

# مطالعه اثربخشی درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه

دکتر معصومه اسمعیلی<sup>۱</sup>

## چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه صورت گرفته است. به این منظور طی یک سال از بین مراجعان به مرکز مشاوره ۱۸ آزمودنی که تشخیص PTSD گرفته بودند و موافق شرکت در این نوع از درمان بوده و متعهد شرکت در تمام جلسات شدند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزاری که در این پژوهش بکار گرفته شد آزمون مصاحبه‌ی تشخیص (PTSD) بود. پس از انجام ده جلسه درمانی تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده به وسیله‌ی آزمون t نشان داد این روش درمانی با  $p < 0/000$  در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه موثر است.

کلید واژه: مرور زندگی، هستی‌گرایی اسلامی، اختلال استرس پس از سانحه.

## مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه یا PTSD، مجموعه نشانگانی است که پس از مشاهده، درگیر شدن، یا شنیدن یک عامل استرس‌زای بسیار شدید روی می‌دهد. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد و درعین حال که می‌کوشد از یادآوری آن اجتناب کند این واقعه را مکرراً در ذهن خود زنده می‌کند. این علائم بیش از یک ماه ادامه یافته و در زمینه‌های مهم زندگی اثر می‌گذارد. شدت استرس بوجودآورنده PTSD برای هرکس ممکن است شکننده باشد. این موارد ممکن است در جریان جنگ، شکنجه، سوانح طبیعی، تهاجم، تجاوز به عنف و تصادفات شدید یا آتش‌سوزی در ساختمان پدید آید. شخص سانحه را در خواب یا افکار روزانه تجربه می‌کند، از هر چیزی که ممکن است یادآور سانحه باشد می‌پرهیزد، و یک حالت انگیزش مفرط و عدم پاسخگویی و کرختی پیدا می‌کند. سایر علائم این اختلال را افسردگی، اضطراب و مشکلات شناختی مانند عدم تمرکز تشکیل می‌دهد.

قربانیان PTSD، به خاطر ماهیت مسئله‌ی خود، از نظر عاطفی و هیجانی از دیگران کناره می‌گیرند چنین ارتباطات ضعیفی در طول زمان حتی در بهترین شرایط، به فقدان اعتماد، امنیت، و احساس غمگینی مداوم، منجر می‌شود (فلانری<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴). لذا با توجه به شیوع زیاد این مسئله و آثار گسترده‌ی آن بررسی درمانهای مؤثر در این زمینه ضروری بنظر می‌رسد.

الگوهای درمانی متعددی برای درمان افراد مبتلا به PTSD طراحی و تجربه شده است (فوا<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). از جمله درمانهای مؤثر در کاهش علائم PTSD می‌توان از

---

1 . Flannery, R  
2 . Foa,E

درمانهای، شناختی (رسیک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲)، مدیریت واقعه‌ی بحرانی، حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (دویلی<sup>۲</sup>، اسپنس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹؛ سایدلر<sup>۴</sup>، واگنر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶)، گشتالتی (باومن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲) نام برد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد شخص در فرآیند تطابق و سازگاری مجدد، سازماندهی دوباره یا خود نظم‌بخشی به سیستم‌های شخصی، ارتباطی و یکپارچه‌سازی شناختی، عاطفی، رفتاری، و ارتباطی نیاز دارد. (کترهال<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴).

یکی از درمانهایی که با توجه به اهداف درمانی آن به نظر می‌رسد بتواند در جهت رفع مسائل ناشی از PTSD، مؤثر باشد، درمان مرور زندگی است. ریشه‌ی درمان مرور زندگی به نظریه‌ی رشدی اریکسون جایی که در مرحله‌ی هشتم فرد سعی می‌کند به یکپارچه‌سازی دست یابد برمی‌گردد. باتلر (۱۹۷۴) با ارائه‌ی چارچوبی برای انجام این وظیفه‌ی رشدی آن را هدفمندتر ساخته و شکل درمانی به آن بخشید (باتلر، ۱۹۷۴). او فرایندی که طی آن انسجام خود می‌تواند بدست آید را تحت عنوان مرور زندگی توصیف کرده است. در مرور زندگی، فرد تجربیات گذشته را فرا می‌خواند، به آن فکر می‌کند، آن را مورد بازنگری قرار می‌دهد و با هدف دستیابی به خودشناسی بیشتر در بحر آن فرو می‌رود.

