌ی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بنیاد شهید شهر سنندج بوده است و همچنین اهداف اختصاصی پژوهش حاضر تعیین تأثیر شناخت درمانی بر درمان مولفه‌های این اختلال شامل خاطرات رخنه‌کننده، مشکل در ارتباطات بین‌فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان و افسردگی بوده است.

## روش بررسي

نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی قبل و بعد بوده است.

**جامعه آماری پژوهش** عبارت از کلیه مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه بودند که در نیمه اول سال ۱۳۹۲ جهت درمان به مرکز مشاوره بنیاد شهید شهر سنندج مراجعه نموده بودند. بر اساس لیست ارائه شده توسط مرکز مشاوره بنیاد شهید سنندج تعداد این افراد ۴۰ نفر بود. از آن‌جا که حجم جامعه آماری محدود است، لذا نمونه‌گیری انجام نگرفت بلکه تمام افراد جامعه آماری به صورت سرشماری کامل مورد مطالعه قرار گرفتند.

**ابزار گردآوري داده‌ها:**

الف - از مقیاس اندازه‌گیری اختلال استرس پس از سانحه نوریس و رید (۱۳۹۷)

ب- شناخت درمانی

مقیاس اندازه‌گیری اختلال استرس پس از سانحه در سال ۱۳۸۲ توسط گودرزي در ایران اعتباریابي شده است. این ابزار که به مقیاس می‌سی‌سی‌پی

1. Psychological Debriefing
2. Deahl



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

نیز معروف است، داراي ۳۹ آیتم می‌باشد و داراي چهار خرده مقیاس شامل خاطرات رخنه‌کننده (سؤالات ۴، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۲۹، ۳۳، ۳۶، ۳۷، ۳۹)، مشکل در ارتباطات بین‌فردی (سؤالات ۱، ۵، ۶، ۱۹، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۵، ۳۸)، ناتوانی در کنترل عاطفی (۳، ۱۶، ۲۰، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۳۱، ۳۲)، و فقدان و افسردگی (سؤالات ۲، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۳۴) می‌باشد. مقیاس اندازه‌گیری اختلال استرس پس از سانحه در پنج درجه به شیوه لیکرت (از کاملاً صادق است تا هرگز صادق نیست) نمره‌گذاری می‌شود که البته در مورد برخی سؤالات، جهت نمره‌گذاری به صورت معکوس می‌باشد. حدأقل نمره ۳۹ و حدأکثر نمره ۱۹۵ می‌باشد. نمره کمتر از ۶۵ بیانگر PTSD خفیف، نمره ۶۵ تا ۱۳۰ بیانگر PTSD متوسط و نمره بالاتر از ۱۳۰ بیانگر PTSD شدید می‌باشد (رشتی و گل‌شکوه، ۱۳۸۹: ۱۰۷). از آنجا که برای خرده مقیاس‌ها نقطه برش وجود نداشت، لذا بر اساس منحنی نرمال Standard Mean (M) ±deviation (SD) نقطه برش آنها به شرح زیر تعیین گردید:

سطح خفیف زیر مجموعه= انحراف استاندارد - میانگین

سطح شدید زیر مجموعه= انحراف استاندارد + میانگین

سطح متوسط= نمره مابین این دو ( خفیف و شدید )

**روایي و پایایي ابزار گردآوري داده‌ها**

فوا و همکاران (۲۰۰۴ به نقل از رشتی و گل‌شکوه، ۱۳۸۹) پایایی از نوع بازآزمایی مقیاس می‌سی‌سی‌پی را ۹۷.، همسانی درونی با آلفای کرونباخ را ۹۴.، حساسیت آن را ۹۳. و کارایی آن را ۹۰. گزارش کرده‌اند. در پژوهش رشتی و گل‌شکوه (۱۳۸۹) نیز پایایی این مقیاس از طریق روش همسانی درونی، ۹۳. گزارش شد.

