

مقایسه اجتناب تجربه‌ای در جانبازان مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان افسردگی، اضطرابی و عادی*

محمد مهدی زارع^۱، حسین بقولی^۲، سلطانعلی کاظمی^۳، حجت‌اله جاویدی^۴

Comparison of experiential avoidance in war veterans suffering post traumatic stress disorder with depression, anxiety syndrom and normal

Mohammad Mehdi zare¹, Hossein Bagholi², Soltan Ali Kazmi³, Hojjatolah Javidi⁴

چکیده

زمینه: تحقیقات متعددی به بررسی اجتناب تجربه‌ای، تنیدگی، افسردگی و اضطراب جانبازان پرداخته‌اند. اما پژوهشی که به بررسی مقایسه اجتناب تجربه‌ای در جانبازان مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان افسردگی، اضطرابی و عادی پرداخته باشد مغفول مانده است. **هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه اجتناب تجربه‌ای در جانبازان مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان افسردگی، اضطرابی و عادی انجام شد. **روش:** روش پژوهش حاضر پس رویدادی بود. از این رو تعداد ۳۵ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان افسردگی، ۳۵ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان اضطرابی و ۳۵ نفر از جانبازان مبتلا به بالینی ساختار یافته به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با یکدیگر هم‌تا شدند. پرسشنامه پذیرش و عمل (بونود همکاران، ۲۰۱۱)؛ چک لیست اختلال تنیدگی پس از سانحه (ویرایش نظامی-۱۹۹۴)؛ پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش II-۱۹۹۶)؛ پرسشنامه اضطراب بک (ویرایش II-۱۹۹۶) و پرسشنامه جمعیت‌شناختی در میان افراد شرکت‌کننده اجرا شد. داده‌ها از طریق روش تحلیل واریانس یک متغیره (ANOVA) و آزمون تعقیبی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها مورد تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** پژوهش حاضر نشان داد سازه شناختی اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان افسردگی در مقایسه با دو گروه دیگر بیشتر بود ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان افسردگی از اجتناب تجربه‌ای و فرار افکار بیشتری برخوردار بودند. **واژه کلیدی‌ها:** اختلال تنیدگی پس از سانحه، اجتناب تجربه‌ای، اضطراب و افسردگی

Background: Numerous studies have investigated the experience avoidance, stress, depression and anxiety of veterans. But research comparing empirical avoidance comparisons in veterans with post-traumatic stress disorder with depressive, anxiety, and normal syndromes has failed. **Aims:** The purpose of this study was to compare the experience avoidance in veterans with post traumatic stress disorder with depression syndromes, anxiety syndroms and withot syndromes. **Method:** The method of this study was post-event. Therefore, 35 veterans with post-traumatic stress disorder with depression syndrome, 35 veterans with post-traumatic stress disorder with anxiety syndrome and 35 post-traumatic stress disorder veterans Primary psychiatrists and structured clinical interviews were selected available sampling. The groups were matched in terms of demographic variables. Acceptance and action Questionnaire (Bondo et al., 2011); Post Traumatic Stress Disorder Checklist (Military Edition-1994); Beck Depression Inventory (II-1996); Beck Anxiety Inventory (II-1996) and Demographic Questionnaire Cognition was performed among the participants. Data were analyzed using one-way analysis of variance (ANOVA) and post hoc tests to compare groups. **Results:** The findings of the present study showed that the cognitive structure of experiential avoidance in patients with posttraumatic stress disorder with depression syndrome was higher than the other two groups ($P < 0/001$). **Conclusions:** It can be concluded from this study that patients with Post Traumatic Stress Disorder with Depression Syndrome had more experience avoidance and escape of thoughts. **Key Words:** Post traumatic stress, experiential avoidance, depression, anxiety

Corresponding Author: bhossein@gmail.com

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاداسلامی، مرودشت، ایران

۱. Ph.D Candidate of Psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad university, Marvdasht, Iran

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاداسلامی، مرودشت، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad university, Marvdasht, Iran (Corresponding Author)

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاداسلامی، مرودشت، ایران

۳. Associate Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad university, Marvdasht, Iran

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاداسلامی، مرودشت، ایران

۴. Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad university, Marvdasht, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۲/۱۲

