

## Comparison of the Effectiveness of Prolonged Exposure Therapy and its Combination with Dialectical Behavior Therapy on the Improvement of Post-Traumatic Growth of Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder

Eyni, \*S.

### Abstract

**Introduction:** Prolonged exposure (PE) therapy is the first line of treatment for PTSD in veterans and military personnel; However, PE may not meet the preferences of many patients with PTSD. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of prolonged exposure therapy and DBT-PE combined treatment protocol on improving the post-traumatic growth of veterans with PTSD.

**Method:** The research method was a pre-test-post-test experiment with a control group along with a follow-up period. The statistical population of the study consisted of all veterans with PTSD who referred to Isar Psychiatric Hospital in Ardabil in 2022. The research sample included 60 veterans with PTSD who were selected as a purposeful sampling. In order to collect data, the post-traumatic growth questionnaire was used. The first experimental group received prolonged exposure therapy (10 sessions of 90 minutes), and the second experimental group received integrated therapy for post-traumatic stress disorder (16 sessions of 90 to 120 minutes). The data were analyzed using mixed analysis of variance and Bonferroni's post hoc test.

**Results:** The findings of the results showed that exposure therapy and its combination with dialectical behavior therapy were effective in improving post-traumatic growth of veterans with PTSD ( $P < 0.01$ ); However, the effect of combined treatment was greater than other intervention ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Therefore, using these results, it is possible to suggest the use of exposure therapy methods and its combination with dialectical behavior therapy as effective methods in improving psychological symptoms related to post-traumatic stress disorder in veterans, along with medical treatments.

**Keywords:** veteran, post-traumatic growth, exposure therapy, dialectical behavior therapy.

## مقایسه اثربخشی مواجهه‌درمانی طولانی مدت و تلفیق آن با رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود رشد پس از آسیب جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس

از سانحه

ساناز عینی<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۰۶

### چکیده

**مقدمه:** مواجهه‌درمانی طولانی مدت (PE) خط اول درمان برای اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان و نیروهای نظامی است؛ با این حال، PE ممکن است با ترجیحات بسیاری از بیماران مبتلا به PTSD مطابقت نداشته باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مواجهه‌درمانی طولانی مدت و پروتکل درمان تلفیقی DBT-PE بر بهبود رشد پس از آسیب جانبازان مبتلا به PTSD انجام گرفت.

**روش:** روش پژوهش، آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دوره‌ی پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه جانبازان مبتلا به PTSD مراجعه‌کننده به بیمارستان روان پزشکی ایثار اردبیل در سال ۱۴۰۱ تشکیل داد. نمونه پژوهش شامل ۶۰ جانباز مبتلا به PTSD بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه رشد و تحول پس از رخداد آسیب‌زا استفاده شد. گروه آزمایشی اول مواجهه‌درمانی طولانی مدت (۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای) و گروه آزمایشی دوم درمان تلفیقی برای اختلال استرس پس از سانحه (۱۶ جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای) دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌های نتایج نشان داد مواجهه‌درمانی و تلفیق آن با رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود رشد پس از آسیب جانبازان مبتلا به PTSD تأثیرگذار بودند ( $P < 0.01$ )؛ با این حال، تأثیر درمان تلفیقی بیشتر از مداخله دیگر بود ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بنابراین، با استفاده از این نتایج می‌توان استفاده از روش‌های مواجهه‌درمانی و تلفیق آن با رفتار درمانی دیالکتیکی را به‌عنوان روش‌های مؤثر در بهبود علائم روانشناختی مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان در کنار درمان‌های پزشکی پیشنهاد نمود.

**واژه‌های کلیدی:** جانباز، رشد پس از آسیب، مواجهه‌درمانی، رفتار درمانی دیالکتیکی.

## مقدمه

آسیب‌های ناشی از جنگ، از گذشته به عنوان یک مسئله مهم برای تمامی جوامع از جمله ایران بوده است. این آسیب‌ها شامل آسیب‌های جسمانی از جمله درد و آسیب‌های روانشناختی به ویژه اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> (PTSD) که در درصد بالایی از افراد دارای تجربه جنگ بوده‌اند، رخ می‌دهد؛ این آسیب‌ها اثرات نامطلوبی بر زندگی شخصی و خانوادگی، شغلی و اجتماعی افراد گذاشته و زندگی آن‌ها را از روند طبیعی خود خارج کرده و باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌گردد(۱). جنگ عراق علیه ایران نیز به صدمات جبران ناپذیر اقتصادی، فیزیکی و روانی منجر شده است، نمونه‌هایی از صدمات روانشناختی آن شامل تهدید سلامت روان و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است(۲). اختلال استرس پس از سانحه اختلالی است که اغلب پس از مشاهده یا تجربه یک رویداد آسیب‌زا باعث احساس ترس، بی‌نظمی، درماندگی، یا وحشت در فرد می‌شود(۳). این اختلال، شامل سه دسته علائم پیچیده، مزمن و منحصربه‌فرد است؛ این علائم عبارتند از، ۱. تجربه مجدد خاطرات مربوط به آسیب، ۲. اجتناب از موقعیت‌های یادآور آسیب، ۳. کرختی هیجانی و بیش‌انگیزگی، مانند تحریک‌پذیری، کاهش تمرکز و واکنش‌های اغراق‌آمیز(۴). مطالعات انجام شده در حیطه بالینی جهت بررسی آثار درازمدت جنگ بر وضعیت روانی - اجتماعی جانبازان نشان داده است که گذشت زمان، افزایش سن و فقدان درمان جامع می‌تواند موجب تشدید علائم و مشکلات این افراد شود(۵). شیوع این بیماری در جمعیت عمومی، ۱ تا ۹ درصد تخمین زده شده است(۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ۵۱ درصد جانبازان دچار PTSD هستند که شدت علائم آن از خفیف تا بسیار شدید متغیر است(۱).

نتایج مطالعات پژوهشی نشان داده است که رویدادهای تحریک‌کننده استرس، به طور یکسان بر همه قربانیان تأثیر نمی‌گذارد؛ برخی در نتیجه تجربه بالغ می‌شوند و چشم‌انداز مثبت‌تری را شکل می‌دهند(۶). تعدادی از پژوهش‌ها تغییرات روانشناختی مثبتی را از جمله رشد پس از آسیب<sup>۲</sup> (PTG) بعد از تجربه وقایع ناخوشایند همچون بیماری،

