

اثربخشی درمان روایتی - سازه‌گرایانه به شیوه "بازگشت به آینده" بر کاهش نشانه‌های اختلال فشار روانی حاد ناشی از وقوع تصادف منجر به اغماء در همسر

حامد جهان بین شالکوهی^۱، احمد برجعلی^۲، حسین اسکندری^۳

تاریخ وصول: ۹۵/۰۸/۰۹

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۱۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان روایتی - سازه‌گرایانه به شیوه "بازگشت به آینده" بر کاهش نشانه‌های اختلال فشار روانی حاد انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان ۱۸ تا ۴۰ ساله‌ای بود، که در اثر آسیب روانی ناشی از تصادف منجر به اغماء در همسران‌شان، به اختلال فشار روانی حاد مبتلا شده بودند و همسران‌شان در سال ۱۳۹۲ (از ابتدای خرداد تا پایان مرداد)، در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان پورسینای رشت بستری بودند. از میان ۴۲ زن، تعداد ۳ زن ($n=3$)، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس پرسشنامه واکنش فشار روانی حاد استنفورد (۲۰۰۰) انتخاب شدند. در پژوهش حاضر از طرح تجربی تک موردی از نوع چند خط پایه غیرهمزمان از خلال چند آزمودنی استفاده شده است. مداخله صورت گرفته شامل به کارگیری شیوه درمانی "بازگشت به آینده" بود، که به مدت ۱۳ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی آزمودنی‌ها اعمال شد. بطور کلی این پژوهش از سه مرحله تشکیل شده بود، که این مراحل شامل ارزیابی سطح پایه، دوره انجام مداخله و مرحله پیگیری بود، که ۱/۵ و ۳ ماه پس از پایان درمان صورت پذیرفت. نتایج حاصل از فرمول ضریب تغییرپذیری کوهن حاکی از آن بود که این شیوه درمانی، موجب کاهش معنادار در نشانگان اختلال فشار روانی حاد گردید ($d=-1/89$). همچنین این برنامه درمانی موجب کاهش معنادار در خرده مقیاس‌های اختلال فشار روانی حاد، شامل نشانگان تجزیه‌ای ($d=-1/78$)، نشانگان تجربه مجدد ($d=-1/82$)، نشانگان اجتنابی ($d=-2/08$)، و نشانگان بیش‌انگیختگی ($d=-1/88$) گردید. نتایج این

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده)

مسؤل) hamed.jahanbin.sh@gmail.com

۲. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

۳. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

پژوهش نشان داد که شیوه درمانی "بازگشت به آینده" در درمان اختلال فشار روانی حاد زنان از کارایی لازم برخوردار است.

واژگان کلیدی: اختلال فشار روانی حاد، درمان روایتی- سازه گرایانه، بازگشت به آینده.

مقدمه

طبق آمارهای موجود در سال ۲۰۰۹، تعداد ۸۰۶۹۲۲ تصادف رانندگی در ایران اتفاق افتاده است، و تعداد ۲۲۹۷۴ نفر ایرانی در این تصادفات، جان خود را از دست داده اند و بیش از یک میلیون نفر نیز، بدلیل تصادفات رانندگی مجروح شده‌اند (رضایی، عرب، کریمی متین، اکبری ساری^۱، ۲۰۱۴). مرگ و میر ناشی از جراحات رانندگی سالانه جان ۱/۲ میلیون نفر را در دنیا گرفته و بیش از ۵۰ میلیون مورد مصدومیت ایجاد می‌نماید (وانگ، تسای، و باند^۲، ۲۰۰۵). نرخ مرگ و میر ناشی از تصادفات در ایران، ۴۴ در هر ۱۰،۰۰۰ نفر است، که از نظر آمار، جزء یکی از بالاترین نرخ‌های مرگ و میر ناشی از تصادف، در جهان محسوب می‌شود (بهالا، نقوی، شهرآز، بارتز و موری^۳، ۲۰۰۹) و بر اساس پیش بینی‌های موجود، در فاصله بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰، در کشورهای درحال توسعه، حوادث رانندگی به طرز قابل ملاحظه‌ای افزایش خواهد یافت (گرجی^۴، ۲۰۱۲). مطابق پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال فشار روانی حاد، واکنش اولیه‌ای است که در خلال ۳ روز تا ۱ ماه پس از مواجهه با یک یا چند رویداد آسیب‌زا در شخص پدیدار می‌گردد. یکی از عواملی که می‌تواند سبب بوجود آمدن واکنش اختلال فشار روانی حاد شود، تصادف است. میزان وقوع اختلال فشار روانی حاد متعاقب وقوع تصادف‌های ناشی از وسایل نقلیه بین ۱۳٪-۲۱٪ است. آسیب‌های روانی و عوامل تنش‌زا، آن‌چنان در مباحث مرتبط با آسیب‌شناسی تأثیر گذار هستند که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال فشار روانی حاد از زیر مجموعه اختلالات اضطرابی خارج شده و در زیر مجموعه طبقه تشخیصی تازه‌ای با عنوان اختلالات مرتبط با ضربه و عوامل تنش‌زا^۵ قرار گرفته است