اگرچه مقیاس PTSD در پژوهش‌های مختلفی مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید گردیده است، با این‌حال در پژوهش حاضر با توجه به ویژگی‌ها و بافت جامعه آماری مورد مطالعه، روایی و پایایی آن‌ها بررسی گردید. بدین‌منظور جهت بررسی روایی پرسشنامه به نظر پنج نفر از صاحبنظران حوزه روان‌شناسی استناد گردید. مبنای تأیید روائی در مورد هر سؤال این بود که حدأقل، سه نفر از مجموع پنج نفر، آن سؤال را مناسب ارزیابی کرده باشند. در این بخش تمام سؤالات پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه مورد تأیید قرار گرفت. همچنین جهت سنجش پایایی پرسشنامه، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. با توجه به نتایج، اگرچه ضریب آلفای کرونباخ در برخی مؤلفه‌ها پایین‌بود اما از آن-جا که ضریب آلفای کرونباخ در مجموع، در هر دو سطح پیش آزمون و پس‌آزمون بالاتر از ۰/۷۰ بود؛ لذا می‌توان گفت که پایایی پرسشنامه مورد تأیید می‌باشد. در جدول (۳-۲) نتایج ضریب آلفای کرونباخ در مورد مقیاس اختلال استرس پس از سانحه، نمایش داده شده است.

**ب- شناخت درمانی**

شرح جلسات شناخت درمانی براساس پروتکل درمانی (اسکات، ویلیامز، بک ۱۹۸۹)

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

شامل ۸ جلسه به شرح زیر توسط دکترای روانشناسی انجام گرفت.

**جلسه توجیهی**

اولین جلسه شناخت درمانی به صورت گروهی و جهت آشنایی با شرکتکنندگان و مشاور، آشنایی با رویکرد شناخت درمانی، برنامهریزی جهت اجرا و استمرار جلسات درمانی در نظر گرفته شد. به طور کل مهمترین فعالیتهای جلسه اول به برنامهریزی برای برگزاری جلسات فردی، توضیح اجمالی، درمان شناختی و توضیح اجمالی اختلال استرس پس از سانحه اختصاص داشت.

**جلسه اول**

در اولین جلسه درمان فردی، قبل از هر چیز سعی در ایجاد حس اعتماد و حسن تفاهم بود. مهمترین فعالیتهای این جلسه مرور مشکل مراجع از طریق گوش دادن به صحبتهای وی، شناسایی مشکل از سوی خود بیمار و با همکاری مراجع، تعیین اهداف برای درمان و دادن امید به مراجع بود.

**جلسه دوم**

جلسه دوم با مرور مختصر صحبتهای جلسه گذشته آغاز می-شد و در ادامه به بررسی خلق بیمار در چند روز گذشته می-پرداخت در ادامه فعالیت اصلی جلسه مصروف شناسایی افکار خودآینده بود. در پایان جلسه نیز به عنوان تکلیف جلسه آتی از مراجع درخواست شد که افکار خودآینده خود را استخراج کند.

**جلسه سوم**

جلسه سوم به معرفی تکنیک-های اصلاح افکار خودآینده اختصاص داشت. در این جلسه تلاش شد تا تمایز بین افکار خودآینده و هیجانات مشخص گردد. در پایان جلسه مراجع به استفاده از برگههای ثبت افکار ناکارآمد و غیر سودمند تشویق میگردید.

**جلسه چهارم**

پس از شناسایی افکار خودآینده جلسه چهارم به شناسایی باورهای میانی افراد نسبت به خود، دیگران و دنیای پیرامونشان اختصاص داشت. به عنوان تمرین جلسه آتی، مراجعین موافقت نمودند که فهرستی از باورهای خود را تهیه نموده و در جلسه بعدی ارائه دهند.

**جلسه پنجم**

پیرامون صحبت بر سر باورهای تهیه شده از سوی مراجعین بود. در این جلسه به مراجعین کمک شد تا در باورهای خود تأمل نموده، مزایا و معایب هر یک را بررسی نمایند. تا از این طریق باورهای ناکارآمد و محرک اختلالات روانی شناخته شود.