جنگ و بلای طبیعی در افراد گزارش داده‌اند(۷). بنابراین، از پیامدهای مثبت PTSD در جانبازان می‌تواند بروز فرآیند رشد پس از آسیب باشد که در جریان آن فرد به کمک توانایی‌ها و امکانات خود اقدام به بازسازی ذهنی و روانی خود در راستای بازگشت به شرایط ایده‌آل می‌نماید(۸). انجمن روانشناسی استرالیا، تروما را به عنوان یک رویداد بسیار ترسناک یا ناراحت‌کننده تعریف می‌کند که منجر به "زخم یا آسیب روانی" می‌شود. ولی در مفهوم رشد پس از آسیب، تروما به عنوان یک رویداد تغییر دهنده زندگی بسیار استرس‌زا و چالش برانگیز تعریف می‌گردد(۹). همانطور که توسط سازمان ملل<sup>۳</sup> در چارچوب سندای<sup>۴</sup> برای کاهش خطر بحران ۲۰۱۵-۲۰۳۰ پیشنهاد شده است، PTG انرژی لازم را برای پیشرفت بهتر را فراهم می‌کند. رشد پس از آسیب سطح عملکرد قبل از تروما را تقویت می‌کند، زمینه‌های رشد روانی که ممکن است بعد از تروما تجربه شود شامل:

۱. ارتباط با دیگران به معنای گسترش روابط و صمیمیت بیشتر با افراد است؛ ۲. امکانات جدید که اشاره به یک مسیر جدید یا فرصت‌های جدید دارد؛ ۳. قدرت شخصی که اشاره به افزایش قدرت درونی و اتکا به خود در شرایط سختی دارد؛ ۴. تغییرات معنوی که به درک تجارب و اعتقادات معنوی اشاره می‌کند؛ ۵. قدردانی از زندگی که به این اشاره دارد فرد به ارزش زندگی پی می‌برد؛ می‌باشد(۹). جانبازان مبتلا به PTSD با رشد پس از آسیب، از عملکرد ذهنی و سلامت عمومی بهتری نسبت به جانبازان بدون PTSD برخوردارند(۱۰). در واقع، شدت علائم PTSD، به ویژه تجربه مجدد و علائم اجتنابی، PTG بالاتری را پیش‌بینی می‌کند(۱۱). نتایج پژوهش گرینبرگ و همکاران(۱۲) نشان داد که در میان جانبازان جنگ، میزان پیشرفت و شدت علائم PTSD در طول زندگی، به ویژه تجربه مجدد علائم، با فرآیند رشد پس از آسیب مرتبط است؛ همچنین PTG با عملکرد ذهنی و کیفیت زندگی بهتر همراه است.

3. United Nations

4. Sendai Framework

5. Prolonged Exposure (PE)

1. post-traumatic stress disorder (PTSD)

2. Posttraumatic Growth (PTG)

تعداد نسبتاً کمی از بیماران PTSD برای این نوع درمان‌ها مناسب تلقی شده و این درمان‌ها را دریافت می‌کنند. پروتکل تلفیقی مواجهه‌درمانی طولانی مدت و رفتار درمانی دیالکتیکی<sup>۱</sup> (DBT-PE) برای گسترش دامنه‌ی EBPs برای PTSD در بیماران با افکار خودکشی و بیماری‌های همبود شدید گسترش یافته است (۱۸). باتوجه به اینکه DBT به تنهایی مستقیماً به تجارب تروماتیک یا علائم مرتبط با PTSD نمی‌پردازد؛ اجرای یک درمان مبتنی بر شواهد متمرکز بر تروما مانند مواجهه‌درمانی، در مقطعی از دوره درمان می‌تواند در دستیابی به دستاوردهای بالینی قابل توجه برای بیماران مبتلا به PTSD و یا سایر اختلالات تروماتیک حائز اهمیت باشد (۱۹). علاوه بر این، آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) می‌تواند برای بهبود تحمل پریشانی و ناراحتی اولیه در درمان مواجهه با تروما و تسهیل سطح مناسب مشارکت در مواجهه افراد بدون تشخیص BPD مؤثر باشد (۲۰). در درمان تلفیقی DBT-PE، رفتار درمانی دیالکتیکی پیش‌زمینه مورد نیاز یا "فاز ۱" برای درمان متمرکز بر تروما می‌باشد تا خطر آسیب به خود را ثابت نگه دارد و مهارت‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی را برای کنترل آشفتگی‌ها و ناراحتی‌های اولیه ناشی از تمرکز بر خاطرات تروما، ایجاد کند (۲۱). مطالعات موردی اولیه در حیطه اجرای DBT استاندارد شده در ترکیب با PE اصلاح شده به پژوهش‌های هارند و لینهان (۲۱) و واگنر و همکاران (۲۲) در مورد بیماران مبتلا به BPD بر می‌گردد. پروتکل DBT-PE برای گسترش دامنه روان درمانی‌های مبتنی بر شواهد برای PTSD ایجاد شده است؛ در واقع، پروتکل DBT-PE با هدف در دسترس قرار دادن درمان مؤثر PTSD برای بیماران با مشکلات شدید متعدد که در معرض خطر بالای خودکشی هستند، گسترش یافته است (۱۸) و اثربخشی آن در مورد مشکلات مرتبط با بدتنظیمی هیجان، اختلالات عملکردی، افسردگی، افکار خودکشی و احساس گسستگی در افراد چند تشخیصی مبتلا به PTSD ثابت شده است (۱۸، ۲۳، ۲۴). پژوهش اسماعیل و عبدالحمید (۲۵) نشان داد بیماران با علائم تروما که پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی با مواجهه طولانی مدت

استرس پس از سانحه در جانبازان و نیروهای نظامی است (۴). در واقع، PE یک درمان شناختی - رفتاری کنترل‌شده برای PTSD است که ریشه در نظریه پردازش هیجانی و درمان‌های مبتنی بر مواجهه دارد. در این نظریه فرض می‌شود که ضربه روحی و روانی ناشی از وقایع؛ در حافظه فرد به صورت یک ساختار ترس خاص نمایش داده می‌شود، که حتی بدون ارزیابی، ساختار ترس به سادگی فعال شده و موجب پریشانی شخص می‌گردد. در نتیجه موجب اجتناب شناختی و رفتاری می‌گردد که به صورت روشی برای کم شدن پریشانی می‌باشد. لذا، اجتناب و پیشگیری از پردازش ضربه، باعث تداوم علائم و نشانگان PTSD می‌شود. در این راستا، مواجهه درمانی طولانی مدت با انجام مواجهه‌های برنامه‌ریزی شده، برای مقابله با اجتناب از محرک‌های مرتبط با ضربه روانی، موجب تسهیل پردازش هیجانی و کاهش علائم ناشی از آن می‌گردد. PE با قراردادن مراجعان در موقعیت‌ها (مواجهه‌سازی واقعی) یا خاطرات (مواجهه‌سازی تخیلی) ترسناک اما ایمن، PTSD را درمان می‌کند (۱۴). پژوهش شاینر و همکاران (۱۵) نشان داد که فقط ۶/۸ درصد از جانبازان برای درمان PTSD، درمان پردازش شناختی یا PE را دریافت می‌کنند؛ در واقع، PE ممکن است با ترجیحات بسیاری از بیماران مبتلا به PTSD که با موانع لجستیک، هزینه‌های مالی، زمان‌های نامشخص و انگیزه‌های مختلط به چالش کشیده می‌شوند، مطابقت نداشته باشد. هوانگ و همکاران (۱۶) پژوهشی مروری با عنوان کارایی و پذیرش مواجهه‌درمانی در درمان اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان انجام دادند؛ نتایج نشان داد که مواجهه‌درمانی طولانی مدت موجب بهبود علائم افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شد و بیماران مبتلا به یک نوع تروما و آسیب ممکن است بهره بیشتری از مواجهه‌درمانی ببرند. پژوهش روسو و همکاران (۱۷) نشان داد مواجهه‌درمانی طولانی مدت نسبت به مشاوره حمایتی در افراد مبتلا به PTSD بهبود بیشتری را در مقیاس شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه فراهم می‌کند. با وجود اینکه تلاش‌های گسترده‌ای برای آموزش بالینگران در حیطه روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد (EBPs) برای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) انجام شده است،