1. Rezaei, Arab, Karimi Matin, Akbari Sari
2. Wang, Tsay & Bond
3. Bhalla, Naghavi, Shahraz, Bartels & Murray
4. Gorgi
5. Trauma- and Stressor- Related Disorders

(انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که تقریباً سه چهارم از بازماندگان رویدادهای آسیب‌زای روانی، که تشخیص اختلال فشار روانی حاد در مورد آنها داده می‌شود، بعدها به اختلال فشار روانی پس‌آسیبی مبتلا می‌گردند و درمان زودهنگام شخص، در دوره اختلال فشار روانی حاد، مانع از بوجود آمدن اختلال فشار روانی پس‌آسیبی در این اشخاص می‌شود (برایانت، هاروی، دانگ و ساکویل^۲، ۱۹۹۸). پژوهش‌های روانشناختی مرتبط با همراهان بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان نشان داده است که این افراد، عموماً از نشانگان اختلال فشار روانی حاد و اختلال فشار روانی پس‌آسیبی، در رنج هستند (مک‌آدام و پونتیلو^۳، ۲۰۰۹). خانواده افراد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه که یکی از خویشاوندان آنها در اغماء به سر می‌برد، با موقعیت‌های دشواری همچون، احتمال مرگ بیمار بستری و بوجود آمدن معلولیت در وی روبرو هستند و همه این عوامل سبب می‌شود که این افراد مستعد تجربه نمودن احساس ناامنی، اضطراب و ترس باشند (پوگینا، سیلوا، و آراجو^۴، ۲۰۰۸).

درمان روایتی - سازه گرایانه به شیوه بازگشت به آینده^۵، یک شیوه درمان پسامدرن^۶ برای کاهش علائم و نشانه‌های اختلال فشار روانی حاد است و توسط پالگی و بن - ازرا^۷ (۲۰۱۰a) بوجود آمده است و هدف از طراحی این شیوه درمانی این است که در روزها و مراحل اولیه برخورد افراد با رویداد آسیب‌زا، به آنها کمک شود تا بتوانند این رویداد را، با روایت شخصی^۸ زندگی خود ادغام کنند و خاطرات آسیب‌زای موجود را، از لحاظ مفهومی تغییر دهند. درمان‌های پسامدرن، نسل تازه‌ای از درمان محسوب می‌گردند که در خلال ربع پایانی قرن بیستم و تحت تأثیر انقلاب شناختی و مواضع معرفت‌شناختی مبتنی بر فلسفه پسامدرن بوجود آمدند (تاراگونا^۹، ۲۰۰۷). فیلسوفان پسامدرن، به وجود یک حقیقت واحد، جهانی و قابل کشف، که درجایی بیرون از انسان، وجود داشته باشد، باور ندارند. آنها

1. American Psychiatric Association
2. Bryant, Harvey, Dang & Sackville
3. McAdam & Puntillo
4. Puggina, Silva & Araujo
5. Back to the Future
6. postmodern
7. Palgi & Ben-Ezra
8. Personal narrative
9. Tarragona

همچنین وجود یک هویت ثابت، پایا، قابل شناخت و ذاتی را رد می‌نمایند. در نظر آنها خود و هویت تنها می‌توانند در رویه‌های زبانشناختی، فرهنگی و نسبی^۱ پدیدار گردد و از نظر آنها بیماری روانی ساختی زبانی دارد (جونز-اسمیت^۲، ۲۰۱۲؛ اسکندری، ۱۳۹۲، ۱۳۹۴) و از لحاظ روش‌شناسی بیشتر به سمت استفاده از پژوهش‌های کیفی متمایل هستند (جپ^۳، ۲۰۰۶).