**جلسه ششم**

به شناسایی باورهای بنیادی اختصاص داشت. در این جلسه به مراجعین کمک شد تا به این نکته پی ببرند که باورهای بنیادی آنان چگونه میتواند زندگی آن را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین با کمک مشاور مراجعین به برخی از باورهای منفی خود به ویژه در مورد گذشته خود پی بردند. در پایان جلسه ششم مقرر شد که مراجعین فهرستی از باورهای بنیادی ناکارآمد خود تهیه کنند.

**جلسه هفتم**

همانند جلسات قبلی به مرور فعالیتهای گذشته اختصاص داشت. در طی جلسه هفتم، مراجعین با کمک مشاور به بررسی راهکارهای تبدیل باورهای بنیادی ناکارآمد به



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

باورهای سودمند پرداختند. در این جلسه تلاش شد مراجعین دریابند که بسیاری از باورهای آن‌ها نسبت به خود و حوادث گذشته ناکارآمد بوده و به دلیل اغراق آمیز بودن این باورها، زندگی مراجعین را تحت تأثیر منفی قرار داده است.

**جلسه هشتم**

در جلسه هشتم مراجعین ترغیب شدند که حالات روانی و خلقی خود طی یک ماه اخیر را مرور کرده، موقعیت‌های استرس-زا را شناسایی نموده و در صدد کاهش آن برآیند. همچنین در این جلسه، مراجعین توجیه شدند که در صورت بازگشت مجدد مشکلات روانی همچون افسردگی، استرس شدید، تداعی خاطرات تلخ و چگونه با این حالات مقابله نمایند.

**روش تجزیه و تحلیل داده‌ها**

تجزیه و تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح توصیفی از شاخص‌های همچون میانگین، انحراف استاندارد و فراوانی و درصد استفاده شد و در سطح استنباطی نیز از آزمون t-test pair برای قبل و بعد از مداخله استفاده شد.

## یافته‌ها

**جدول ۱: : توزیع فروانی شغل تاهل تحصیلات و گروههای سنی افراد مورد مطالعه**

| متغیر | | فروانی | درصد |
|---|---|---|---|
| وضعیت تأهل | مجرد | 2 | 5.0 |
| | متأهل | 38 | 95.0 |
| | مجموع | 40 | 100.0 |

| متغیر | | فروانی | درصد |
|---|---|---|---|
| وضعیت شغلی | بیکار | 9 | 22.5 |
| | کارمند | 22 | 55.0 |
| | شغل آزاد | 9 | 22.5 |
| | مجموع | 40 | 100.0 |
| میزان تحصیلات | بی‌سواد | 2 | 5.0 |
| | ابتدایی | 12 | 30.0 |
| | راهنمایی | 9 | 22.5 |
| | دیپلم و کاردانی | 13 | 32.5 |
| | کارشناسی و بالاتر | 4 | 10.0 |
| | مجموع | 40 | 100.0 |
| گروههای سنی | چهل سال و پایین‌تر | 7 | 17.5 |
| | چهل و یک تا پنجاه سؤال | 23 | 57.5 |
| | پنجاه و یک تا شصت سال | 7 | 17.5 |
| | بالاتر از شصت سال | 3 | 7.5 |