دریافت: ۹۸/۰۹/۱۰

مقدمه

از مهمترین رویدادهای تاریخ معاصر ایران، تجربه جنگ تحمیلی هشت ساله است. جنگ یکی از فجایع دست ساخت بشر است. رخدادها و ویرانی‌های ناشی از جنگ تأثیرات بزرگی بر اقشار مختلف جامعه گذاشته است. یکی از پیامدهای قرار گرفتن در معرض این ویرانی‌ها اختلال تنیدگی پس از سانحه^۱ (PTSD) است (نادری، مرادی، حسنی و نوحی). پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا^۲، آسیب و اختلالات مربوط به تنیدگی را شامل اختلالات دلبستگی^۳، اختلال تعامل اجتماعی بازداری شده، اختلال تنیدگی پس از سانحه، اختلال تنیدگی حاد^۴ و اختلال سازش یافتگی^۵ معرفی می‌کند. ویژگی مشترک تمام این اختلال‌ها قرار گرفتن در معرض یک رویداد تنشگر می‌باشد که به صراحت به عنوان معیار تشخیصی ذکر شده است. ویژگی اصلی اختلال تنیدگی پس از سانحه این است که فرد یک رویداد تنشگر^۶ را تجربه کرده و به دنبال آن دچار آشفتگی می‌گردد و بیش از یک ماه ادامه می‌یابد (رضاعی، فخرایی، فرمند، نیلوفری، هاشمی‌آذر و شاملو، ۱۳۹۳). زمینه‌یابی ملی همبودی بیماری‌ها^۷، ۶۰/۷ درصد بزرگسالان آمریکایی، تجربه حداقل یک رویداد تنشگر را در طول زندگی‌شان گزارش دادند که از این تعداد ۸/۲ درصد مردان و ۲۰/۹ درصد زنان به اختلال تنیدگی پس از سانحه مبتلا بودند (کسلر، برلند، دیملر، جین، مریکانگز و والتر، ۲۰۰۵). در مطالعه‌ای در ایران نشان داده شد که در ۳۹ درصد جانبازان شهر تهران علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه وجود دارد (شفیعی، صادقی و رضانی، ۱۳۹۶). در مطالعه‌ای دیگر شیوع این بیماری در جانبازان شیمیایی و غیر شیمیایی به ترتیب ۴۰ درصد و ۲۸/۱ درصد گزارش گردید. اختلال تنیدگی پس از سانحه معمولاً^۸ با سایر اختلالات روان پزشکی همراه می‌باشد (برسولانو، ۲۰۰۲). اختلال تنیدگی پس از سانحه به ندرت به شکل مجزا از سایر اختلالات دیگر دیده می‌شود ولی با گذشت زمان افسردگی و سوءمصرف مواد به عنوان اختلال اساسی همراه با آن آشکار می‌گردد. از یک سو بیمار به دلیل عدم درمان، افسرده و مضطرب شده و از سوی دیگر سعی می‌کنند با روش‌های نامناسب مانند سوءمصرف

مواد آن را برطرف کنند (کرسول، کاپیر و پاور، ۲۰۰۹). اختلال تنیدگی پس از سانحه اغلب با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی همراه می‌باشد (چین لین، لیوار، برووس، دیچارت، پاتر و ایدنجدو، ۲۰۲۰). و با گذشت زمان، افسردگی مزمن شیوع بیشتری پیدا می‌کند. بنابراین، این اختلال می‌تواند پیچیده و ترکیبی باشد در میان افراد مبتلا به این اختلال میزان همبستگی با دو اختلال افسردگی^۹ و همبودی با اضطراب^{۱۰} از ۲۶/۷ تا ۳۰/۳۰ درصد متغیر می‌باشد (گینزبرگ، ایندور و سالومون، ۲۰۱۰). از بین افسران پلیس نیویورک که در حادثه ۱۱ سپتامبر از نزدیک شاهد ماجرا بودند ۶۸ درصد نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه را بروز دادند و این نشانه‌ها ۱۵ تا ۲۷ ماه پس از حمله به مراکز تجارت جهانی وجود داشت. غم، تحریک‌پذیری، احساس گناه و اضطراب در این افراد مشاهده گردید (داولینگ، معینان و جنت، ۲۰۰۶) یکی از عوامل خطر آفرین اختلال تنیدگی پس از سانحه بعد از مواجه شدن با آسیب، اجتناب تجربه‌ای^{۱۱} است. در مطالعه‌ای نشان داده شد که اجتناب تجربه‌ای نقش معنی‌داری در نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه دارد. در این مطالعه زمانی که ارزیابی همزمان متغیرها با هم بررسی شد تأثیر اجتناب تجربه‌ای بیشتر نمود داشت (شنک، پاتنم و نول، ۲۰۱۱). در مطالعه‌ای دیگر پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که حتی زمانی که سطوح غم و اندوه در بیماران افسرده کنترل شد اما اجتناب تجربه‌ای افراد مواجهه شده با آسیب به شکل معناداری با تنیدگی ارتباط داشت (ایسما، رینک، استورب، شات، بولن و بوت، ۲۰۱۵). اجتناب تجربه‌ای، سازهایی است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود و شامل دو بخش بی میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی و تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک می‌باشد (امینی، دهقانی، صالحی و سلطانی زاده، ۱۳۹۸؛ به نقل از دیکون و آرج، ۲۰۱۹) براساس شواهد موجود اجتناب تجربه‌ای پیش‌بینی کننده قوی از علائم روانی و نشانه‌های تداوم آن است. (مارکس و اسلون، ۲۰۰۵). این عامل می‌تواند نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلال روانی پس از تجربه رویداد تنشگر داشته باشد. و باعث بسیاری از آسیب‌های روانی