شیوه بازگشت به آینده، اصول درمانی خود را از رویکردهای روایت‌درمانی^۴ (وایت و اپستون^۵، ۱۹۹۰)، درمان‌های ساخت‌گرا^۶ (نی‌مایر^۷، ۲۰۰۹) و درمان‌های سازه‌گرای اجتماعی^۸ (آندرسون^۹، ۱۹۹۷؛ جونگ و برگ^{۱۰}، ۲۰۰۲)، روان‌درمانی وجودی^{۱۱} (فرانکل^{۱۲}، ۱۹۹۲)، انسجام‌درمانی^{۱۳} (اکر و هالی^{۱۴}، ۲۰۰۸)، روان‌درمانی تخیل-محور^{۱۵} (لین و کیرچ^{۱۶}، ۲۰۰۶) وام گرفته است (پالگی و بن ازرا، ۲۰۱۰d؛ فرانس ورث و سیول^{۱۷}، ۲۰۱۰). این شیوه درمانی از تمرکز آشکار بر روی هسته آسیب‌زا اجتناب می‌نماید، چرا که بر اساس پژوهش‌های انجام شده، این کار می‌تواند به اشتباه، سبب تسهیل تحکیم آن هسته، در حافظه شده و احتمال بروز اختلال فشار روانی پس‌آسیبی در فرد را افزایش دهد (بونانو، بروین، کانیاستی و لاگرشا^{۱۸}، ۲۰۱۰). این روش، بر روی پیش-سازه‌ها و پی‌آمدهای رویداد آسیب‌زا تمرکز می‌کند و درمانگر به شخص کمک می‌کند که دائماً میان زمان گذشته و آینده حرکت کند

-
1. relational
 2. Jones-Smith
 3. Jupp
 4. Narrative Therapy
 5. White & Epston
 6. constructivism
 7. Neimeyer
 8. social-constructionist
 9. Anderson
 10. Jong & Berg
 11. existential therapy
 12. Frankl
 13. coherence therapy
 14. Ecker & Hulley
 15. imagination-oriented psychotherapy
 16. Lynn & Kirsch
 17. Farnsworth & Sewell
 18. Bonanno, Brewin, Kaniasty & La Greca

و از نقاط تکیه گاهی^۱ به منظور ایجاد حس آمادگی در فرد استفاده می شود. نقاط تکیه گاهی، به قسمت هایی از داستان زندگی شخص اشاره دارد که این قسمت ها با روایت آسیب زای موجود، تناقض دارند و به این ترتیب داستان زندگی شخص، مورد باز-نویسی (میرهف^۲، ۱۹۸۶؛ به نقل از وایت و اپستون، ۱۹۹۰) قرار می گیرد و به اشخاص آسیب دیده کمک می شود، که با تجربه آسیب زای موجود بیش-همانندسازی یا کم همانند سازی ننماید و امکانات هویتی خود را، به امکانات ناشی از روایت آکنده از مشکل، محدود نکنند (وایت و اپستون، ۱۹۹۰). همچنین درمانگر به شخص کمک می کند تا واقعیت رویداد آسیب زای مورد تحریف یا بیش-برونی سازی^۳ قرار ندهد، تا از غلبه خود آسیب زای، در هویت شخص آسیب دیده، جلوگیری شود (استوارت و نی میر^۴، ۲۰۰۱) و به این ترتیب، به روایت های آکنده از مشکل، اجازه داده نمی شود که هویت شخص آسیب دیده را تحت انقیاد خود درآورد (پالگی و بن-ازرا، ۲۰۱۰a). در این فرآیند تعمیر روایی، درمانگر به کمک آزمودنی ها، سعی می کند تا "داستان آکنده از مشکل رقیق"^۵ موجود آن ها، به یک "شرح حال غلیظ تر"^۶ (گیرتز^۷، ۱۹۸۶؛ به نقل از جونز-اسمیت، ۲۰۱۲) تبدیل شود، و در تلاش است تا با شالوده شکنی^۸ نمودن از توصیفات تحمیلی اجتماعی، سیاسی و فرهنگی ای که دارای نقشی آسیب زای می باشند، از میزان غلبه روایتی رویداد آسیب زای کاسته و بر درجه عاملیت شخصی^۹ فرد بیفزاید (کریر^{۱۰}، ۲۰۱۰). از آنجائیکه وقوع آسیب روانی سبب می شود که روایت خود شخص آسیب دیده، دچار درهم ریختگی و گسست شود و این امکان وجود دارد که تجربه آسیب زای، در روایت خود شخص آسیب دیده غلبه پیدا کند، در نتیجه این شیوه درمانی در تلاش است تا با پردازش روایی^{۱۱} هسته آسیب زای، خاطرات آسیب زای موجود را از حالت پیش-روایی خارج نموده و آن ها را جهت تعبیر دوباره، به محدوده