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

| | | |
|---|---|---|
| مجموع | 40 | 100.0 |

**جدول ۲: توزیع فراوانی میزان اختلال استرس پس از سانحهٔ و مولفه آن افراد مورد مطالعه**

| اختلال استرس پس از سانحه | خفیف | | متوسط | | شدید | | مجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| پیش‌آزمون | - | - | ۳۰ | ۷۵ | ۱۰ | ۲۵ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| پس‌آزمون | - | - | ۳۸ | ۹۵ | ۲ | ۵ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| **PTSDمولفه های** | | | | | | | | |
| خاطرات رخنه کننده | | | | | | | | |
| پیش‌آزمون | ۵ | ۱۲/۵ | ۲۷ | ۶۷/۵ | ۸ | ۲۰ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| پس‌آزمون | ۴ | ۱۰ | ۲۹ | ۷۲/۵ | ۷ | ۱۷/۵ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| مشکل در ارتباطات بین‌فردی | | | | | | | | |
| پیش‌آزمون | ۴ | ۱۰ | ۲۹ | ۷۲/۵ | ۷ | ۱۷/۵ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| پس‌آزمون | ۵ | ۱۲/۵ | ۲۸ | ۷۰ | ۷ | ۱۷/۵ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| ناتوانی در کنترل عاطفی | | | | | | | | |
| پیش‌آزمون | ۲ | ۵ | ۳۵ | ۸۷/۵ | ۳ | ۷/۵ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| پس‌آزمون | ۲ | ۵ | ۳۳ | ۸۲/۵ | ۵ | ۱۲/۵ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| فقدان و افسردگی | | | | | | | | |
| پیش‌آزمون | 2 | ۵ | ۳۰ | ۷۵/۵ | ۵ | ۱۲/۵ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| پس‌آزمون | 7 | ۱۷/۵ | ۳۳ | ۸۲/۵ | ۳ | ۷/۵ | ۴۰ | ۱۰۰ |

**جدول ۳: نتایج آزمون t برای دو گروه همبسته پیرامون تأثیر شناختدرمانی بر کاهش PTSDمولفه های**

| متغیر | سطح | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | tمقدار | درجه آزادی | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| خاطرات رخنه کننده | پیش‌آزمون | 40 | 2.86 | .816 | 5.421 | 39 | .000 |
| | پس‌آزمون | 40 | 2.22 | .788 | | | |
| مشکل در ارتباطات بین‌فردی | پیش‌آزمون | 40 | 2.94 | .525 | 4.263 | 39 | .000 |
| | پس‌آزمون | 40 | 2.58 | .406 | | | |
| ناتوانی در کنترل عاطفی | پیش‌آزمون | 40 | 3.09 | .914 | 4.854 | 39 | .000 |
| | پس‌آزمون | 40 | 2.44 | .481 | | | |
| فقدان و افسردگی | پیش‌آزمون | 40 | 2.64 | .761 | 3.294 | 39 | .002 |
| | پس‌آزمون | 40 | 2.26 | .527 | | | |