1. Dialectical Behavior Therapy-Prolonged Exposure (DBT-PE)

2. Phase 1

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری این پژوهش را کلیه جانبازان مبتلا به PTSD مراجعه کننده به بیمارستان روان‌پریشی ایثار اردبیل در سال ۱۴۰۱ تشکیل داد (N= ۱۶۰). نمونه پژوهش شامل ۶۰ جانباز مبتلا به PTSD بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند، با توجه به پذیرش جانباز برای شرکت در پژوهش، در وهله اول و دارا بودن ملاک‌های ورود از میان جامعه آماری انتخاب شد. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G\*Power با آلفای ۰/۰۵ و توان ۸۰ درصدی ۴۰ نفر برآورد شد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۶۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود عبارت بود از: ۱) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه براساس DSM-5 در ارزیابی توسط روان‌پزشک و در مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات روانی DSM-5 در ارزیابی پژوهشگر؛ ۲) حداقل تحصیلات سیکل؛ ۳) دامنه سنی ۵۰ تا ۷۰ سال؛ ۴) عدم ابتلا به اختلالات مرتبط با سوءمصرف مواد؛ ۵) عدم وجود تشخیص‌های دیگر همراه با اختلال استرس پس از سانحه. ملاک‌های خروج عبارت بود از: ۱) عدم تمایل برای ادامه درمان؛ ۲) داشتن غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله؛ ۳) حضور در جلسات روان‌درمانی دیگر؛ ۴) وجود علائم سایکوتیک از جمله توهم و هذیان.

### ابزار

۱. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات روانی (SCID-5-CV) (DSM-5): این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته می‌باشد که فرست و همکاران (۳۰) برای تشخیص اختلالات روانی در DSM-5 تدوین کرده‌اند. تنها اختلالات موجود در SCIP-5-CV که در قالب طول عمر مورد ارزیابی قرار می‌گیرند شامل اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی I و II، طیف اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات سایکوتیک، اختلال پانیک و اختلال PTSD (۳۰). SCIP-5-CV در یک جلسه مدیریت شده و معمولاً بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه، بسته به میزان پیچیدگی در تاریخچه‌ی روان‌پریشی بیمار و قابلیت بیمار در توصیف سایکوپاتولوژی خود، به طول می‌انجامد. در مورد پایایی یا اعتبار SCID-5-CV اطلاعاتی در دسترس نیست؛ با این

دریافت کردند میزان کمتری از علائم آسیب‌روانی و شناخت‌های مرتبط با تروما را در مقایسه با بیماران گروه کنترل نشان دادند، لذا، مداخله‌ای مؤثر در کاهش علائم مرتبط با تروما است.

بی‌تردید پس از بروز بیماری، اساسی‌ترین مرحله انتخاب درمان مناسب و به موقع است که این مسأله در حوزه بیماری‌های وابسته به روان از یک سو به دلیل پیچیدگی رفتارهای انسان و از سوی دیگر به دلیل افزایش میزان اختلالات روانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) به عنوان نوعی درمان رفتاری نقش مهمی در کاهش خود آسیبی افراد دارد (۲۶). همچنین، مواجهه‌درمانی طولانی مدت (PE) نیز به عنوان درمان اصلی برای PTSD در جمعیت‌های نظامی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۷) و یکی از مؤثرترین درمان‌های مبتنی بر شواهد برای PTSD است (۲۸). با وجود اینکه تلاش‌های گسترده‌ای برای آموزش بالینگران در حیطه روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد (EBPs) برای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) انجام شده است، تعداد نسبتاً کمی از بیماران PTSD برای این نوع درمان‌ها مناسب تلقی شده و این درمان‌ها را دریافت می‌کنند. پروتکل تلفیقی مواجهه درمانی طولانی مدت و رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT-PE) برای گسترش دامنه‌ی EBPs برای PTSD در بیماران با افکار خودکشی و بیماری‌های همبود شدید گسترش یافته است (۱۸). مرور مطالعات گذشته نشان داد که تا به حال هیچ پژوهشی به‌طور مستقیم اثربخشی و تلفیق مواجهه‌درمانی طولانی مدت و رفتار درمانی دیالکتیکی را بر بهبود رشد پس از آسیب جانبازان مبتلا به PTSD مورد مطالعه قرار نداده است و اندک پژوهش‌های انجام شده در این زمینه مربوط به اثربخشی این درمان‌ها بر سایر علائم روانشناختی می‌باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی مواجهه‌درمانی طولانی مدت و درمان تلفیقی DBT-PE، از لحاظ بهبود رشد پس از آسیب در جانبازان مبتلا به PTSD انجام شد.

### روش

**طرح پژوهش:** روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دوره‌ی پیگیری ۲ ماهه بود.

در این پژوهش از دو شیوه مداخله استفاده شد:

۳. مواجهه‌درمانی طولانی مدت: گروه آزمایشی اول مواجهه‌درمانی طولانی مدت را براساس پروتکل درمانی فوآ و همکاران (۱۳) در ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. هدف اصلی PE، تسهیل پردازش هیجانی تروما از طریق رویارویی سیستماتیک با نشانه‌های مرتبط با تروماست. PE شامل سه مؤلفه‌ی اصلی است؛ آموزش روانی، مواجهه‌سازی تخیلی مکرر (در آن جانبازان خاطرات ترومایی خود را در یک زمینه درمانی و پردازش هیجانی مورد بازبینی قرار خواهند داد)، مواجهه‌سازی واقعی با موقعیت‌ها و مکان‌هایی که به دلیل ایجاد اضطراب از آن‌ها اجتناب می‌شود (۱۳).