1. anchoring points
2. Myerhoff
3. overaccommodation
4. Stewart & Neimeyer
5. thin problem saturated story
6. thick description
7. Geertz
8. deconstruction
9. Personal agency
10. Currier
11. narrative processing

حافظه زندگینامه‌ای فرد وارد نماید (نی‌مایر، ۲۰۰۲) و میزان درهم‌ریختگی، وقفه و هرج و مرج روایتی موجود کاهش دهد و روایت خود آزمودنی‌ها را به سطح بالاتری از یکپارچگی و انسجام برساند و با یکپارچه‌سازی "داستان خاموش" مرتبط با آسیب روانی با روایت خود شخص و نیز با یکپارچه‌سازی موقعیت‌های من^۱ از هم گسیخته درون فرد، میزان گسست موجود در روایت خود فرد را کاهش دهد (پالگی و بن-ازرا، ۲۰۱۰a).

با توجه به این که حوادث رانندگی یکی از شایع‌ترین دلایل به وجود آمدن آسیب روان‌شناختی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است (شانبرگ، جاسیت، هاتزینگر و بیدک^۲، ۲۰۱۱) و از آنجائیکه وقوع این حوادث، علاوه بر این که بر زندگی روزمره و میزان بهره‌وری فرد تأثیرگذار می‌گذارد، بر کیفیت زندگی شخص، خانواده و جامعه نیز تأثیرگذار است (دایهل و گلدبرگ^۳، ۲۰۰۴) و با توجه به اینکه بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بیمارستان، معمولاً به صورت ناگهانی و غیرمنتظره صورت می‌گیرد و این مسئله سبب ایجاد فشار روانی، حس گم‌گشتگی و به حال خود رهاشدگی می‌گردد و به نظر می‌رسد که شرایط لازم برای ایجاد اختلال فشار روانی حاد در خانواده این افراد، فراهم است و با توجه به این موضوع که رویداد آسیب‌زا در کوتاه مدت سبب بوجود آمدن واکنش‌هایی همچون، طغیان خشم، افسردگی، کابوس دیدن، سردرد، احساس بی‌قراری و آشفتگی، در افراد آسیب دیده می‌شود، و در بلندمدت و در صورت عدم توجه به به این افراد در ماه اول، ممکن است که آنها به اختلال‌های فشار روانی پس‌آسیبی، افسردگی، هراس، سوء مصرف مواد مخدر، یا اختلال جسمانی‌سازی دچار شوند (اچپورا^۴، ۲۰۱۰). بنابراین تمامی موارد ذکر شده حاکی از آن است که در صورت عدم درمان اشخاص مبتلا به اختلال فشار روانی حاد، نه تنها این افراد با مشکلات روانی-جسمانی - اجتماعی زیادی مواجه خواهند شد، بلکه، خانواده و جامعه نیز از داشتن یک فرد مولد و مؤثر، محروم خواهد شد. همه این نکات، نشان دهنده ضرورت انجام هر چه بیشتر پژوهش در زمینه رویکردهای تازه در درمان اختلال فشار روانی حاد است. پژوهش حاضر همسو با مطالعات پالگی و بن-ازرا (۲۰۱۰a)، (۲۰۱۰b)، کریر (۲۰۱۰)، فرانس‌ورث و سیول (۲۰۱۰) در تلاش است تا اثربخشی این شیوه