هدف از مرور زندگی این است که به افراد در یکپارچه‌سازی موفقیت‌آمیز تجارب زندگی کمک شود و با خاصیت تغییر انطباقی این درمان، معنای جدید را به زندگی فرد وارد کند. فرد طی فرایند مرور زندگی با بازبینی تجارب زندگی و باز

---

1 . Resick,P,A  
2 . Devilly,Gj  
3 . Spence,Sh  
4 . Seidler,Ch  
5 . Wagner,Fe  
6 . Bowman,C  
7 . Catherall, D

تعریف و بازسازی شناختی حوادث زندگی، فهم و درک خویش از تاریخ زندگی شخصی‌اش را گسترش می‌دهد و این امر به طور مستقیم بر احساسات فرد تأثیر می‌گذارد، بنابراین وقوع مرور زندگی ذاتاً و فی‌نفسه یک فرایند درمانی همراه با تغییرات عاطفی، رفتاری و شناختی است که منجر به بینش و درک بیشتر از خود می‌شود. (ویس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

یاریگر در انجام فرایند مرور زندگی در حین فعالیت درمانی باید از دو عامل آگاهی داشته باشد اول: نوع محتوایی که بیان می‌شود و تغییر مثبتی که باید در آن ایجاد شود و دوم روابط بین‌فردی مشاور و مراجع که عاملی ضروری برای درمان مرور زندگی است. (هایت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱).

لکن وقوع مرور زندگی لزوماً به آسانی روی نمی‌دهد. همانطور که راجمن (۱۹۸۶) پیشنهاد کرد هرگاه حادثه ای تلخ و ناگوار روی می‌دهد، افراد باید در همان زمان و یا بعداً در طول زندگی به ارزیابی و جمع‌بندی آن رویداد اقدام کنند؛ اما به لحاظ ماهیت تلخ و بار عاطفی ناراحت‌کننده‌ی این حوادث، اغلب افراد از تلفیق و یکپارچه ساختن آنها خودداری می‌کنند که می‌توان آن را بازداری شناختی نامید و به این ترتیب فرد نیازمند یاریگری خواهد بود که او را در این جریان کمک کند. درمانگر در مرور زندگی موضوعاتی را مورد بررسی قرار می‌دهد که مراجع با توجه به تعارضات حل نشده، ایجاد احساس گناه، رنجش و تنفر ناشی از آن، در مرور آنها به تنهایی مشکل دارد. (باتلر<sup>۳</sup>، ۱۹۶۳).

هدف از درمان مرور زندگی؛ کاهش بازداری شناختی و افکار مزاحم و ناخواسته و پردازش عاطفی عواطف مربوط به حوادث منفی گذشته (باتلر و

1 . Weiss, J.C.

2 . Haight, B

3 . Butler, R

همکاران، ۱۹۷۴) و ایجاد موقعیتی است که طی آن مشاور و مراجع معانی جدیدتر و ساختاریافته‌تری را برای تجارب گذشته و حال مراجع خلق کرده و به مراجع در جمع بندی موفقیت آمیز تجارب زندگی اش کمک شود (باتلر، ۱۹۶۳). جنبه درمانی مرور زندگی از این لحاظ است که زنده شدن این تجارب و تعارضات، باعث ارزیابی مجدد و حل آنها و در نتیجه انسجام و یکپارچگی شخصیت می‌شود (نورمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷، به نقل از هالند<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷).

درمان مرور زندگی معمولاً دیدگاه روان پویایی مفهوم سازی می‌شود که طی آن مراجع به کمک درمانگر حوادث و تجارب را فراخوانی و منعکس می‌سازد. اما فونونی که طی درمان مرور زندگی استفاده می‌شود از رویکردهای گوناگون درمانی گرفته شده است. درمان مرور زندگی شامل تفسیرهای درمانگر و استفاده از آن، جهت پردازش شناختی و عاطفی تجارب مراجع است. به طور خاص وظیفه‌ی درمانگر اکتشاف هدایت شده تعارضات، تفاسیر همدلانه و تعبیر مثبت حوادث و بررسی خطاهای شناختی مراجع است که ممکن است به فرد در درک بهتر تجارب تلخ کمک کرده و خویشتن‌پذیری را در وی تسهیل نماید. (هرسک و موراتگلو، ۱۹۹۹).

رکر و چامبرلین (۲۰۰۰) اشاره می‌کنند که روند مرور زندگی ممکن است با نظریه هستی‌گرایی در هم تنیده باشد، زیرا این هر دو به سؤال‌هایی مشابه اشاره می‌کنند از جمله اینکه چگونه حوادث در زندگی من با فضای بزرگتر انطباق می‌یابد؟ مقصود زندگی من چیست؟ آیا در زندگی من معنا و مفهومی وجود دارد؟ برای رسیدن به چه ارزشی باید زندگی کرد و سختی‌ها را تحمل کرد (کندلر و ری<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰)؟