6. Stressor

7. National Comorbidity Survey Replication

8. Depression

9. Anxiety

10. Experiential avoidance

1. Post traumatic stress disorder

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders

3. Attachment disorder

4. Acute stress disorder

5. Adjustment disorder

علایم بیماری را مجدداً گزارش می‌دهند. بنابراین با توجه به احتمال عود نشانه‌های تنیدگی پس از سانحه و ناکارآمدی رویکردهای درمانی در بهبود ماندگار این اختلال، به نظر می‌رسد آنچه در مرحله اول اولویت دارد، شناسایی دقیق عوامل دخیل در شروع و حفظ این بیماری می‌باشد (حسینی رمقانی، ۲۰۱۹). بدیهی است با آشکارسازی عوامل دخیل در حفظ نشانگان و همبودی با دیگر بیماری‌ها می‌توان علاوه بر غنی‌سازی پشتوانه پژوهشی در این زمینه، در گام‌های آتی به سوق دادن مداخلات درمانی در راستای تمرکز بر متغیرهای فوق پرداخت. از این رو، در تحقیق حاضر به مقایسه اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان افسردگی، اضطرابی و فاقد نشانگان پرداخته می‌شود تا از این طریق بتوان راهکارهای مناسب در زمینه درمان این بیماران صورت گیرد. با توجه به مطالب بیان شده هدف پژوهشگر پاسخ به این سؤال پژوهشی است، آیا تفاوتی بین جانبازان مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان افسردگی، اضطرابی و فاقد نشانگان در میزان اجتناب تجربه‌ای وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام جانبازان مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه تشکیل دادند که در فاصله زمانی نه ماهه ابتدای سال ۱۳۹۷ به مرکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان شیراز مراجعه کردند. با توجه به اینکه در پژوهش‌های علی - مقایسه‌ای حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر پیشنهاد می‌گردد (دلور، ۱۳۹۳) لذا نمونه مورد نظر با توجه به روش نمونه‌گیری در دسترس شامل بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه که در سال ۱۳۹۷ به مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی بنیاد شهید و امور ایثارگران مراجعه کردند انتخاب گردید. به همین دلیل پس از تشخیص اولیه توسط روان پزشک و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5)^۴ توسط روانشناس، هر یک از مراجعه‌کنندگان بر اساس تشخیص اختلال تنیدگی پس از سانحه در سه گروه ۳۵ نفره افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان افسردگی، اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان اضطرابی و افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه فاقد نشانگان

مانند سوءمصرف مواد مخدر^۱، اختلال وسواس - ناخودداری^۲، اختلال هراس^۳، اختلال شخصیت مرزی^۴ و اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌باشد (پیکت، باردن و آرکات، ۲۰۱۲). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که اجتناب تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه بالاتر از افراد بدون این اختلال می‌باشد (بشرپور، شفیعی و دانشور، ۲۰۱۵). نتایج پژوهشی دیگر حاکی از آن است که ترکیب شناختی و اجتناب تجربه‌ای که در فرآیند مرتبط و اصلی نسبت به عدم انعطاف‌پذیری می‌باشد به طور معناداری با چهار اختلال روانی افسردگی، اضطراب، تنیدگی^۵ و تنیدگی پس از سانحه مرتبط می‌باشد (باردن و فراس، ۲۰۱۶). اجتناب به چند دلیل می‌تواند با اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه باشد. اول اینکه یکی از نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه، اجتناب پایدار از ارزیابی منفی و رویداد تشکر می‌باشد (محرک‌های شخصی از جمله حالات هیجانی، خاطرات، افکار و احساسات بدنی). دوم این که افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه اغلب تلاش می‌کنند تا شکل و فراوانی رویداد تشکر را تغییر دهند و به همین دلیل معمولاً^۶ از افکار مرتبط جلوگیری می‌کنند. در بافتار اختلال تنیدگی پس از سانحه، اجتناب تجربه‌ای می‌تواند به شکل خاص بهداشت روانی انسان را در معرض خطر اندازد. با توجه به این که تلاش‌های اولیه برای جلوگیری از به یادآوردن رویداد تشکر می‌تواند منجر به کاهش نشانگان زودگذر شود. این کاهش نشانگان متعاقباً^۷ می‌تواند این باور را به وجود آورد که راهبردهای اجتناب می‌تواند باعث سازگاری در فرد شود در نتیجه استفاده بیشتر از اجتناب را در پی خواهد داشت و نهایتاً^۸ زندگی فرد نیز محدودتر و علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه بیشتر خواهد شد. همچنین محققین بر این عقیده هستند که همبودی اختلال تنیدگی پس از سانحه با نشانگان اضطراب و افسردگی به خودی خود می‌تواند خطر ابتلا به این اختلال را افزایش دهد و از طرفی نیز این بیماری می‌تواند پس از شروع منجر به اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا شود (فیلیپ، برندا، پنیکس، آلبرت، همرت، مارک، برنت و الزینگا، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان شناختی - رفتاری، اگرچه درمانی اثربخش برای اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌باشد اما حدوداً^۹ ۴۰ درصد این بیماران پس از بهبودی در مرحله پیگیری،

4. Borderlin personality disorder

5. Stress

6. Structured clinical interview for dsm-5 disorders

1. Substance abuse

2. Obsessive-Compulsive

3. Panic disorder

جایگزین شدند. پس از تشریح اهمیت پژوهش و رضایت آگاهانه مراجعان، پرسشنامه چک لیست اختلال تنیدگی پس از سانحه - نسخه نظامی^۱، پرسشنامه اجتناب تجربه ای^۲ بودند و همکاران - ویرایش دوم، پرسشنامه بازنگری شده افسردگی بک^۳ و پرسشنامه بازنگری شده اضطراب بک^۴ در اختیار آنان قرار گرفت. معیارهای ورود شامل داشتن سطح تحصیلات حداقل سیکل، موافقت بیمار جهت تکمیل پرسشنامه ها و عدم دریافت درمان های همزمان با ورود به پژوهش و یا سه ماه قبل از ورود به پژوهش بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز وجود سایر اختلالات روان پزشکی همبود، وابستگی به مواد و افکار جدی خودکشی بود. در نهایت گروه های مورد مطالعه تا حد ممکن از نظر سن، تحصیلات، میزان درصد جانبازی و وضعیت اشتغال همتا شدند. داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-22 و با استفاده از شاخص آمار توصیفی و تحلیل واریانس یک متغیره (ANOVA) تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی: این پرسشنامه حاوی سؤالاتی جهت جمع آوری سن، تحصیلات، میزان حضور در جبهه، میزان درصد جانبازی، نوع شغل، وضعیت تأهل و میزان و سابقه بستری در بیمارستان های روان پزشکی بود.

مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-5-RV): مصاحبه بالینی ساختار یافته یک مصاحبه استاندارد و مورد توافق برای تشخیص اختلال های اصلی DSM-5 است (قبلاً^۵ در محور ۱ تشخیص گذاری می شدند). در اصل مصاحبه بالینی ساختار یافته به عنوان سند واحدی برای استفاده پژوهشگران و متخصصان بالینی طراحی شده است.

فهرست اختلال تنیدگی پس از سانحه (ویرایش نظامی - PCL-M): یک مقیاس خود گزارشی است که برای ارزیابی اختلال تنیدگی پس از سانحه و غربال کردن این بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می رود. این فهرست به وسیله ودرز، لیتز، هوسکا و کین بر اساس معیارهای تشخیصی DSM در سال ۱۹۹۴ برای مرکز ملی اختلال تنیدگی پس از سانحه آمریکا تهیه شده است. و شامل ۱۷ ماده می باشد که ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه های تجربه مجدد حادثه، ۷ ملاک آن مربوط به علائم و نشانه های کمرختی عاطفی و اجتناب و ۵ ماده آن مربوط به علائم و

نشانه های برانگیختگی شدید است. نمره کل از جمع نمرات آیتم های ۱۷ گانه بر اساس مقیاس لیکرت به دست می آید. نقطه برش برای تشخیص PTSD، نمره ۵۰ در نمونه های مربوط به نیروهای نظامی تعیین شده است. در خصوص اعتباریابی این فهرست، ودرز و همکاران در مطالعه ای روی ۱۲۳ نفر مرد شرکت کننده در جنگ ویتنام، ضریب همسانی درونی ۰/۹۷ صدم و ۰/۹۶ صدم را برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ صدم را برای نشانگان (برانگیختگی شدید، تجربه مجدد و کمرختی عاطفی و اجتناب) و ضریب ۰/۹۶ صدم را به عنوان ضریب بازآزمایی به فاصله دو یا سه روز گزارش دادند. قابلیت اعتماد و درستی این فهرست در ایران به وسیله گودرزی مورد بررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر ۰/۹۳ صدم محاسبه شد. همچنین ضریب اعتبار این فهرست با استفاده از روش تصنیف برابر ۰/۸۷ صدم محاسبه شد که حاکی از درستی همزمان مقیاس بود (راه نجات، ربیعی، سلیمی، فتحی آشتیانی، دنیوی و میرزایی، ۱۳۹۳).

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): پرسشنامه برای شدت افسردگی در سال (۱۹۶۳) توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می باشد و هر ماده نمره ای بین ۰ تا ۳ می گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می - سنجد. قاسم زاده و همکاران ضریب آلفای این پرسشنامه را (۰/۸۷) (a=) و ضریب بازآزمایی آن را (۰/۷۴) (r=) و همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول را (۰/۹۳) (r=) گزارش کردند. مطالعه ای در ایران به منظور بررسی مشخصات روانسنجی این پرسشنامه انجام گرفت و نتایج گزارش شده از این قرار است: ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به مدت یک هفته ۰/۹۴ (فروتن، حیدری، عسکری، نادری و مقدم، ۱۳۹۷).

پرسشنامه اضطراب بک (BAI-II): یک ابزار خود گزارشی برای اندازه گیری شدت اضطراب بوده و شامل ۲۱ ماده می باشد. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. هریک از مواد یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه دامنه ای از ۰ تا ۶۳ قرار می گیرد. در پژوهشی که کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) روی جمعیت ایرانی (۱۵۰ نفر بیمار مبتلا به اضطراب

3. Beck Depression Inventory

4. Beck Anxiety Inventory

1. PTSD Checklist (PCL)

2. The Acceptance and Action Questionnaire

در گروه فاقد نشانگان بودند.

نتایج ارائه شده در جدول ۱ حاکی از آن است میانگین و انحراف معیار اجتناب تجربه‌ای در گروه نشانگان افسردگی به ترتیب (۴۱/۲۰ و ۶/۱۶)؛ گروه همراه با نشانگان اضطرابی (۳۵/۴۳ و ۷/۹۳) و در گروه اختلال تنیدگی پس از سانحه بدون نشانگان (۳۲/۸۶ و ۸/۴۳) به دست آمده است. نتایج آزمون کولموگف اسمیرنوف جهت بررسی پیش فرض نرمالیتی حاکی از بهنجار بودن توزیع متغیر اجتناب تجربه‌ای در گروه‌های نمونه می‌باشد ($P=0/200$ ؛ $Validity=0/06$). در جدول شماره ۲ نتایج برون داد تحلیل واریانس تک متغیره نشان داد بین سه گروه در مؤلفه اجتناب تجربه‌ای تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/001$). با توجه به نتایج تحلیل تعقیبی در جدول ۳، در مؤلفه اجتناب تجربه‌ای گروه همراه با افسردگی به صورت معناداری نمرات بیشتری از دو گروه همراه با نشانگان اضطرابی و عادی، به دست آوردند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار اجتناب تجربه‌ای به تفکیک گروه‌ها		
گروه	میانگین	انحراف معیار
PTSD	۳۲/۸۶	۸/۴۳
PTSD و افسردگی	۴۱/۲۰	۶/۱۶
PTSD و اضطرابی	۳۵/۴۳	۷/۹۳

نتایج ارائه شده در جدول ۱ حاکی از آن است میانگین و انحراف معیار اجتناب تجربه‌ای در گروه نشانگان افسردگی به ترتیب (۴۱/۲۰ و ۶/۱۶)؛ گروه همراه با نشانگان اضطرابی (۳۵/۴۳ و ۷/۹۳) و در گروه اختلال تنیدگی پس از سانحه بدون نشانگان (۳۲/۸۶ و ۸/۴۳) به دست آمده است. جدول ۲؛ نتایج برون داد تحلیل واریانس تک متغیره نشان داد بین سه گروه در مؤلفه اجتناب تجربه‌ای تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/001$). جدول ۳ تحلیل تعقیبی نشان می‌دهد در مؤلفه اجتناب تجربه‌ای گروه همراه با افسردگی به صورت معناداری نمرات بیشتری از دو گروه همراه با اضطراب و اختلال تنیدگی فاقد نشانگان، به دست آوردند اما بین دو گروه اضطرابی و اختلال تنیدگی پس از سانحه تنها تفاوتی دیده نمی‌شود.