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

**بحث و نتیجه‌گیری**

فرضیه اول پژوهش به بررسی تأثیر مداخله‌ی درمانی به شیوه شناخت‌درمانی بر کاهش اختلال استرس پس از سانحه می‌پرداخت. نتایج بررسی این فرضیه نشان داد که درمان شناختی توانسته بود بر درمان اختلال استرس پس از سانحه در بعد خاطرات رخنه کننده تأثیر معنی‌داری داشته باشد (P<.01). این نتایج هم‌سو با یافته‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۰)، خسروپور و همکاران (۱۳۸۹)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۱)، اصلانی و همکاران (۱۳۸۶)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۷). در تبیین نتایج پژوهش مبنی بر تأثیر معنی‌دار شناخت‌درمانی بر کاهش اختلال استرس پس از سانحه در بعد خاطرات رخنه کننده می‌توان گفت که اگرچه خاطرات رخنه‌کننده، عموماً بر مبنای واقعیت شکل می‌گیرند اما افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه، این واقعیت‌ها را به شکل اغراق‌آمیزی بزرگ‌نمایی نموده و لذا در مقایسه با افراد عادی رنج بسیار بیشتری از این خاطرات می‌برند. به نظر می‌رسد مداخله درمانی با رویکرد شناختی توانسته است بیماران را متوجه این نکته سازد که بسیاری از این خاطرات رخنه‌کننده اکنون تحریف گشته‌اند و از واقعیت به دور شده‌اند. لذا در چنین شرایطی احتمالاً افراد پس از شرکت در جلسه‌های درمانی می‌توانند مرز میان واقعیت‌ها و افکار تحریف شده را بهتر از قبل تمیز داده و از این‌رو قابل انتظار است که مداخله‌های درمانی توانسته باشد موجب کاهش خاطرات رخنه کننده و آزادهنده گردد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله‌های درمانی توانسته است تأثیر معنی‌داری بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در بعد مشکل در ارتباطات بین‌فردی داشته باشد (P<.01). این نتایج هم‌سو با یافته‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۰) بود که نشان دادند شناخت درمانی بر بهبود و افزایش کیفیت زندگی جانبازان در ابعاد سلامت جسمی، سلامت روان، محیط زندگی و روابط اجتماعی مؤثر بوده است. نتایج همچنین مورد تایید یافته‌های اصلانی و همکاران (۱۳۸۶)، بیابانگرد، (۱۳۸۱)، و اسمیت و همکاران (۲۰۰۷) بود. در تبیین نتایج پژوهش مبنی بر تأثیر معنی‌دار مداخله‌های شناخت‌درمانی بر کاهش مشکلات مربوط به ارتباطات بین‌فردی می‌توان گفت که احتمالاً مداخله‌های درمانی به مراجعین کمک نموده است تا باورهای ناکارآمدی همچون "من موجود ضعیفی هستم"، "دیگران از من متنفر هستند" و مشابه آن‌ها را شناسایی نموده و دریابند که این باورها بیش از آن‌که مبتنی بر واقعیت باشند، زاییده‌ی طرز فکر آن‌ها هستند. با کنارگذاشتن این باورها و جایگزین نمودن باورهای سودمندی همچون "من به دیگران اعتماد دارم و می‌توانم اعتماد آن‌ها به خود را جلب کنم"، افراد می‌توانند روابط صمیمانه‌تری با دیگران برقرار نموده، دیگران را دوست بدارند و از



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

جانب دیگران دوست داشته شوند. با این رویکرد به نظر می‌رسد که مداخله‌های درمانی توانسته باشد در اصلاح باورهای منفی و غیرسودمند افراد و در نتیجه تسهیل و ارتقای روابط بین‌فردی آن‌ها تأثیرگذار بوده باشد (لیهی، ۱۳۸۹).

بررسی تفکیکی شاخص‌های بیانگر مشکل در ارتباطات بین‌فردی نیز نشان داد که جلسات شناخت‌درمانی توانسته بود موجب کاهش مشکلاتی همچون عدم لذت از همراهی با دیگران، ترس آشنایان نزدیک از فرد، مشکل در حفظ شغل و داشتن حالت دفاعی در اکثر مواقع گردد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه معمولا دارای باورهایی هستند که عزت نفس آن‌ها را به شدت در هم می‌کوبد (دانشنامه رشد، ۱۳۹۰) از این‌رو رویکرد شناخت درمانی به بیماران کمک می‌کند که دریابند این باورها خطاهای شناختی هستند. همچنین تکنیک‌های شناخت‌درمانی می‌تواند بیماران را به این باور منطقی سوق دهد که هر فردی توانایی‌های خاصی دارد که باید شناسایی شود و لازم نیست که همه توانایی‌ها را که دیگران دارند، فرد نیز داشته باشد. چنان‌چه فرد به این باور منطقی برسد که او نیز از توانایی‌ها و مهارت‌های خاصی برخوردار است که ممکن است دیگران از آن بی‌بهره باشند، لذا احتمالاً اعتمادبه‌نفس بیشتری پیدا کرده و می‌تواند در روابط با دیگران عملکرد بهتری داشته باشد. بنابراین از این منظر نیز می‌توان به نقش جلسات شناخت‌درمانی در کاهش مشکلاتی همچون عدم لذت از همراهی با دیگران، ترس آشنایان نزدیک از فرد، مشکل در حفظ شغل و داشتن حالت دفاعی پی برد (سیدلر، گانتر و واگنر ۲۰۰۶)