---

1 . Norman  
2 . Holland  
3 . Chandler & ray

کوئینگ و همکارانش معتقدند معنویت عبارت است از جستجو و مطالبه شخصی جهت درک و فهم پاسخ سئوالاتی درباره زندگی، معنا و ارتباط با نیروی متعالی، که ممکن است منجر به رشد آیین های مذهبی و رشد جامعه بشود یا نشود (موریرا آلمیدا،<sup>۱</sup> کوئینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). در بسیاری از تحقیقات رایج در ادبیات پژوهش معنویت را با استفاده از یک یا دو عنصر از عناصر زیر توصیف می کنند: شناخت و درک هدف حس پیوند- باخود، با دیگران، طبیعت یا «خداوند». جستجوی کمال و یکپارچگی. اعتقاد به جوهری عظیم تر و والاتر. برخی از سطوح تعالی، حسی که فراتر از زندگی عادی و مادی است و فعالیت ها یا مناسکی که به زندگی افراد معنا و ارزش می بخشد. زیربنای بسیاری از این تحقیقات این فرضیه است که فعالیت های فطری و درونی بشر تلاشی برای درک معنای خویش، دنیای اطرافش و برقرار کردن ارتباط با آن است (اوریلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ پاول<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲، وست، ۲۰۰۵).

پژوهش های زیادی نیز در مورد اثر مذهب بر سلامت روان انجام شده است و نتایج بیشتر آنها نشان دهنده اثر مثبت مذهب بر سازگاری، بهداشت روانی و کاهش نشانه های منفی بیماری بوده است (وینتروب و نس<sup>۵</sup>، ۱۹۸۰؛ به نقل از شهبازی، ۱۳۷۶). مالتبی<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) نشان داد که مراسم دعا اضطراب را کاهش می دهد. میتون (۱۹۹۸)، به نقل از بهرامی احسان) در گزارش پژوهشی خود نشان داد که حمایت معنوی ناشی از ارتباط با خدا، اثرات موقعیتهای اضطراب انگیز را کاهش داده و بصورت مثبتی برافسردگی، میزان سازگاری و حرمت خود اثر می گذارد.

سالسمن و همکاران (۲۰۰۵) رابطه مثبت بین مذهب و معنویت و سازگاری

---

1 . Moreia- Almeida  
2 . Koenig , H  
3 . O'Reilly.  
4 . Powell  
5 . Wintrob & Ness  
6 . Maltby

روانشناختی را نشان دادند. پژوهش‌های مربوط به اثربخشی باورهای دینی در مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی نیز بسیار زیاد است. اسمیت و مک‌کلو و پل<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) در پژوهشی فراتحلیلی بر ۱۴۷ پژوهش چاپ شده در مجله "بولتون روانشناسی"<sup>۲</sup> آمریکا دریافتند که میزان افسردگی در میان افرادی که گرایش به مذهب داشتند نسبت به افرادی که گرایش به مذهب نداشتند به مراتب کمتر بود.

آنو و واسکانسلوس<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) در پژوهشی فراتحلیلی بر روی ۴۹ تحقیق به این نتیجه دست یافتند که شیوه‌های مذهبی کنار آمدن با استرس همبستگی مثبتی با مقیاسهای روانشناختی چون رضایت از زندگی و شادی و همبستگی منفی با افسردگی و اضطراب داشت.

دسموند<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که رفتارهای مذهبی با میزان خودکنترلی بالایی در افراد همراه است.

مک‌کلو و ویلاگی<sup>۵</sup> (۲۰۰۹) در پژوهشی دریافتند که مذهب توانایی خودنظم‌بخشی و خودکنترلی را در افراد تقویت کرده و بر ارتقاء سلامت روانی و رفتارهای اجتماعی تاثیر مثبتی دارد.

از طرفی درمانهای ترکیبی زیادی از مداخلات مذهبی و روان‌درمانی‌های گوناگون مورد پژوهش قرار گرفته است از جمله درمانهای وجود‌گرا-انسانگرا (شافرانسک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰) روانپویشی (مارتینو همکاران<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹) شخص‌محور

- 
1. Smith, McCullough & Poll
  2. Psychological Bulletin
  3. Ano, G. G., & Vasconcelles
  4. Desmond
  5. McCullough and Willoughby
  6. Shafranske EP
  7. Martin JE, Booth J, Miller WR

(شافرانسک، ۲۰۰۰) عقلانی هیجانی (واتز<sup>۱</sup>)، درمانهای شناختی (نلسن و همکاران، ۲۰۰۱، پروپست<sup>۲</sup> و شافرانسک، ۱۹۹۶)، رجایی<sup>۳</sup> نیز (۲۰۱۰) تلفیق نظریه درمانی عاطفی شناختی با آموزه های مذهبی را در کاهش بحران هویت، افسردگی و اضطراب مؤثر گزارش کرد.