بالینی) انجام دادند قابلیت اعتماد ($p<0/001$ و $r=0/72$) درستی ($p<0/001$ و $r=0/82$) ثبات درونی (۰/۹۲) برای این پرسشنامه بدست آمد (کاوینی و موسوی، ۲۰۰۸).

پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II): از این پرسشنامه برای اندازه‌گیری اجتناب تجربه‌ای استفاده شد. پرسشنامه پذیرش و عمل در درمان با رویکرد پذیرش و تعهد به عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی ساخته شده است. این ابزار دارای نسخه‌های ۱۶، ۴۹، ۹۰ و ۱۰ سؤالی است و ابزار مفیدی برای اندازه‌گیری اجتناب تجربه‌ای و پیامدهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شمار می‌آید. در این پژوهش از نسخه ۱۰ ماده‌ای استفاده شد که هیز و همکاران در سال ۲۰۰۴ ساخته‌اند. در ایران عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) مشخصات روانسنجی این پرسشنامه را در پژوهش خود گزارش دادند. تحلیل عامل اکتشافی ۲ عامل اجتناب از تجارب هیجانی (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۵، ۷، ۹ و ۱۰) و کنترل روی زندگی (سؤالات ۴، ۶ و ۸) را نشان داد. گویه‌ها بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده است.

سؤالات ۱، ۶ و ۱۰ به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. افزایش نمره در نتایج حاصل از اجرای این پرسشنامه بیان‌کننده اجتناب تجربه‌ای و کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی آزمودنی است. نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده با ۶ نمونه نشان داد که این ابزار قابلیت اعتماد و درستی رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و قابلیت اعتماد بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. (بشرپور، شفیعی و دانشور، ۲۰۱۵).

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی بیانگر آن بود که دامنه سنی ۴۵-۵۴ سال ۲۴ نفر (معادل ۶۸/۶ درصد)، ۵۵ سال به بالا ۱۱ نفر (معادل ۳۱/۴ درصد) در گروه همراه با نشانگان افسردگی، دامنه سنی ۴۵-۵۴ سال ۲۴ نفر (معادل ۶۸/۶ درصد)، ۵۵ سال به بالا ۱۱ نفر (معادل ۳۱/۴ درصد) در گروه همراه با نشانگان اضطرابی و دامنه سنی ۴۵-۵۴ سال ۲۸ نفر (معادل ۸۰ درصد)، ۵۵ سال به بالا ۷ نفر (معادل ۲۰ درصد)

جدول ۲. نتایج برون داد تحلیل واریانس یک راهه مؤلفه اجتناب تجربه‌ای							
متغیر	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	P	تا	توان
گروه‌ها	۱۲۷۷/۷۹	۲	۶۳۸/۸۹	۱۱/۱۴	/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۹۹
خطا	۵۸۴۶/۴۵	۱۰۲	۵۷/۳۱	-	-	-	-
کل	۱۴۶۹۷۴	۱۰۵	-	-	-	-	-

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی، مقایسه زوجی گروه‌ها در اجتناب تجربه‌ای					
متغیر	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین (i-j)	خطای استاندارد	P
اجتناب تجربه‌ای	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	۵/۷۷	۱/۸۱	۰/۰۰۱
	همراه با افسردگی	PTSD	۸/۳۴	۱/۸۱	۰/۰۰۱
	همراه با اضطراب	PTSD	۲/۵۷	۱/۸۱	۰/۱۵

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اجتناب تجربه‌ای در سه گروه از بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه با نشانگان اضطرابی، افسردگی و فاقد نشانگان در جانبازان انجام شد. نتایج حاصل از آزمون تحلیل تعقیبی نشان می‌دهد در مؤلفه اجتناب تجربه‌ای گروه همراه با افسردگی به صورت معناداری نمرات بیشتری از دو گروه دیگر، بدست آوردند. اما بین دو گروه همراه با اضطراب و اختلال تنیدگی پس از سانحه تنها، تفاوتی دیده نمی‌شود. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، تاکنون پژوهشی مشابهی که مستقیماً مؤلفه اجتناب تجربه‌ای را در سه گروه از بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه مورد بررسی و مطالعه قرار دهد مشاهده نگردید. اما نتایج این پژوهش با چندین مطالعه که در زمینه اجتناب تجربه‌ای صورت گرفته همسو می‌باشد. یافته‌های پژوهشی از نقش اجتناب تجربه‌ای به عنوان عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی حمایت کرد. نتایج پژوهش (باردن و فرگاس، ۲۰۱۶) حاکی از اثر تعاملی همجوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بود. در مطالعه (اسپینهاون، دروست، روحی، همرت و پنینکس، ۲۰۱۴) نشان داده شد که اجتناب تجربه‌ای پیش‌بینی‌کننده اختلال افسردگی اساسی، افسرده‌خویی و اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد. همچنین در پژوهشی (چاوالا و اوستافین، ۲۰۰۷) نشان دادند که اجتناب تجربه‌ای با وسواس - ناخودداری، افسردگی، اضطراب و نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه همراه است. در تبیین این یافته می‌توان گفت تجربه نکردن عواطف و احساسات و فرار از هیجانات منفی مثل خشم، نفرت و غم و همچنین گریز از افکار منجر به این می‌شود که فرد افکار خود را ترسناک تلقی کرده و از آنها فاصله بگیرد. چنین فرآیندی باعث می‌شود فرد بجای تجربه و تخلیه عواطف منفی، آنها را به سمت خود بازگردانده و احساس منفی نسبت به خود پیدا کند و در نتیجه به سمت افسردگی سوق پیدا کند. اجتناب تجربه‌ای از طریق شفقت به خود تأثیر غیر مستقیم بر افسردگی دارد. (کهری، حشمتی و پورشریفی، ۱۳۹۷)