سومین مؤلفه‌ی اختلال استرس پس از سانحه که تأثیر شناخت‌درمانی بر کاهش آن مورد مطالعه قرار گرفت، ناتوانی در کنترل عاطفی بود. به‌طور واضح‌تر فرضیه مطرح شده این بود که شناخت‌درمانی بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در بعد ناتوانی در کنترل عاطفی تأثیر دارد. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین مشکلات مربوط به ناتوانی در کنترل عاطفی افراد نمونه پس از مداخله‌ی درمانی به طور معنی‌داری کاهش یافته و لذا می‌توان گفت که شناخت‌درمانی بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در بعد ناتوانی در کنترل عاطفی تأثیر معنی‌داری داشته است ($P<.01$). این نتایج هم‌سو با یافته‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۰)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۱)، و توانگر و همکاران (۱۳۸۱) بود. می‌توان نتایج پژوهش مبنی بر تأثیر معنی‌دار شناخت‌درمانی در کاهش ناتوانی در کنترل عاطفی را این‌گونه تبیین نمود:

یکی از دستاوردهایی که شناخت‌درمانگران می‌توانند توجه مراجعین را به آن جلب نمایند، این است که دنیای پیرامون آدمیان بسیار زیباتر، آرام‌تر و ایمن‌تر می‌گردد اگر افراد بتوانند نگرش مثبتی نسبت به خود و



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

محیط پیرامون‌شان داشته باشند. رویکرد شناختی فرد را متوجه این نکته می‌سازد که اتفاقات تلخ ممکن است در گذشته‌ی هر کسی رخ داده باشد، اما چیزی که می‌تواند باعث تمییز افراد آرام با افراد پریشان گردد، چگونگی کنارآمدن با این خاطرات است. شناخت‌درمانی همچنین نشان می‌دهد که اتفاقاتی که در گذشته روی داده‌اند، لزوماً به این معنا نیست که در آینده نیز اتفاق می‌افتند؛ پس می‌توان آرام بود و بیهوده نگران رخ دادن حوادث تلخ نبود. طبیعی است چنانچه افراد از این دریچه به زندگی نگاه کنند، احساس امنیت خاطر بیشتری خواهند داشت و بی‌مورد دچار مشکلاتی همچون بی‌خوابی، پریدن از خواب، عصبی شدن، یا ترس از صداهای غیرقابل پیش‌بینی نمی‌شوند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۱ و قهاری، ۱۳۸۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که جلسات شناخت‌درمانی توانسته است نقش مؤثری در کاهش مشکلاتی از قبیل بی‌حوصلگی، مشکل در تمرکز کردن بر روی فعالیت‌ها، احساس درک نشدن از سوی اطرافیان، از دست دادن خونسردی و عصبی شدن از امور جزئی، ترس از امیال، ترس از صداهای غیرقابل پیش‌بینی، و ترس از خوابیدن در شب داشته باشد. یکی دیگر از دلایلی که می‌توان در تبیین این نتایج مدنظر قرار داد این است که شناخت‌درمانی بیش از هر چیز درصدد این است که افراد بتوانند احساسات نهفته خود را شناخته، این احساسات را ارزیابی نموده و آن‌دسته از احساساتی را که به آرامش آدمی آسیب می‌رسانند، حذف کنند. از سوی دیگر یکی از عوامل مهم ناتوانی در کنترل عاطفی، عدم درک صحیح احساسات است. بنابراین به نظر می‌رسد شناخت‌درمانی توانسته است به آشکارسازی و ارزیابی منطقی احساسات افراد کمک نموده، موجب ارتقای توانایی‌های آن‌ها در کنترل عواطف خود گردد.