با وجود اینکه تلفیق آموزه ها و اصول مذهبی و شکل های مختلف درمانی در زمینه های اختلال پس ضربه ای مثل اضطراب و افسردگی صورت گرفته است اما تلفیقی بین درمان مرور زندگی و مؤلفه های مذهبی برای مبتلایان به P.T.S.D صورت نگرفته است با توجه به اطلاعات فوق و اینکه مراجعین شرکت کننده در این پژوهش در جامعه اسلامی زندگی می کردند برای معنی بخشی به حوادث و قطع تداعی های صورت گرفته و تثبیت شده طی زمان و رفع تمرکز صورت گرفته بر یک حادثه و تعمیق و ماندگاری اثرات درمان از بازآموزی هستی-گرایی اسلامی به عنوان تسهیلگر درمان و عنصر شناختی و حمایتی استفاده شد. الزتانی در سال ۱۹۹۳ اصول دیدگاه اسلام در مورد هستی را با استناد به آیات قرآن کریم این گونه مطرح می کند: تأثیر متقابل میان انسان و جهان، انسان برترین موجود جهان، نظم قانونمندی و غایتمندی در جهان، موازنه میان روح و ماده در موجودیت آدمی، حرکت و تغییر در جهان و اجزای آن، مخلوق بودن جهان و وجود در جهانی با صفات کمالیه بر آن، ودلالت جهان بر خالقش (باقری ۱۳۸۰).

الکیانی ۱۹۹۸ در چارچوب همین طرح به بحث از صورت های مطلوب رابطه انسان با خدا، جهان، انسان های دیگر، دنیا و آخرت پرداخته است. بر این اساس، رابطه انسان با خدا را عبودیت، رابطه انسان با جهان را بر تسخیر و تصرف، رابطه

1 . Watts RE

2 . Propst LR, Shafranske EP

3 . Rajaei, A



انسان با انسان را بر عدل و احسان، رابطه‌ی انسان و دنیا را بر ابتلا و رابطه‌ی انسان با آخرت را بر مسؤولیت و جزای اعمال مبتنی ساخته است (باقری ۱۳۸۰). دیدگاهی که فلسفه‌های الهی به انسان ارائه می‌دهد او را در جهت حاکمیت بر خود، یعنی آزادی معنوی هدایت می‌کند.

آکستین<sup>۱</sup> و کرن<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۲ در این باره می‌گویند آموزه‌های معنوی به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است که احساس عمیقی از وحدت و پیوند با کائنات را بوجود می‌آورد. (به نقل از اسمعیلی ۱۳۸۶).

افکار مثبت و ظرفیت مقاومت در مقابل سختی‌ها مؤلفه‌هایی هستند که با سلامت و مقاومت در برابر احساس فشار ارتباط دارند و در حقیقت تکیه‌گاه معنوی هستند که می‌توانند مانند سدی در مقابل احساس فشار عمل کرده و سلامت روانی، جسمانی و رضایت از زندگی و نشاط را بوجود آورد (اکستین و کرن، ۲۰۰۲). پتیسون<sup>۳</sup> و پتیسون<sup>۴</sup> در سال ۱۹۸۰ نشان داده‌اند که درمان مذهبی می‌تواند در احساس بهبودی خلق، آرامش، افزایش عزت نفس، افزایش قدرت تصمیم‌گیری موثر است (اسمعیلی، ۱۳۸۶). هرچند درمان مرور زندگی و تجدید خاطرات تا کنون بیشترین کاربرد را با سالمندان داشته است اما با توجه به اطلاعات فوق این مسئله برای پژوهشگر مطرح شد که آیا درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی می‌تواند در کاهش نشانگان اختلال پس از سانحه نیز مؤثر باشد؟

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناختی اسلامی بر کاهش نشانگان اختلال پس از سانحه است.

آنچه پژوهشگر تحت عنوان درمان مرور زندگی با تاکید بر عناصر هستی

---

1 . Eckstein. D  
2 . Kern. R  
3 . Pattison, M.I  
4 . Pattison, E.M

شناختی انجام داده، طرح درمانی است که براساس فرایند درمان مرور زندگی هایت و وبستر (۱۹۹۵) و ترکیب آن با عناصر هستی‌شناختی اسلامی در ۱۰ جلسه درمانی دو ساعته شکل گرفت. این برنامه‌ی درمانی عبارت بود از: دو جلسه بررسی حادثه‌ی تولد و خطرات طی شده در دوران کودکی و حوادث مربوط به آن با تاکید بر اصل هماهنگی و هدفمندی و آزمونگری در هستی<sup>۱</sup>. دو جلسه بررسی مشککترین حوادث پس از کودکی و آسیب‌های احتمالی و واقعی که پشت سر گذاشته شده با تاکید بر اصل رنج و رشد<sup>۲</sup>. دو جلسه ارزیابی حوادث رخ داده برای اطرافیان مراجع که او شاهد آن بوده با تاکید بر اصل مسؤلیت و توانمندی انسان برای مقاومت<sup>۳</sup>. دو جلسه بررسی حوادث مرتبط با انسانهای خاص و نمونه برای مراجع با تاکید بر اصل "نداوم اثرات وجودی انسان همراه با تداوم هستی تا پایان"<sup>۴</sup> و در دو جلسه نهایی بر خلاصه، ارزیابی و جمع بندی زندگی فرد با تاکید بر اصل انتخاب، تصمیم و عمل<sup>۵</sup> تمرکز شده است. طی هر ده جلسه تجربه‌ی خاص و دردآور مراجع مورد توجه و تفسیر قرار گرفته است. در تمام جلسات تلاش شده است مراجع به قواعد<sup>۶</sup> با هر سختی و در دل هر سختی آسانی وجود دارد و زندگی جز با حوادث و هیجانات و چالش‌های آن معنا ندارد<sup>۷</sup> آموخته شود. پژوهشگر طی این مداخله از مهارت‌های پایه‌ی مشاوره مثل درک و پذیرش مراجع، عدم پیش داوری، ایجاد رابطه‌ی صمیمانه، تفسیر و باز تعریف زندگی و حوادث آن و نیز فنون آرامبخشی، تصویرسازی ذهنی و تاکید هستی‌شناختی بر ارتباط بین جزء و کل بهره گرفته است.