۴. درمان تلفیقی DBT-PE: گروه آزمایشی دوم درمان تلفیقی برای اختلال استرس پس از سانحه (DBT-PE) که یک برنامه درمانی مدولار است برای ۱۶ جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. پروتکل درمانی DBT-PE براساس PE (۱۳)، خط اول درمان‌های مبتنی بر شواهد برای PTSD (۳۴) است و با DBT استاندارد (لینهان، ۱۹۹۳)، خط اول درمان مبتنی بر شواهد برای رفتارهای خودکشی (۳۵) و اختلال شخصیت مرزی ادغام می‌شود. این درمان یکپارچه از یک رویکرد مبتنی بر مرحله استفاده می‌کند که در آن مشکلات تهدیدکننده زندگی و سایر مشکلات با اولویت بالا با استفاده از DBT قبل از اضافه کردن پروتکل DBT-PE با هدف درمان PTSD مورد توجه قرار می‌گیرند (۱۸). به عبارت دیگر، رفتارهای تهدیدکننده زندگی مانند اقدام به خودکشی و رفتارهای مداخله‌کننده در درمان مانند گسستگی را جهت رفع مشکلات مربوط به کاهش کیفیت زندگی در اولویت قرار می‌دهد. DBT-PE شامل پنج مرحله است: (۱) اطلاعات آنامستیک جمع‌آوری شده، آموزش روانی ارائه و قرارداد درمانی امضاء می‌شود؛ (۲) اهداف درمان تعریف می‌شود، مقدمه‌ای بر ذهن‌آگاهی ارائه می‌شود، نگرانی‌های مربوط به مواجهه مورد توجه قرار می‌گیرد و درمانگر و بیمار یک مدل فردی از رشد و حفظ PTSD را ایجاد می‌کنند. علاوه بر این، مهارت‌های تحمل‌پیشانی از DBT برای پرداختن به رفتار مشکل‌ساز اجرا می‌شود؛ (۳) راهبردهای معمول برای فرار از عواطف آزاردهنده مرتبط با تروما در سطح رفتاری، شناختی و عاطفی (مانند آسیب به خود، گسستگی و احساس گناه) مشخص و مورد بررسی قرار

حال تعدادی از مطالعات پایایی پیشینه‌ی آن یعنی SCID-I را مورد بررسی قرار داده بودند. مطالعات مختلف حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (۳۰). شریفی و همکاران (۳۱) توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶) و توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ گزارش کردند؛ همچنین اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه‌ی فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند (۳۱). SCID-5-CV در ایران توسط شاملو (۱۳۹۶) ترجمه شده است.

۲. پرسشنامه رشد و تحول پس از رخداد آسیب‌زا: این پرسشنامه را تدسکی و کالهنون (۳۲) برای ارزیابی تغییرات خود ادراکی افراد، مرتبط با تجربه حوادث آسیب‌زا تهیه کردند. از این پرسشنامه برای اندازه‌گیری نتایج مثبت ناشی از تجربه یک رویداد منفی در زندگی استفاده می‌شود. آزمون از ۲۱ پرسش در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای با دامنه از صفر (من این تغییر را به عنوان نتیجه بحرانم نمی‌دانم)، ۱ (به میزان خیلی کمی به عنوان تأثیر رویداد استرس‌زا می‌دانم)؛ ۲ (میزان کمی)؛ ۳ (میزان متوسط)، ۴ (میزان زیاد) و ۵ (به میزان خیلی زیادی به عنوان نتیجه بحران می‌دانم) تشکیل شده است و شامل پنج زیرمقیاس: شیوه‌های جدید، روابط بین‌فردی، قدرت شخصی، درک ارزش زندگی و تغییرهای معنوی. نمرات مقیاس‌ها به وسیله جمع نمرات عبارات در هر عامل بدست می‌آید. ارزیابی اولیه نشان داد که مقیاس اعتبار قابل ملاحظه‌ای با همسانی درونی کل آزمون برابر با ضریب آلفای ۰/۹۰ و برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۶۷، ۰/۷۲ و ۰/۸۵ بوده است. اعتبار دو ماهه بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمد (۳۲). حسینلو و نامور (۳۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را در جانبازان مبتلا به PTSD شهر ساوه ۰/۸۵ گزارش کردند؛ برای بررسی روایی سازه نیز از روش تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی استفاده کردند. نتایج نشان داد پنج عامل استخراج شده (شیوه‌های جدید، روابط بین‌فردی، قدرت شخصی، درک ارزش زندگی و تغییرهای معنوی) ۷۹/۵۳ درصد کل واریانس متغیرها را تبیین می‌کند. در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برای نمره کلی رشد پس از آسیب محاسبه شد.

می‌گیرند؛ ۴) تکنیک‌های مبتنی بر مواجهه به کار برده می‌شوند. پروتکل مواجهه به بیمار اجازه می‌دهد تا شدت فعال‌سازی حافظه را کنترل کند و با استفاده از مهارت‌ها در طول جلسات مواجهه و تکالیف خانگی (مواجهه با کمک مهارت‌ها) بین زنده‌بودن خاطرات تروما با آگاهی از قرار

گرفتن در شرایط فعّای (غیرخطرناک) تعادل برقرار کند؛ ۵) درمان بر پذیرش رادیکالی حقایق مرتبط با تروما متمرکز است. یک جلسه تقویتی اضافی، شش هفته بعد از درمان نیز اعمال می‌شود.

### جدول ۱) خلاصه جلسات مواجهه‌درمانی طولانی مدت براساس پروتکل درمانی فوآ و همکاران (۲۰۱۹)

اهداف	جلسات
انجام پیش‌آزمون و بحث در خصوص برنامه درمانی، مؤلفه‌های درمان، دلایل اجتناب، آموزش اولیه بازآموزی تنفس و تکالیف خانگی	۱
مرور تکالیف، بحث در خصوص واکنش به تروما، منطق مواجهه واقعی و ساختن سلسله مراتب آن، ارایه مقیاس برآشفستگی ذهنی و تکالیف خانگی	۲
مرور تکالیف، توضیح منطق و فرآیند مواجهه تخیلی و ارایه آن و تکالیف خانگی	۳
مرور تکالیف، اجرا کردن مواجهه تخیلی و فرآیند آن، آموزش تنفس و تکالیف خانگی	۴
مرور تکالیف، اجرا کردن مواجهه تخیلی و بازبینی پردازش هیجانی و تکالیف خانگی	۵
مرور تکالیف، اجرا کردن مواجهه تخیلی و بازبینی پردازش هیجانی و تکالیف خانگی	۶
مرور تکالیف، انجام فن تن‌آرایی و بیان منطق مواجهه واقعی و تکالیف خانگی	۷
مرور تکالیف، آموزش مواجهه واقعی، ارایه تکالیف خانگی	۸
مرور تکالیف، بازسازی ذهنی و روانی، مواجهه واقعی، ارایه تکالیف خانگی	۹
مرور تکالیف، سنجش برآشفستگی ذهنی، مواجهه تخیلی درمورد کل آسیب و انجام پس‌آزمون	۱۰