اجتناب تجربه‌ای یعنی تمایل به تجربه کنونی، آن گونه که ذهن می‌گوید، نه آن گونه که هست. فرد در هنگام اجتناب از تجارب درونی ممکن است ارزیابی منفی و قضاوت درباره خویش را آغاز کند و این فرآیند منجر به نشخوارگری در افراد می‌گردد. بیشتر تحقیقات مربوط به نشخوار در زمینه افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است. نظریه سبک‌های پاسخ‌دهی نولن هوکسما (۱۹۹۱) در مورد نشخوار فکری ادعا می‌کند که نشخوارها نقش مهمی در شروع و حفظ نشانه‌های افسردگی ایفا می‌کند. نشخوار یک فرم ناسازگار از مقابله شناختی و همچنین یک ساختار متمایز و غیر مستقیم از اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌باشد. با توجه به مدل شناختی اهلر و کلارک (۲۰۰۰) نشخوار فکری یک راهبردی شناختی است که برای کاهش سطح پریشانی ناشی از تفسیرهای منفی خاطرات پس از ضربه مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این فرآیند نشخوار به عنوان راهبرد کناره‌گیری و اجتناب که در آن فرد از علل، پیامدها و معانی رویداد تنشگر بدون پردازش کامل حافظه مرتبط با آسیب استفاده می‌کند در نظر گرفته می‌شود. در نتیجه از این طریق میزان و شدت نشانگان اختلال در فرد باقی می‌ماند (رولی، کلایکامب، درانگر، آرمور و الهه، ۲۰۱۵).

نشخوارهای مرتبط با رویداد تنشگر با طیف زیادی از پیامدهای ناسازگار همراه می‌باشد. که می‌توان به افکار فرآینده مرتبط با رویداد اشاره کرد (بورودو، راتمن، مکاندرو، ۲۰۱۴). از طرفی نشخوارها در رابطه با یک رویداد تنشگر به فرد اجازه می‌دهد از فکر کردن در مورد خود رویداد خودداری کند و منعکس‌کننده تلاش فرد برای کنترل شدت، فراوانی و بطور کلی روشی می‌باشد که فرد پس از آسیب در پیش می‌گیرد (مایکل، هالیجان و کلارک، ۲۰۰۷).

برینکر، تایت، مولر و فرینچ (۲۰۱۴) معتقدند که به چند دلیل اجتناب تجربه‌ای در بیماران اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌تواند باعث شدت علائم شود. آنها ابتدا فرض می‌کنند که اجتناب از محرک‌ها و افکار مرتبط با رویداد تنشگر می‌تواند تقویت مثبت در فرد بوجود آورد و در نتیجه فرد به تدریج به افسردگی و سوء مصرف

مواد مبتلا می‌شود. همچنین اجتناب تجربه‌ای باعث محدودیت فرد شده و روابط بین فردی افراد را کاهش داده و او را از روبرو شدن با دنیای واقعی دور نگه می‌دارد. رفتار اجتنابی در پاسخ به یک رویداد تروماتیک ممکن است بر فعالیت‌ها و محرک‌های موازی با رویداد آسیب فرد متمرکز گردد و در طول زمان این راهبرد مقابله‌ای به محرک‌های مرتبط با رویداد تشکر نیز تعمیم داده می‌شود.

تجربه هر یک از راهبردهای اجتناب تجربه‌ای و رفتاری، دشواری‌های بین فردی را در پی خواهد داشت. به این شکل که حساسیت بین فردی، اضطراب مزمن در مورد ارزیابی‌های دیگران و حساسیت نسبت به طرد را به دنبال خواهد داشت. که به دوسوگرایی بین فردی و پرخاشگری که از مشخصه‌های اضطراب و افسردگی هستند منجر می‌شود. به عنوان مثال ترس از ارزیابی منفی در هر یک از راهبردهای اجتنابی منجر به حساسیت بین فردی، نیاز به تأیید اجتماعی بیشتر و مشکلات بیشتری در جامعه می‌شود. و در مرکز اضطراب و افسردگی فرد قرار می‌گیرد. عدم تأیید فرد و سرزنش وی از جانب دیگران در کنار راهبردهای اجتنابی نیز می‌تواند منجر به هیجان منفی (پرخاشگری، خصومت و دوسوگرایی بین فردی) شود که احتمالاً "افسردگی و اضطراب را در پی خواهد داشت (آفتاب، ۱۳۹۵).