جامعه‌ی آماری در این پژوهش عبارت است از مراجعه کنندگان مبتلا به اختلال

۱- آیات: ۱۳ احقاف، ۲۷ ص، ۳۸ دخان، ۳۸ انعام، ۱۱۵ مؤمنون، ۱۴۵ آل عمران

۲- آیات: ۷ حجرات، ۱۰ جن، ۶ نساء، ۵۱ انبیاء

۳- آیات: ۱۳۴ و ۱۴۱ بقره، ۲۵ نساء

۴- آیات: ۳۸ انعام، ۸۳ آل عمران، ۱۱ فصلت، ۹۶ نحل، ۲۲۳ بقره

۵- آیات: ۳ انسان، ۵۳ انفال،

استرس پس از سانحه، ساکن شهر تهران که در فاصله سال‌های ۱۳۸۷ - ۱۳۸۸ به دو مرکز مشاوره راه بهتر و پویا مراجعه کرده‌اند.

نمونه‌ی این پژوهش همان اعضای جامعه است که با تشخیص PTSD، از سوی روانپزشک برای درمان مراجعه کرده‌است. مراجعه‌کنندگان پس از انجام مراحل تشخیص و پیش‌آزمون به تصادف، بصورت یک درمیان به عنوان عضو گروه آزمایش وارد مرحله درمان و یا با توافق در لیست انتظار درمانگر به عنوان عضو گروه گواه به مدت دوماه در فهرست انتظار باقی ماندند. هر یک از اعضای گروه گواه پس از مدت فوق و انجام پس‌آزمون به جلسات درمان دعوت شدند. هیچیک از اعضای دو گروه در این دوره دارو مصرف نکرده‌اند. پس از سه ماه مرحله‌ی پیگیری ماندگاری اثر انجام شد.

### ابزار پژوهش

ابزاری که در این پژوهش بکار گرفته شد آزمون مصاحبه‌ی تشخیص (PTSD) بود.

پرسشنامه‌ی مصاحبه‌ی تشخیصی PTSD، در سال ۱۹۸۹ توسط واتسون، جوبا و همکاران و براساس معیارهای DSM III R ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال است که علائم و نشانه‌های PTSD را در ۵ طبقه A, B, C, D, E و براساس ملاک‌های PTSD در DSM مطرح می‌کند:

سؤال اول منعکس‌کننده‌ی ملاک A در DSM است. یعنی تجربه‌ی حادثه‌ای که فراتر از تجربیات عادی انسان بوده و تقریباً برای هرکس بی‌نهایت ناراحت‌کننده است.

مصاحبه‌ی تشخیصی واتسون و همکاران، نمره‌گذاری گسسته و پیوسته را دربر

می‌گیرد (فوآ و همکاران، ۲۰۰۴). سؤال‌ها ملاک‌های B, C, D, و E، در مقیاسی از نوع لیکرت و از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات در این آزمون از ۱۷ تا ۱۱۹ است، به این معنی که اگر فردی به همه‌ی سؤال‌ها پاسخ خیر بدهد، نمره ۱۷ را دریافت خواهد نمود. نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر اختلال است. اما هر فرد برای اینکه تشخیص PTSD دریافت کند، لازم است علاوه بر پاسخ مثبت به سؤال A، حداقل ۱ پاسخ ۴ نمره‌ای (گزینه معمولاً) به سؤال‌های ملاک B، ۳ پاسخ ۴ نمره‌ای به سؤال‌های ملاک C، و ۲ پاسخ ۴ نمره‌ای به سؤال‌های ملاک D بدهد که مجموعاً ۲۴ نمره می‌شود. بنابراین، چنانچه نمره فردی بالاتر از ۲۴ باشد اما به این شکل به سؤال‌ها پاسخ نداده باشد، PTSD تلقی نخواهد شد. از سوی دیگر و در کنار اینها، پاسخ مثبت به سؤال E<sub>1</sub> بیانگر PTSD در درازمدت، و پاسخ مثبت به سؤال E<sub>2</sub> بیانگر PTSD جاری<sup>۱</sup> است (واتسون، جوبا، و همکاران، ۱۹۹۱).