### جدول ۲) خلاصه جلسات درمان تلفیقی DBT-PE براساس پروتکل درمانی هارند و همکاران (۲۰۲۱)

اهداف	جلسات
انجام پیش‌آزمون، بحث در مورد برنامه درمانی، اطلاعات آنامستیک جمع‌آوری شده، آموزش روانی ارائه و قرارداد درمانی امضاء می‌شود	۱ و ۲
اهداف درمان تعریف می‌شود، مقدمه‌ای بر ذهن‌آگاهی ارائه می‌شود، نگرانی‌های مربوط به مواجهه مورد توجه قرار می‌گیرد و درمانگر و بیمار یک مدل فردی از رشد و حفظ PTSD را ایجاد می‌کنند.	۳، ۴ و ۵
مهارت‌های تحمل پریشانی DBT برای پرداختن به رفتار مشکل‌ساز اجرا می‌شود	۶
راهبردهای معمول برای فرار از عواطف آزاردهنده مرتبط با تروما در سطح رفتاری، شناختی و عاطفی (مانند آسیب به خود، گسستگی و احساس گناه) مشخص و مورد بررسی قرار می‌گیرند	۷ و ۸
تکنیک‌های مبتنی بر مواجهه به کار برده می‌شوند. پروتکل مواجهه به بیمار اجازه می‌دهد تا شدت فعال‌سازی حافظه را کنترل کند و با استفاده از مهارت‌ها در طول جلسات مواجهه و تکالیف خانگی (مواجهه با کمک مهارت‌ها) بین زنده‌بودن خاطرات تروما با آگاهی از قرار گرفتن در شرایط فعّای (غیرخطرناک) تعادل برقرار کند؛	۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲
درمان بر پذیرش رادیکالی حقایق مرتبط با تروما متمرکز می‌شود و تکالیف خانگی در حیطه مواجهه ارائه می‌شود	۱۳ و ۱۴
مرور تکالیف، مواجهه واقعی و ارائه تکالیف در آن حیطه	۱۵
مرور تکالیف و انجام پس‌آزمون	۱۶

PTSD مورد مصاحبه‌ی ساختاریافته (SCID-5-CV) از سوی پژوهشگر قرار گرفت. بقیه‌ی ملاک‌های ورود نیز با ارجاع به پرونده‌ی روان‌پزشکی مورد بررسی قرار گرفت. جانبازانی که حائز ملاک‌های ورود بودند به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. بعد از جلب رضایت نمونه‌های پژوهش و تخصیص آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، قبل

**روند اجرای پژوهش:** بعد از کسب مجوز از واحد پژوهش بیمارستان ایثار جهت دسترسی به جانبازان بستری در بیمارستان، موضوع پژوهش در کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان مطرح شد و تأییدیه اخلاقی پژوهش اخذ شد. ابتدا برای بررسی برخی از ملاک‌های ورود، پس از تشخیص PTSD در ارزیابی توسط روان‌پزشک، جانبازان مبتلا به

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، نخست شاخص‌های توصیفی متغیرها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی محاسبه شد. سپس با توجه به فرضیه‌های مطالعه حاضر، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

#### یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایشی اول (PE)  $53/58 \pm 5/14$ ، گروه آزمایشی دوم (DBT-PE)  $53/42 \pm 5/12$  و گروه کنترل  $56/12 \pm 4/31$  بود. در گروه آزمایشی اول (PE) چهار نفر مجرد و ۱۶ نفر متأهل، در گروه آزمایشی دوم (DBT-PE) چهار نفر مجرد و ۱۶ نفر متأهل و در گروه کنترل دو نفر مجرد و ۱۸ نفر متأهل بودند. برای بررسی یکسان بودن گروه‌ها از نظر سن و تأهل از آزمون خی دو استفاده شد. با توجه به عدم معنی‌داری آماره بدست آمده نتیجه گرفته می‌شود که بین سن و وضعیت تأهل گروه‌ها تفاوتی وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات رشد پس از آسیب و زیرمقیاس‌های آن به تفکیک برای افراد گروه کنترل و گروه‌های آزمایش و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

از ارائه پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونه‌ی موردنظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و کم و کیف پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفتند و ارتباط لازم با آن‌ها برقرار شد. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از جانبازان برای شرکت در مداخله، پرسشنامه‌ی رشد و تحول پس از رخداد آسیب‌زا به آزمودنی‌ها ارائه شد تا به تکمیل آن‌ها اقدام کنند. این کار به صورت انفرادی انجام گرفت و در صورت بروز هرگونه ابهام در حین تکمیل پرسشنامه‌ها، راهنمایی‌های لازم در چارچوب نحوه‌ی اجرای پرسشنامه‌های مربوطه، به آزمودنی ارائه خواهد شد. گروه آزمایشی اول مواجهه‌درمانی طولانی مدت را به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایشی دوم درمان تلفیقی DBT-PE را به مدت ۱۶ جلسه‌ی ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. گروه کنترل نیز ملاقات‌هایی با آزمونگر داشتند، ولی درمان فعال و مشخصی روی آن‌ها اجرا نشد. با فاصله دو هفته پس از اتمام مداخلات، اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون (با همان پرسشنامه‌های به کاررفته در پیش‌آزمون) شد. در نهایت مجدداً افراد نمونه تحقیق بعد از یک دوره ۲ ماهه به پرسشنامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند.

جدول ۳) توصیف آماری نمرات رشد پس از آسیب به تفکیک گروه

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
نمره کل رشد پس از آسیب	کنترل	پیش‌آزمون	۴۸/۹۰	۱۰/۴۴	۰/۹۸	۰/۹۲۲
		پس‌آزمون	۵۰/۱۵	۹/۳۹	۰/۹۸	۰/۹۵۳
		پیگیری	۵۰/۸۰	۸/۲۵	۰/۹۷	۰/۷۹۸
	مواجهه‌درمانی طولانی مدت	پیش‌آزمون	۵۰/۵۵	۹/۹۳	۰/۹۰	۰/۰۴۸
		پس‌آزمون	۶۱/۴۵	۹/۸۹	۰/۸۷	۰/۰۱۱
		پیگیری	۵۷/۲۰	۹/۶۶	۰/۹۳	۰/۱۴۵
	درمان تلفیقی DBT-PE	پیش‌آزمون	۵۰/۷۰	۱۰/۲۲	۰/۹۱	۰/۰۵۱
		پس‌آزمون	۶۶/۵۵	۹/۵۷	۰/۹۶	۰/۵۴۴
		پیگیری	۶۰/۶۰	۹/۲۸	۰/۹۳	۰/۱۵۹

همچنین آماره شاپیرو-ویلک گروه آزمایش کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون رشد پس از آسیب و زیرمقیاس‌های آن معنادار نیست. بنابراین توزیع متغیر رشد پس از آسیب و زیرمقیاس‌های در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیگیری نرمال است ( $P > 0/05$ ).