تبیین دیگر اینکه، مبتلایان به اختلال تنیدگی پس از سانحه دچار یک شبکه ترس شدید می‌شوند. فعال شدن شبکه ترس از طریق محرک‌های ماشه چکان (محرک‌های یادآورنده حوادث) سبب ورود اطلاعات به آگاهی (علایم تجربه مجدد) می‌شود. تلاش فرد برای سرکوبی چنین فعالیتی باعث به وجود آمدن علایم اجتنابی می‌شود، حل موفقیت‌آمیز حادثه‌ی آسیب‌زا می‌تواند از طریق یکپارچه سازی اطلاعات در شبکه ترس، به واسطه ساختارهای حافظه‌ای موجود، انجام شود. این یکپارچه‌سازی در مرحله اول مستلزم فعال-سازی شبکه‌ی ترس است، به طوری که اصلاح و بهبود امکان‌پذیر شود و در مرحله دوم مستلزم دسترسی به اطلاعاتی است که با شبکه ترس ناسازگار است، از این طریق ساختار کلی حافظه قابل اصلاح می‌شود. فوآ و همکارانش معتقدند که این مختل شدن موجب شکل گیری یک شبکه ترس پراکنده و تجزیه شده می‌گردد و در نتیجه تلفیق انسجام آن را با مدل‌های سازمان‌یافته موجود، دچار اشکال می‌

کند. فرآیند توجیه رویدادهای تشکر و تجدید نظر در روان‌بنه‌های^۱ موجود برای انطباق با تجربه جدید، برای افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه بسیار مشکل است، زیرا فعال شدن مؤلفه معنایی در ساختار ترس، مؤلفه پاسخ‌دهی را نیز فعال خواهد کرد. این امر موجب تجربه مجدد پاسخ‌های هیجانی شدید مرتبط با رویداد تشکر می‌شود. هنگامی که هیجان‌ها خیلی طاقت‌فرسا شوند، فرد تلاش می‌کند فکر کردن به خاطراتش را متوقف کند. این اجتناب از فرآیند یکپارچه-سازی معانی مرتبط با رویداد تشکر و روان‌بنه‌های موجود جلوگیری می‌کند. این یکپارچه‌سازی معنایی منجر به ایجاد الگویی می‌شود که منجر به نوسان متناوب بین تلاش برای پیدا کردن معنای اتفاق رخ داده (که منجر به تجربه مجدد آن می‌شود) و تلاش برای اجتناب از خاطرات و هیجانات منفی می‌شود. بر اساس مدل فوآ، تنش میان نیاز به پیدا کردن معنا و نیاز به اجتناب، باعث ایجاد بیش‌انگیختگی مداوم در فرد می‌شود. در افرادی که نسبت به خود و دنیا از قبل دید منفی داشته‌اند (معمولاً ناشی از رویدادهای تشکر پیشین)، رویداد تشکر می‌تواند به عنوان فعال‌کننده و یا تقویت‌کننده روان‌بنه منفی عمل کند. نتیجه این عمل بروز هیجان منفی است و در نتیجه شدت و میزان افسردگی را در افراد مبتلا بیشتر می‌کند و مانع ایجاد باورهای انطباقی-تر و سازگارانه‌تر می‌شود (جوزف و همکاران، به نقل از میرزایی و همکاران، ۱۳۸۶).

جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه معتقدند برای بهبودی باید تجارب گذشته را فراموش کنند، از آن دوری کنند و آنها را از زندگی‌شان جدا کنند؛ به عبارت دیگر آنان تلاش می‌کنند تا از تمام تجارب جسمانی، روانشناختی و هیجانی مرتبط با آسیب اجتناب کنند. خاطرات، احساسات و افکار، مثبت و منفی، بخشی از تجارب طبیعی ما محسوب می‌شوند. هنگامی که برای اجتناب و بازداري آنها تلاش می‌شود، شدت فراوانی آنها در طول زمان نیز افزایش می‌یابد. این الگوهای رفتار اجتنابی مانع از حرکت جانبازان افسرده به سمت اهداف ارزشمند می‌شود و آنان را در شرایط آسیب‌رسانی قرار می‌دهد.

شایان ذکر است پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها در حوزه علوم انسانی با محدودیت‌هایی چند مواجه بوده است از جمله تعمیم نتایج در مورد زنان باید با احتیاط صورت گیرد به این دلیل که

1. Schema

رضاعی، فرزین؛ فخرایی، علی؛ فرمند، آتوسا؛ نیلوفری، علی؛ هاشمی آذر، ژانت و شاملو، فرهاد (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - ویرایش پنجم*. تهران: انتشارات ارجمند.

شفیعی، معصومه؛ صادقی، مسعود و رمضانی، شکوفه (۱۳۹۶). اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر کارکرد اجرایی و اجتناب تجربه‌ای جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *فصل‌نامه علمی و پژوهشی طب جانباز*، ۹(۴)، ۱۷۵-۱۶۹.

فروتن، صفورا؛ حیدری، علیرضا؛ عسکری، پرویز؛ نادری، فرح و ابراهیمی مقدم، حسین (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی تحلیلی کارگری بر بهبود افسردگی و توانش ارتباطی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - ناخوداری. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۹)، ۶۱۹-۶۱۱.

کهرتی، لیلا؛ حشمتی، رسول و پورشریفی، حمید (۱۳۹۷). بررسی روابط ساختاری افسردگی بر مبنای اجتناب تجربه‌ای و سرکوب‌گری عاطفی: نقش میانجی شفقت بر خود. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۴(۳)، ۲۹۷-۲۸۴.

میرزایی، جعفر و کرمی، غلامرضا (۱۳۸۶). *راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال استرس پس از ضربه*. تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.

Bardeen, R., Fergus, A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Context Behav Science*, 5(1), 1-6.