واتسون و همکاران ۱۹۹۹، این مصاحبه را بر روی ۳۱ بیمار مزمن مبتلابه PTSD در ارتش ویتنام اجرا کردند که نتایج حاصله حاکی از ضریب آلفای ۰/۹۲ بود. همچنین در مرحله‌ای دیگر، آنها این مصاحبه را بر روی ۶۱ سرباز ویتنامی مبتلابه PTSD اجرا نمودند که ضریب همبستگی بای سریال بین نمرات کلی پرسشنامه و معیارهای PTSD، در حد ۰/۹۴ بود (واتسون، و همکاران ۱۹۹۹).

مداحی (۱۳۷۱) نیز در پژوهش خود، این مصاحبه را بر روی ۶۲ نفر که قبلاً تشخیص PTSD داده شده بودند اجرا نمود (میانگین سنی ۳۱/۷۷ و انحراف معیار ۷/۳۰)، که ضریب روایی آن با آلفای ۰/۶۸ و انحراف استاندارد آیت‌ها ۰/۵۸ مورد تأیید قرار گرفت (مداحی، ۱۳۷۱).

میرزایی و همکاران (۱۳۸۳) نیز در پژوهش خود میان مصاحبه PTSD واتسون و

1 . Current PTSD  
2 . Watson, C. Juba M

پرسشنامه تشخیصی MMPI، هماهنگی بالایی را به دست آوردند (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۳).

در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t استفاده شد.

جدول شماره ۱ میانگین نمره پرسشنامه گروه‌های پژوهش قبل و بعد از آموزش و پیگیری

مقیاس	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
نمره کلی پرسشنامه	آزمایش	۶۷/۳۳	۱۰/۶۴	۹/۱۵	۳۸/۶۶	۸/۸۷	۳۸/۷۷
	کنترل	۶۹/۲۲	۱۰/۵۹	۱۱/۹۴	۶۸/۲۲	۱۱/۷۵	۶۸/۴۴

نتایج حاصل از جدول شماره یک نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته است.

جدول شماره ۲ خلاصه اطلاعات پیش آزمون - پس آزمون و پس آزمون - پیگیری در دو گروه

آزمایش و کنترل

گروه	میانگین تفاوت‌های پیش آزمون - پس آزمون	انحراف استاندارد	آزمون t	سطح معناداری	میانگین تفاوت‌های پس آزمون - پیگیری	انحراف استاندارد	آزمون t	سطح معناداری
آزمایش	۲۸/۶۶	۱۲/۵۵	۶/۲۰	۰/۰۰۰	-۰/۱۱۱	۱/۵۳	۰/۱۰۴	Ns
کنترل	۱	۴/۶			-۰/۲۲	۲/۸		

نتایج حاصل از جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات پیش آزمون -

پس آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد بدین معنا که نمرات پس آزمون در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است. تفاوت میانگین نمرات پس آزمون-پیگیری معنادار نمی باشد. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود با توجه به  $P < 0/01$  این فرضیه که درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی شناختی اسلامی بر کاهش نشانگان اختلال پس از سانحه مؤثر است، مورد تایید قرار می گیرد بنابراین چنین نتیجه گیری می شود که استفاده از برنامه‌ی درمانی تدوین شده در این پژوهش، با احتمال ۹۹٪ در کاهش علائم PTSD مؤثر است.

### بحث و نتیجه گیری:

از آنجا که فرد مبتلا به PTSD یکپارچگی و انسجام تجربیات خود را از دست داده است و در عین حال که با تعمیم واقعه‌ی آسیب‌زا به شرایط و موقعیتهای دیگر توجه خود را بر مشکل متمرکز نموده تمام انرژی خود را صرف مقابله و واپس رانی افکار ناخوانده و مزاحم می کند، برنامه‌ی درمانی او باید این عناصر را هدف قرار دهد. لذا در ارایه این برنامه‌ی درمانی تلاش شد با مرور مجموعه‌ی وقایع و حوادث، رابطه شکل گرفته بین حادثه آسیب‌زا و دیگر شرایط و منطبق تعمیم آن را به چالش کشیده، رابطه‌ی بین حادثه آسیب‌زا و هستی‌شناسی مثبت را جایگزین آن نماید. به این ترتیب معنای سازنده‌ای به تجربه داده و انرژی‌های صرف شده را بازیافت کند. هرچند این الگوی تلفیقی اولین بار است که توسط پژوهشگر ارایه و اجرا شده است اما پژوهشهای بسیاری تأثیر مؤلفه‌های درمانی این برنامه مانند در معرض قرار گرفتن و معنا بخشی به حوادث و اثر آن بر درمان PTSD را تأیید می-