همان‌طور که جدول ۳ ملاحظه می‌گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش‌آزمون نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه آزمایش، شاهد افزایش نمرات در مرحله پس‌آزمون، پیگیری نسبت به پیش‌آزمون هستیم. البته معنی‌داری این تفاوت‌ها نیاز به تحلیل آماری استنباطی دارد که در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

نمود ( $P > 0/05$ )؛ بنابراین توزیع متغیر رشد پس از آسیب در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال است. همچنین، برای بررسی همگنی واریانس متغیر رشد پس از آسیب از آزمون لوین استفاده شد؛ با توجه عدم معناداری ( $P > 0/05$ ) مفروضه همگنی واریانس‌ها، برقرار بود. برای بررسی فرض همگنی واریانس کوواریانس از آزمون کرویت استفاده گردید؛ با توجه معناداری آزمون موخلی ( $P < 0/05$ )، باید از سطح معناداری آزمون گرین-هاوس گیزر برای آزمون فرضیه استفاده کرد.

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثرات درون‌گروهی در متغیر رشد پس از آسیب

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)	۳۳۲۱/۶۸	۱/۷۷	۱۸۷۲/۹۹	۴۵۲/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۵۶
اثر تعامل زمان و گروه	۱۱۳۰/۴۹	۶	۱۸۸/۴۲	۵۱/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹
خطا	۵۵۸/۵۰	۱۴۳/۲۲	۳/۹۰			

معنادار است ( $P < 0/001$ ). که نشان می‌دهد تفاوت بین مراحل در سطوح گروه‌ها یکسان نیست. در ادامه با استفاده از آزمون بونفرونی به بررسی تفاوت بین دو درمان پرداخته شد.

به منظور مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی DBT-PE و مواجهه‌درمانی طولانی مدت از لحاظ بهبود رشد پس از آسیب در جانبازان مبتلا به PTSD از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون‌ها به همراه پیش‌فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است. به منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده گردید؛ مقدار آماره شاپیرو-ویلک متغیر رشد پس از آسیب در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار

همانطور که در جدول ۴ مشخص شده است، بین میزان متغیر رشد پس از آسیب در زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بر اساس نتایج جدول اثر تعاملی بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز

جدول ۵) نتایج آزمون بونفرونی جهت تعیین اختلاف بین میزان اثربخشی درمان تلفیقی DBT-PE و مواجهه‌درمانی طولانی مدت از لحاظ بهبود رشد پس از آسیب در جانبازان مبتلا به PTSD

متغیرها	گروه‌ها	اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
رشد پس از آسیب	کنترل	PE	۰/۷۴	۰/۰۰۱
		DBT-PE	۰/۷۴	۰/۰۰۱
	مواجهه‌درمانی طولانی مدت	DBT-PE	۰/۷۴	۰/۰۲۱

## بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان تلفیقی DBT-PE و مواجهه‌درمانی طولانی مدت بر بهبود رشد پس از آسیب جانبازان مبتلا به PTSD انجام شد. نتایج نشان داد که مواجهه‌درمانی طولانی مدت و تلفیق آن با رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود رشد پس از آسیب جانبازان مبتلا به PTSD تأثیرگذار بودند؛ با این حال، تأثیر درمان تلفیقی بیشتر از مداخله دیگر بود. نتایج نشان داد مواجهه‌درمانی طولانی مدت موجب بهبود رشد پس از آسیب در جانبازان مبتلا به PTSD شد. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های هوانگ و همکاران (۱۶)، روسو و

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد بین گروه کنترل و دو گروه آموزش درمان تلفیقی DBT-PE و مواجهه‌درمانی طولانی مدت از لحاظ بهبود رشد پس از آسیب در جانبازان مبتلا به PTSD تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). بدین معنی که درمان تلفیقی DBT-PE و مواجهه‌درمانی طولانی مدت باعث بهبود رشد پس از آسیب در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین با توجه به میزان اختلاف میانگین، بین دو گروه آزمایشی اختلاف معنی‌دار وجود داشت ( $P < 0/01$ )؛ و درمان تلفیقی DBT-PE تأثیر بیشتری از درمان دیگر بر بهبود رشد پس از آسیب داشت.



تلفیقی شامل قرار گرفتن در معرض خاطرات تروما و قرار گرفتن در شرایط مواجهه با موقعیت‌های اجتناب شده است (۲۳). درمان تلفیقی پتانسیل کاهش قابل توجه علائم اختلال استرس پس از سانحه و پیامدهای ثانویه مانند هیجان‌ات خاص مرتبط با آسیب و عدم پذیرش تروما را به همراه دارد (۲۲). درمان تلفیقی با پیشرفت‌های قابل توجهی در انواع پیامدهای ثانویه، از جمله گسستگی، احساس گناه مرتبط با تروما، شرم، اضطراب، افسردگی و سازگاری اجتماعی همراه است. بنابراین، به نظر می‌رسد این روش درمانی برای رسیدگی به طیف وسیعی از مشکلاتی که معمولاً با اختلال استرس پس از سانحه همراه هستند، مجهز باشد (۲۱). در درمان تلفیقی، بهبود در شدت تروما مشاهده می‌شود که با کاهش شناخت‌های ناسازگار پس از سانحه همراه است. در واقع، افزودن مواجهه‌درمانی به رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش بیشتر شدت اختلال استرس پس از سانحه، شناخت‌های پس از آسیب، واکنش‌های عاطفی و رفتاری ناکارآمد و مشکلات بین فردی می‌شود که سازگاری اجتماعی بیشتری را به همراه خواهد داشت (۳۹). در این روش درمانی، باورها و احساسات مرتبط با تجربیات آسیب‌زا مورد هدف قرار می‌گیرد، ارزیابی و پردازش می‌شوند و سبک‌های تفکر ناکارآمد و اجتناب هیجانی و رفتاری در ارتباط با آسیب بهبود می‌یابد.

نتایج نشان داد تفاوت معنادار بین دو روش درمانی وجود دارد که اثربخشی روش درمانی تلفیقی بیشتر از مواجهه‌درمانی بر بهبود رشد پس از آسیب در جانبازان مبتلا به PTSD بود. پژوهش مشابهی در این راستا انجام نشده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، روش درمانی تلفیقی، با مرحله تثبیت آغاز می‌شود که از رفتاردرمانی دیالکتیکی برای پرداختن به اهداف با اولویت بالاتر مانند رفتارهای تهدیدکننده و افزایش مهارت‌های رفتاری مانند تنظیم هیجان و تحمل پریشانی قبل از پیشرفت به مرحله درمانی متمرکز به تروما استفاده می‌شود که همراه با مواجهه‌درمانی است. راهبردهای کلیدی پروتکل درمانی تلفیقی شامل مواجهه با موقعیت‌های اجتناب شده اما ایمن و مواجهه خیالی با خاطرات تروما و به دنبال آن پردازش هیجان‌ات و باورهای مربوط به تروما است (۴۰). ترجیح درمان تلفیقی می‌تواند این باشد که درمان دیالکتیکی به اندازه کافی