آخرین فرضیه‌ای که در این بخش از پژوهش مورد مطالعه قرار گرفت، به بررسی تأثیر شناخت‌درمانی بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در بعد فقدان و افسردگی می‌پرداخت. نتایج بررسی این فرضیه نشان داد که میانگین افسردگی افراد نمونه پس از مداخله‌های درمانی در مقایسه با میزان افسردگی آنها قبل از حضور در جلسات شناخت‌درمانی، به‌طور معنی‌داری کاهش‌یافته بود ($P<.01$). به بیان دیگر می‌توان گفت که شناخت‌درمانی تأثیر معنی‌داری بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در بعد فقدان و افسردگی داشته است. این نتایج با یافته‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۰)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۱)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۷)، حمیدپور (۱۳۸۶)، اسمیت و همکاران (۲۰۰۷) هم‌سو بود. به عنوان ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۷)، نشان دادند که روش‌های شناخت‌درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال افسرده‌خویی و اصلاح باورهای شناختی مؤثر هستند. به عنوان نمونه‌ای دیگر، می‌توان به نتایج پژوهش حمیدپور (۱۳۸۶) اشاره نمود که نشان داد شناخت



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

درمانی، در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت افسرده‌خویی مؤثر بوده است.

در تبیین نتایج پژوهش مبنی بر نقش معنی‌دار شناخت‌درمانی در کاهش اختلال استرس پس از سانحه در بعد فقدان و افسردگی می‌توان گفت که بروز افسردگی در افراد می‌تواند معلول عوامل بسیاری باشد؛ آن‌چه در این نوشتار مورد بحث است نه شناسایی عوامل مؤثر بر افسردگی بلکه تأکید بر این نکته است که بسیاری اختلالات روانی دیگر در نهایت می‌توانند منجر به افسردگی شدید گردند. به عنوان نمونه در زمینه اختلال استرس پس از سانحه، می‌توان این‌گونه استنباط نمود که مؤلفه‌های دیگری هم‌چون خاطرات رخنه کننده، مشکل در ارتباطات میان‌فردی و ناتوانی در کنترل عاطفی اگرچه می‌توانند منبعث از افسردگی افراد باشند، اما در عین حال، باعث افزایش احساس فقدان و افسردگی نیز می‌شوند. بنابراین چنان‌چه با در نظر گرفتن تمهیداتی، بتوان مشکلات افراد در زمینه کنترل عاطفی، روابط میان‌فردی را تقلیل داد، احتمالاً می‌توان که افسردگی آنان نیز کاهش یابد. با این رویکرد می‌توان این‌گونه استدلال نمود تأثیر معنی‌دار شناخت‌درمانی در کاهش مشکلات مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه در ابعاد خاطرات رخنه‌کننده، ناتوانی در ارتباطات بین‌فردی و فقدان کنترل عاطفی، احتمالاً در نهایت منجر به کاهش افسردگی این افراد نیز شده است (صادقی و همکاران (۱۳۹۰، خسروپور و همکاران (۱۳۸۹، کاظمی و همکاران (۱۳۹۱، اصلانی و همکاران (۱۳۸۶، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۷، حمیدپور (۱۳۸۶، بیابانگرد، ۱۳۸۱).

## نتیجه‌گیری

نتایج بررسی فرضیه اصلی نیز نشان داد که شناخت‌درمانی بر درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه‌ی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بنیاد شهید شهر سنندج تأثیر معنی‌داری داشته است.

بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی شناخت درمانی و سایر روش‌های درمان بر کاهش اختلال استرس پس از سانحه پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود تعداد و زمان جلسات مشاوره افزایش یابد، اگرچه این امر وقت‌گیر و پر هزینه خواهد بود، اما در بلند مدت باعث کاهش هزینه‌های ناشی از خسارت‌های اختلال استرس پس.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

Ahmadi, Kh. RshadatJoo, Mahmoud. Karimi, G. (2011). The prevalence of PTSD in Veterans of victims. Medical Journal Oromia 21 (1): 1-9.

Aslani, Mehri. Hashemian, K. LotfiKashani, Farah. Mirzayi, J. (2009). The effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with chronic posttraumatic stress disorder caused by the war. Journal of Applied Psychology, 1 (3): 6-17.

Abolqasemi Abbas. Gholami, Hossein. Narimani, Ganji, M. (2010). Comparison of Teasdale and Beck's cognitive therapy in reducing depressive symptoms in depressed patients used and modified metacognitive beliefs. Psychological Research Journal, 21: 26-11.