کند. از جمله دیویس و رایس<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) در یک فراتحلیل نشان دادند تصویرسازی و مرورذهنی حوادث آسیب زا (که یکی از عناصر درمان مرور زندگی است) بر بسیاری از اختلالهای روانی از جمله PTSD به تجربه رسیده است. همچنین ماری<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) نشان داد درمان مرور ذهنی با تصویرسازی ذهنی در کاهش کابوسهای زنان مبتلا به PTSD ناشی از تجاوز جنسی مؤثر است. مارکس<sup>۳</sup> (۱۹۷۸) از یک بررسی فراتحلیل دریافت که فراتحلیل درمانهای استفاده کننده از فرمان تصویرسازی ذهنی در حقیقت از مکانیزمهای در معرض قرار دادن، تخلیه هیجانی و تسلط بهره می گیرند. مطالعه فراتحلیل دیگری درباره درمانهای PTSD نشان می دهد که اکثر درمانهای مؤثر شامل مؤلفه "در معرض قرار گرفتن" است (شرمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸) (که یکی از عناصر درمان مرور زندگی نیز است). مطالعات تجربی نشان می دهد وضوح تصاویر ذهنی در کنترل و درمان PTSD مؤثر است (لانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). میرکر<sup>۶</sup> (۲۰۰۲) در یک مطالعه موردی نشان داد فن مرور زندگی در درمان PTSD مؤثر است و در نهایت اسمعیلی (۱۳۸۶) اثر بخشی گسترش هستی شناسی اسلامی بر درمان اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب که همراه با PTSD گزارش می شود را نشان داد. به این ترتیب اثربخشی این الگوی درمانی منطقی بنظر می رسد. پیشنهاد می کنم در اجرای این الگوی تلفیقی درای مراجعی با فرهنگ دیگر بخش هستی گرایانه با اعتقادات هستی شناختی او انطباق یابد.

#### محدودیت :

این پژوهش برای افرادی که دارای اعتقادات روشن وجدی درباره هستی و قواعد آن نباشند قابل اجرا نخواهد بود.

---

1 . Davis,j.l & Wright,D.C  
2 . Mary,,k  
3 . Marks,I.  
4 . Sherman,J.J  
5 . Long,E.

## منابع

### قرآن کریم

- اسمعیلی، معصومه؛ بررسی تأثیر گسترش هستی‌شناسی اسلامی بر افزایش سلامت روان فصلنامه تازه‌های مشاوره جلد ۶ شماره ۲۴
- باقری، خسرو (۱۳۸۰)، دستیابی به فلسفه‌ی آموزش و پرورش تحقیق به سفارش وزارت آموزش و پرورش
- بهرامی احسان، هادی، (۱۳۸۱)، رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرکت خود، مجله روان‌شناسی ۲۴، ۴.
- سادوک، بنیامین؛ سادوک، ویرجینیا (۲۰۰۳). «خلاصه روان‌پزشکی». ترجمه پورافکاری. نصرت‌ا... انتشارات شهر آب. جلد دوم. چاپ دوم. ۱۳۸۴.
- شهبازی، آناهیتا، (۱۳۷۶)، بررسی جهت‌گیری مذهبی (درونی - برونی) با سلامت روان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- مداحی، محمدابراهیم (۱۳۷۱). «بررسی اختلال استرس پس از ضربه PTSD ناشی از جنگ در مبتلایان به این اختلال». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- میرزایی، جعفر؛ کرمی، غلامرضا؛ عاملی. جواد؛ همتی، محمدعلی (۱۳۸۳). «مقایسه تشخیص‌های بالینی بیماران بستری و سرپایی مبتلابه PTSD با آزمون‌های روان‌شناختی». مجله علمی پژوهشی طب نظامی. سال ششم. شماره ۲۱.
- وست، ویلیام (۲۰۰۴). روان‌درمانی و معنویت، شهیدی، شهریار و شیرافکن، سلطانه‌لی (مترجمان، ۱۳۸۳) تهران: رشد

Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480.



Bahlmann, Renie & Dinter, Lynda (2001). Encouraging Self-Encouragement: An Effect Study of the Encouraging-Training Schoenaker-Concept. *The Journal of Individual psychology*.

Bowman, C, (2002) To Ground Zero and Back. *Gestalt! Vol. 6 No.1 N.P.* Available online at <http://www.g-gej.org/6-1/gzeroandback.html>

Butler, R. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26.

Butler, R. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of American Geriatric Society*

Butler, R. (2002). *Living With Grief: Loss in later life*. Washington, D.C.: Hospice Foundation of America.

Butler, R.N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American geriatrics society*

Catherall, Don R. (2004). *Handbook of Stress, Trauma, and the Family*. Brunner-Routl therapeutic edge. Taylor & Francis group. USA.