همکاران (۱۷) همسو و شاینر و همکاران (۱۵) ناهمسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، مواجهه‌درمانی، کل زندگی بیمار را پوشش داده و شرح مفصلی از تجربیات آسیب‌زای گذشته ارائه می‌دهد، که می‌تواند به اثربخشی طولانی‌مدت کمک کند (۳۶). مواجهه طولانی با خاطرات ضربه روحی، ارتباط بین این خاطرات و واکنش‌های هیجانی منتج از آن‌ها را کم نموده و شخص را توانمند می‌سازد تا در مورد آنچه اتفاق افتاده است بدون آشفتگی تفکر و پردازش کند؛ از سویی، مواجهه‌درمانی می‌تواند موجب تغییرات شناختی شود، زیرا منجر به کاهش اضطراب و اجتناب مرتبط با خاطرات آسیب‌زا می‌شود و به فرآیندهای انطباق و جذب یاری می‌رساند. مواجهه با شرایطی که مورد اجتناب قرار می‌گیرند، الگوهای اجتناب را در هم شکسته و منجر به کاهش پاسخ‌دهی هیجانی به علائم محیطی مرتبط با آسیب می‌شود (۳۷). تأثیر مواجهه‌درمانی در رشد پس از آسیب می‌تواند فعال‌سازی ترس باشد تا بیمار به شکل ارادی توسط مواجهه واقعی یا تجسمی و قرار دادن اطلاعات جدید، با افکار و یادآورنده‌های رخداد آسیب‌زا مقابله کند. اجتناب از خاطرات و یادآورنده‌های مرتبط با رخداد آسیب‌زا توسط فرآیند تقویت منفی تداوم می‌یابد، در واقع، این فرآیند موجب کاهش اضطراب در کوتاه‌مدت شده اما اجتناب در بلندمدت مانع پردازش هیجانی می‌شود. مواجهه با خاطرات و یادآورنده‌های رویداد آسیب‌زا، تقویت‌کننده‌های منفی اجتناب شناختی و رفتاری مسدود شده است که در نتیجه آن عوامل تداوم‌بخش نشانه‌های اختلال و اضطراب، کاهش می‌یابد (۳۸). از لحاظ بالینی، مواجهه طولانی‌مدت توسط در معرض قرار گرفتن مکرر و برنامه‌ریزی شده، پردازش هیجانی را تسهیل نموده و موجب کاهش علائم بالینی می‌شود (۲۷). لذا، قرار گرفتن طولانی مدت در شرایطی که منجر به ایجاد پاسخ به تروما و آسیب می‌شود، معمولاً موجب افزایش پریشانی موقت و عادت تدریجی به محرک‌ها و کاهش پریشانی‌های مرتبط با ضربه آسیب‌زا می‌شود.

نتایج نشان داد پروتکل درمان تلفیقی DBT-PE موجب بهبود رشد پس از آسیب در جانبازان مبتلا به PTSD شد. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش اسماعیل و عبدالحمید (۲۵) و هارند و همکاران (۱۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، اجزای اصلی درمان

پس از سانحه در جانبازان در کنار درمان‌های پزشکی پیشنهاد نمود.

عدم کنترل متغیرهایی مانند درمان دارویی هم‌زمان، عدم بررسی تمام رویدادهای مرتبط با تاریخچه ترومای ایجادکننده علائم PTSD، مدت و شدت ابتلا به اختلال، تعداد دفعات آسیب به خود و روش و جدیت آن از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده، درمان دارویی هم‌زمان، تاریخچه تروما، مدت و شدت ابتلا به اختلال، دفعات و روش آسیب به خود، بیماری‌های همراه اختلال PTSD با تمرکز بر متغیرهای پژوهش نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی ارتباط با صنعت و جامعه دانشگاه کردستان می‌باشد. در پایان از تمامی جانبازان شرکت‌کننده در پژوهش و کارکنان بیمارستان ایثار که در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند کمال تشکر را می‌نماید.

#### منابع

1. Basharpour S, Einy S. The effectiveness of mentalization-based therapy on emotional dysregulation and impulsivity in veterans with post-traumatic stress disorder. *Shefaye Khatam*. 2020; 8(3):10-9. [Persian]
2. Sadeghi Z, Noghani F, Larigani T, Ghafarzadeh M. The relationship between daily spiritual experiences and perceived stress with self-efficacy of wives of veterans suffering post-traumatic stress disorder in Golestan province. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2021; 8(1): 55-62.
3. Williams C, Milanak M, Judah M, Berenbaum H. The association between PTSD and facial affect recognition. *Psychiatry Research*. 2018; 265: 298-302.
4. American Psychiatric Association D-TF. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ ed. t, editor. Inc: American Psychiatric Publishing; 2013.*
5. Henkelmann J, de Best S, Deckers C, Jensen K, Shahab M, Elzinga B, et al. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2020;6(4):e68.
6. Yuan G, Goh PH, Xu W, An Y. Perceived social support mediates the relations between parental attachment and posttraumatic growth and resilience in adolescents following the Yancheng Tornado. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2018; 27(6): 631-44.
7. Cormio C, Muzzatti B, Romito F, Mattioli V, Annunziata MA. Posttraumatic growth and cancer: a

به اختلال استرس پس از سانحه توجه نمی‌کند و در جستجوی موارد جدید است و مایل به دریافت اجزای متمرکز بر تروما در مواجهه‌درمانی می‌باشد. از سویی، استفاده از مواجهه‌درمانی زمانی مؤثرتر خواهد بود که آسیب در گذشته باشد و ادامه نداشته باشد، لذا، در کار با بیماران این پژوهش که همچنان با آسیب درگیر هستند، می‌تواند تأثیرگذاری کمتری داشته باشد (۴۱). اما رویکرد مبتنی بر درمان تلفیقی، تمایل بیماران را به مشارکت در درمان افزایش می‌دهد (۲۳). از سویی، در درمان تلفیقی، یادگیری مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی آن‌ها را قادر می‌سازد تا چالش‌های درمان متمرکز بر آسیب را مدیریت کنند و راهی برای افزایش ایمنی و کاهش خطر رفتارهای خطرناک است و درمان متمرکز بر مواجهه به آن‌ها کمک می‌کند تا احساس کنند مهارت‌های لازم برای رسیدگی به آسیب را دارد (۳۹). در واقع، درمان تلفیقی، با فراهم آوردن کسب مهارت DBT برای دستیابی به کنترل رفتاری، هدف قرار دادن علائم PTSD از طریق مواجهه تجسمی و درون‌تنی و در نهایت بازگشت به درمان DBT تا هرگونه مسئله‌ای که از طریق PE مورد توجه قرار نگرفته، بررسی شود، به عنوان یک درمان جامع، می‌تواند بسیاری از مشکلات روانشناختی جانبازان مبتلا به PTSD را مورد توجه قرار دهد. البته تعداد جلسات درمان تلفیقی بیشتر از مواجهه‌درمانی طولانی مدت بود که می‌تواند اثربخشی بیشتر درمان تلفیقی را تا حدودی توجیه کند؛ منتها در مورد اثربخشی درمان تلفیقی، نکته حائز اهمیت جامع‌بودن درمان است که هم زمینه کسب مهارت‌های DBT را فراهم کرده و هم انواع مواجهه را شامل می‌شود و لذا نیازمند تعداد جلسات بیشتر خواهد بود. به‌طورکلی، با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت که مواجهه‌درمانی طولانی مدت به صورت مجزا و با تلفیق با رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب بهبود رشد پس از آسیب در جانبازان مبتلا به PTSD شدند. از سویی، تفاوت معنادار بین دو روش درمانی وجود داشت که روش درمانی تلفیقی نسبت به مواجهه‌درمانی تأثیر بیشتری در بهبود رشد پس از آسیب جانبازان مبتلا به PTSD داشت. بنابراین، با استفاده از این نتایج می‌توان استفاده از روش‌های درمانی مواجهه‌درمانی و تلفیق آن با رفتاردرمانی دیالکتیکی را به‌عنوان روش‌های مؤثر در بهبود علائم روانشناختی مرتبط با اختلال استرس