Biabangard, Ismail (2003). Meta-analysis of cognitive-newsletter in Cognitive Science, 4 (4), 1-8.

Encyclopedia of growth (2012). Available in: httpa: //daneshnameh.roshd.ir

Ghahari, SH. (2011). The challenge of cognitive skills. Tehran: GhatrePress.

Hamidpour, H. (2008). Assess the efficiency and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in the treatment and prevention of recurrences dysthymic. Journal of Psychological Health, 1 (1), 25-36.

HnasabzadhEsfahani, Mary. YakaYazdanDoost, R. Gharaie, B andNejadFarid, AA (2010). Mindfulness-based cognitive performance Preliminary Study Guide (MBCT) for depressed patients with suicidal thoughts: a case report. Journal of Clinical Psychology, 1 (1): 35-45.

Khosropour, Farshid. Abrahymynzhad, Gh. Bnyasdy, Hassan. Faryab, M. (2011). Compare false memory in patients with post-traumatic stress disorder, according to the type of psychological treatment. Journal of Kerman University of Medical Sciences, 17 (2), 154-160

Kazemi, M. Bnyjmaly, Shkvhalsadat. Ahadi, Hassan. Farouki, Nur Ali (2013). Evaluate the effectiveness of teaching strategies, cognitive - behavioral symptoms of post-traumatic stress disorder secondary (STSD) and psychological problems caused by the spouses of veterans with chronic PTSD. Medical Science Journal of Islamic Azad University, 22 (2):122-129.

Kubany, Edward S. Hill, Elizabeth E. Owens, Julie A. Lannce-Spencer, Cindy. McCaig, Mari A. Tremayne, Ken J Williams, Paulette L (2004). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women with PTSD (CTT-BW). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72 (1): 3-18.

Leahy, Robert (2011). Cognitive Therapy Techniques (Practical Guide for Clinicians). Translator by Hamidpour and Zaharaandooz,. Mighty Press, second edition.

Moradi, AR. Salimi, Maliha. Fathi-Ashtiani, A. (2011). Memory performance of patients with post-traumatic stress disorder caused by the war. Journal of Behavioral Sciences, 4 (4):269-276

Mandani, Batool. Rostami, HR, Rostami. Hosseini, MS (2013). Health related quality of life compared to inpatient and outpatient veterans with posttraumatic stress disorder. Journal - Veteran Medical Research, 4 (16):35-42.

Natqyan, S. Mollahzadeh, J. Goudarzi, MA. Rahimi, Genghis. (2009). Forgiveness and marital satisfaction in men with post-traumatic stress disorder caused by the war and their spouses. Journal of Mental Health, 10 (37): 33-46..

Nezu,A.M, Nezu, M. Chris,T. Perri, G. (1990). Psychotherapy for adults with a problem- solving farm work: focus on depression journals of cognitive psychotherapy: an international quarterly, (4) 3.

Rashti, Sarah. Golshekoohe, F. (2011). Related to domestic violence, physical - mental and sexual with PTSD. New findings in Psychology, 5 (15):105-114.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]

Seidler, Guenter H. Wagner, Frank E (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. Psychological Medicine, 36 (11): 1-8.

Scolt, J. Wiliams, M. Beck-A (1989). Cognitive Therapy Clinical Practice. England: Root Ladye Press.

Smith, Patrick. Yule, William. Perrin, Sean. Tranah, Troy. Dalgleish, Tim. Clark, David M (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD in Children and Adolescents: A Preliminary Randomized Controlled Trial. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, l 46 (8): 1051-1061.

Sadeghi, S. Qadri, Zahra. Jahed, .S (2012). Effectiveness of Gestalt therapy and cognitive therapy to improve the quality of their life. Armaghan ofknowledge Journal, 16 (66): 517-526.

Tavangar Ismail (2003). Meta-analysis of cognitive-newsletter in Cognitive Science, 4 (4), 1-8.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.6.5 ]