Davis, J.L. & Wright, D.C. (2007), randomized clinical trial for treatment of chronic night mares in trauma –exposed adults. *Journal of traumatic stress*

Desmond, S. A., Ulmer, J. T., & Bader, C. D. (2008). Religion, prosaically learning, self control, and delinquency. Manuscript submitted for publication

Devilly GJ, Spence SH (1999). "The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder".

Eckstein. D & Kern. R (2002). *Psychological Fingerprints*. Fifth edition. Iowa: Kendall/hunt.

Erickson, E., Erickson, J., & Kinv ik, H. (1986). *Vital involvement in old age*. New York: Norton.

Erickson, E.H. (1963). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton.

Flannery, Raymond B (1994). *Post-Traumatic Stress Disorder. The Victim's Guide to Healing and Recovery*. Crossroad Publishing Company.

Foa E: *The Post Traumatic Diagnostic Scale Manual*. Minneapolis, NCS, 1995

Foa, Edna B; Kean, Terence. M & Friedman, Mathew. J (2004). *Effective Treatment for PTSD*. Guilford Press. New York. London.

Haber, D. (1986). Incorporation of nursing home field projects into the undergraduate curriculum. *The Journal of Long Term Care Administration*.

Haight, B., Michel, Y., & Hendrix, S. (1998). Life review: Preventing despair in newly relocated nursing home residents short- and

long-term effects. *International Journal of*

Haight, B., Michel, Y., & Hendrix, S. (2000). The extended effects of the life review in nursing home residents. *International Journal of Aging and Human Development*

Holland, D.S. (1997). The effects of life review on ego integrity versus ego despair in the geriatric population: A case study. United States: UMI.

Long E.Mary & Quevillon, Randal, (2009) Imagery rescripting in the treatment of posttraumatic stress disorder, *journal of cognitive psychotherapy: An International Quarterly*.

Maltby, John, (1998); church attendance and anxiety change; *Journal of Social psychology*, Vol. 139(4),537-538.

Marks. I. (1978). Rehearsal relief of a night mares. *British Journal of Psychiatry*.

Martin JE, Booth J, Miller WR. Behavioral approaches to enhance spirituality. *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. Washington, DC: APA Press; 1999.

Mary Koss, (2000) A controlled study of Imagery Rehearsal for chronic night mares in Assault survivors with PTSD

Mearcker, A. (2002). Life review technique in the treatment of PTSD in the elderly patients: Rational and Three single case studies. *Journal of Clinical Gero psychology*.

Michael E. McCullough and Brian L. B. Willoughby(2009).Religion, Self-Regulation, and Self-Control: Associations, Explanations and Implications, *Psychological Bulletin* ,Vol. 135, No. 1

Moreira – Almedia, Alexander; Koenig, Harold. G.(2006). Discussion Retaining the meaning of the weeds religiousness and Spirituality :A Commentary on the WHOQOL SRPB groups Across-cultural study of quality of life (62: 6,2005, 1486-1497, in press *Journal of Social science & Medicine*, PP.1-3, Available: WWW.Elsevier. Com/locate /soscimed.

Nielsen SL, Johnson WB, Ellis A. *Counseling and psychotherapy with religious persons: A rational emotive behavior therapy*. Mahway, NJ: Elbaum; 2001.

Propst LR, Shafranske EP. *Cognitive- behavioral therapy and the religions person. Religion and the Clinical Practice of Psychology* Washington, DC: APA Press; 1996.

Rajaei, Ali Reza (2010).Religious Cognitive–Emotional Therapy : A New Form of Psychotherapy ,*Iran J Psychiatry* 2010; 5

Ray, R. (1998). Feminist readings of older women's life stories. *Journal of Aging Studies*

Resick, P. A. (2002) Cognitive Processes in PTSD: Focus on Domestic Violence,. 1-R01-MH55542, National Institute of Mental Health. Cooperative VA study.

Salsman, J.M.; Tramara, L.; Brechting, E.H. & Carlson, C.R. (2005). The Link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Journal of Society and Social Psychology*, 31(4)

Seidler GH, Wagner FE (2006). "Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study".

Shafranske EP. Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. *Psychiatric Ann* 2000; 30

Shafranske EP. The religious dimension of patient care within rehabilitation medicine: The role of religious attitudes, beliefs , and personal and professional practices. In: Plante IG, Sherman AC, eds. *Faith and health: psychological Perspectives*. New York: Guilford press; 2001

Sherman, j. j. (1998). Effects of photo therapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials, *Journal of Traumatic Stress*.

Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129

Watson, C; Juba, M.P and et al (1999). The PTSD Interview; Rationale, Description, Reliability and Concurrent validity of a DSM III-Based Technique. Veterans Administration Medical Center Minnesota. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 47, No.2.

Watts RE. Biblically based Christina spirituality and Adlerian psychotherapy. *J Individual Psychology* 2000; 56

Weiss, J.C. (2004). A comparison of cognitive group therapy to life review group therapy with older adults. Dissertation abstract, West Virginia University, Morgantown, West Virginia.