- treatment of PTSD. *Clinical Case Studies*. 2012;11(3):184-200.
21. Harned MS, Linehan MM. Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: Two case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2008;15(3):263-76.
  22. Wagner A, Rizvi S, Harned M. Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all. *J Trauma Stress*. 2007;20(4):391-400.
  23. Harned M, Korslund K, Linehan M. A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*. 2014;55:7-17.
  24. Meyers L, Voller E, McCallum E, Thuras P, Shallcross S, Velasquez T, et al. Treating veterans with PTSD and borderline personality symptoms in a 12-week intensive outpatient setting: Findings from a pilot program. *J Trauma Stress*. 2017;30(2):178-81.
  25. Esmail M, Abdelhamied M. Impact of dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol on trauma-related symptoms in Egyptian women with borderline personality disorder. *Eur Psychiatry*. 2022;65(S1):S746.
  26. Mehlum L, Ramleth R, Tørmoe A, Haga E, Diep L, Stanley B, et al. Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(10):1112-22.
  27. Bourassa K, Smolenski D, Edwards Stewart A, Campbell S, Reger G, Norr A. The impact of prolonged exposure therapy on social support and PTSD symptoms. *Journal Affect Disord*. 2020;260:410-7.
  28. Back S, Acierno R, Saraiya T, Harley B, Wangelin B, Jarnecke A, et al. Enhancing prolonged exposure therapy for PTSD using physiological biomarker-driven technology. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2022; 28:100940.
  29. Delavar A. *Research methods in psychology and educational sciences*. Tehran: Virayesh Publishing; 2017. [Persian]
  30. First M, Williams J, Karg R, Spitzer R. *Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders—Clinician Version (SCID-5-CV)*: American Psychiatric Association; 2016.
  31. Sharifi V, Asadi S, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and Feasibility of The Persian Version of The Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Sciences*. 2004;6(1and 2):10-22. [Persian]
  - study 5 years after treatment end. *Support Care Cancer*. 2017;25(4):1087-96.
  8. Tedeschi R, Calhoun L. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 2011;9:455-71.
  9. Tedeschi R, Shakespeare-Finch J, Taku K, Calhoun L. *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications* ed s, editor: Routledge; 2018.
  10. Tsai J, El-Gabalawy R, Sledge W, Southwick S, Pietrzak R. Post-traumatic growth among veterans in the USA: results from the national health and resilience in veterans study. *Psychol Med*. 2014;45(1):165-79.
  11. Tsai J, Pietrzak R. Trajectories of posttraumatic growth among US military veterans: a 4-year nationally representative, prospective cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;136(5):483-92.
  12. Greenberg J, Tsai J, Southwick S, Pietrzak R. Can military trauma promote psychological growth in combat veterans? Results from the national health and resilience in veterans study. *J Affect Disord*. 2021;282:732-9.
  13. Foa E, Hembree E, Rothbaum B, Rauch S. *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide* ed n, editor: Oxford University Press; 2019.
  14. Foa E, Hembree E, Rothbaum B. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences, Therapist Guide*. Ed, editor: Oxford: Oxford University Press; 2007.
  15. Shiner B, D'Avolio L, Nguyen T, Zayed M, Young-Xu Y, Desai R, et al. Measuring use of evidence based psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Adm Policy Ment Health*. 2013;40(4): 311-8.
  16. Huang T, Li H, Tan S, Xie S, Cheng Q, Xiang Y, et al. The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2022; 2(1): 1-12.
  17. Rossouw J, Yadin E, Alexander D, Seedat S. Long-term follow-up of a randomised controlled trial of prolonged exposure therapy and supportive counselling for post-traumatic stress disorder in adolescents: a task-shifted intervention. *Psychol Med*. 2022;52(6):1022-30.
  18. Harned M, Ritschel L, Schmidt S. Effects of workshop training in the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol on clinician beliefs, adoption, and perceived clinical outcomes. *J Trauma Stress*. 2021;34(2):427-39.
  19. Landes S, Garovoy N, Burkman K. Treating complex trauma among veterans: Three Sstage-based treatment models. *J Clin Psychol*. 2013;69(5):523-33.
  20. Frye L, Spates C. Prolonged exposure, mindfulness, and emotion regulation for the

32. Tedeschi R, Calhoun L. The post traumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996(3):455-71.
33. Hoseinlu A, Namvar H. Validity & Reliability of Post-Traumatic Growth Questionnaire in veterans by Post-Traumatic Stress Disorder in the City of Saveh. *J Psychometry*. 2020;9(33):63-77. [Persian]
34. Bisson J, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen T, Lewis C, et al. The international society for traumatic stress studies new guidelines for the prevention and treatment of PTSD: Methodology and development process. *Journal of Traumatic Stress*. 2019;32(4):475-83.
35. DeCou C, Comtois K, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behav Ther*. 2019;50(1):60-72.
36. Mørkved N, Hartmann K, Aarsheim L, Holen D, Milde A, Bomyea J, et al. A comparison of narrative exposure therapy and prolonged exposure therapy for PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(6):453-67.
37. Peterson A, Foa E, Resick P, Hoyt T, Straud C, Moore B, et al. A nonrandomized trial of prolonged exposure and cognitive processing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder in a deployed setting. *Behav Ther*. 2020;51(6):882-94.
38. Watkins L, Sprang K, Rothbaum B. Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions. *Front Behav Neurosci*. 2018;12:258.
39. Hundt N, Mott J, Miles S, Arney J, Culley J, Stanley M. Veterans' perspectives on initiating evidencebased psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma*. 2015;7(6):539-46.
40. Harned M, Schmidt S. Perspectives on a stage-based treatment for posttraumatic stress disorder among dialectical behavior therapy consumers in public mental health settings. *Community Ment Health J*. 2019;55(3):409-19.
41. Choi-Kain L, Wilks C, Ilagan G, Iliakis E. Dialectical behavior therapy for early life trauma. *Current Treatment Options in Psychiatry*. 2021;8:111-24.