Basharpoor, S., Shafiei, M., Daneshvar, S. (2015). The comparison of experimental avoidance, mindfulness and rumination in trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder (PTSD) in an Iranian sample. *Arch Psychiatr Nur*, 29(5), 279-283.

Borders, A., Rothman, D.J., Mcandrew, L.M. (2014). Sleep problems may mediate associations between rumination and PTSD and depressive symptoms among OIF/OEF veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(1), 76-84.

Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929.

Brinker, J., Tait, R.J., Moller, C.I., French, D.J. (2014). Rumination, substance use, and self-harm in a representative Australian adult sample. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 283-293.

Chawala, N. & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *J Clin Psychol*. 63 (9), 871-90.

Chien-Lin, Y., Levar, C., Broos, A., Dechert, K., Potter, E., EdenJodi, M. (2020). White matter integrity differences associated with post-traumatic

پژوهش حاضر بر روی تنها مردان اجرا شده است. همچنین تعداد زیاد پرسشنامه‌ها بود که البته با توجه به توضیحات قبل از تکمیل، آزمودنی‌ها با حوصله به سؤالات پاسخ دادند، با وجود این ممکن است این محدودیت برای آزمودنی‌ها خستگی ایجاد کرده و نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. از طرفی این پژوهش صرفاً "بر روی جانبازان که در جنگ دچار حادثه تشکر شده‌اند انجام پذیرفته، لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌های مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

دستاوردهای این پژوهش در سطح نظری می‌تواند به شناخت بهتر مشکلات جانبازان مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه کمک کند و با تبیین عوامل مرتبط با بیماری نسبت به حل مشکلات اقدام کرد. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند مبنای تجربه مناسبی برای تدوین برنامه‌های درمانی برای کمک به این گروه از افراد پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه بر روی گروه‌های دیگر از افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه و در هر دو جنس انجام شود و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین در پژوهش آینده میزان و نوع مشکلات بین فردی و خانوادگی بیماران کنترل شود تا رابطه شرایط بین فردی با بهبود یا بروز اجتناب تجربه ای بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ گونه تضاد منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

آفتاب، رؤیا (۱۳۹۵). نقش میانجی‌گری دشواری‌های بین فردی در رابطه بین اجتناب تجربه‌ای با افسردگی و اضطراب. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۴(۴۰)، ۵۴۲-۵۲۳.

امینی، سعیده؛ دهقانی چمپیری، اکرم؛ صالحی، اعظم و سلطانی‌زاده محمد (۱۳۹۸). نقش اجتناب تجربه‌ای و سرمایه‌های روانشناختی در

پیش‌بینی احساس تنهایی با میانجی‌گری معنای زندگی در سالمندان. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۴)، ۲۳۴-۲۲۲.

دلاور، علی (۱۳۹۳). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. ویراست چهارم، تهران: انتشارات ویرایش.

راه نجات، امیرمحسن؛ ربیعی، مهدی؛ سلیمی، سیدحسن؛ فتحی آشتیانی، علی؛ دنیوی، وحید و میرزایی، جعفر (۱۳۹۳). نقش راهبردهای

کنترل افکار در علائم اختلال استرس پس از سانحه مزمن ناشی از جنگ. *مجله علوم رفتاری*، ۸(۴)، ۳۵۴-۳۴۷.

- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(5), 748-756.
- Roley, M.E., Claycomb, M.A., Contractor, A.A., Dranger, P., Armour, C., Elhai, J.D. (2015). The relationship between rumination, PTSD, and depression symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 180, 116-121.
- Southwick, S.M., Yehuda, R., Gilier, E.L. (1991). Characterization of depression in war-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 148(2), 179-183.
- Shenk, C.E., Putnam F.W., Noll J.G. (2012). Experiential avoidance and the relationship between child maltreatment and PTSD symptom: preliminary evidence. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 118-126.
- Spinhoven P., Drost, J., Rooji, M., van Hemert, A.M., penninx, B.W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior Therapy*. 45(6), 840-50.
- stress disorder are not normalized by concurrent marijuana use. *J. psychresns*, 295, 1-8.
- Cresswell, C.M., Kuiper, L., Power, M.J. (2009). Social networks and support in long-term psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 22(4), 1019-1026.
- Dowling, F.G., Moynihan, G., Genet, B. (2006). A peer-based assistance program for officers with the New York City Police Department: report of the effects of Sept. 11, 2001. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 151-153.
- Eismaa, M., Rinck, M., Stroebe, M., Schut, Boelena, W., Stroebe, W. (2015). Rumination and implicit avoidance following bereavement: An approach avoidance task investigation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 47, 84-91.
- Hosseini-Ramaghani, N., Rezaei, F., Sepahvandi, M., Gholam-Rezaei, S., Mirdrikvand, F. (2019). The mediating role of the metacognitions and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and PTSD symptoms. *Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 23(5), 543-553.
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123(3), 249-257.
- Kaviani, H., Mousavi, A. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*, 66(2), 136-140.
- Kessler, T.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age of Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Michael, T., Halligan, S.L., Clark, D.M., Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 307-317.
- Marx, B.P., Sloan, D.M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behav Res Ther*, 43(5), 569-583.
- Naderi, Y., Moradi, A.R., Hasani, J., Noohi, S. (2015). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies of Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder Veterans. *Journal of War & Public Health*, 7(3), 147-155.
- Philip, B., Brenda, W., Penninx, D., Albert, M., Hemert, B., Mark, D., Bernet, M., Elzinga, A. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Journal of Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1320-1330.
- Pickett, S.M., Bardeen, J.R., Orcutt, H.K. (2011). Experiential avoidance as a moderator of the relationship between behavioral inhibition system sensitivity and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorder*, 25(8), 1038-1045.