-
1. I-positions
 2. Schonenberg, Jusyte, Hautzinger & Badke
 3. Diehl & Goldberg
 4. Echeburua

درمانی را مورد بررسی قرار دهد. چراغ سپهر (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان داده است که ترکیبی از روایت درمانی و مواجهه درمانی می تواند بر کاهش نشانگان اختلال فشار روانی پس از ضربه در کودکان موثر باشد. اما از آنجا که تاکنون هیچ پژوهشی درباره اثربخشی رویکرد درمانی روایتی - سازه گرایانه به شیوه "بازگشت به آینده" بر کاهش نشانه های اختلال فشار روانی حاد در ایران انجام نشده است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شیوه درمانی بازگشت به آینده در کاهش نشانگان اختلال فشار روانی حاد انجام شده است.

روش پژوهش

در این پژوهش از روش طرح تجربی تک موردی از نوع چند خط پایه غیرهمزمان^۱ از خلال چند آزمودنی استفاده شد. بر اساس این روش، رویکرد درمانی روایتی - سازه گرایانه به شیوه "بازگشت به آینده" به عنوان متغیر مستقل و نشانگان اختلال فشار روانی حاد به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان ۱۸ تا ۴۰ سال بود، که در اثر آسیب روانی ناشی از تصادف همسرشان، به اختلال فشار روانی حاد مبتلا شده بودند، که از ابتدای خرداد تا پایان مرداد سال ۱۳۹۲، شوهران شان بدلیل تصادف منجر به اغماء در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان پورسینای رشت بستری بودند. در مجموع از تعداد ۴۲ زن، پرسشنامه واکنش فشار روانی حاد استنفورد (۲۰۰۰) گرفته شد، که ۱۳ نفر واجد شرایط بودند و از میان این ۱۳ نفر، ۹ نفر مایل به همکاری بودند و از میان این ۹ نفر، ۲ زن در خلال مرحله خط پایه و ۴ زن نیز در خلال مرحله مداخله، از شرکت در پژوهش، انصراف دادند و سرانجام پژوهش با سه آزمودنی به پایان رسید. نمونه ها شامل ۳ نفر ($n=3$) از زنان مبتلا به اختلال فشار روانی حاد بودند، که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و بر اساس پرسشنامه واکنش فشار روانی حاد استنفورد (کاردنا، کوپمان و کلاسن، وی‌الد، و اشپیگل^۲، ۲۰۰۰)، انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه ها در ابتدا از میان زنانی که شوهران شان در اثر تصادف منجر به اغماء در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان پورسینای رشت بستری بودند، افراد واجد شرایط این پژوهش، انتخاب شدند و سپس به منظور ارزیابی صحت وجود اختلال فشار روانی حاد و عدم وجود اختلال های همبود، آزمودنی ها مجدداً توسط روانشناس بالینی مورد

1. nonconcurrent multiple baseline design
2. Cardena, Koopman, Classen, Waelde, & Spiegel

ارزیابی قرار گرفتند و پس از آن به صورت تصادفی در گروه‌هایی با ۲، ۳ و ۴ خط پایه گمارده شدند.

معیارهای ورود و خروج عبارت بودند از: همسر در حالت اغما باشد، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی برای اختلال فشار روانی حاد، شدت نشانگان اختلال فشار روانی حاد فرد در خلال خط پایه از ثبات برخوردار باشد، برخوردار از هوش بهنجار، برخوردار از سطح تحصیلات حداقل دیپلم، سن بین ۱۸-۴۰ سال، نداشتن وابستگی یا سوء مصرف مواد مخدر در سه ماه گذشته، عدم وجود اختلالات همبود در آزمودنی‌ها و عدم دریافت درمان‌های دارویی و غیردارویی در طول جلسات درمان توسط آزمودنی‌ها.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل: الف) پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته، برای کسب اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها مثل سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، تعداد فرزند، تعداد دوستان نزدیک، سابقه بالینی و درمانی به کار گرفته شد.

ب) پرسشنامه واکنش فشار روانی حاد استنفورد: پرسشنامه واکنش فشار روانی حاد استنفورد توسط کاردنا و همکاران (۲۰۰۰) تدوین گردیده است. این پرسشنامه، از ۳۰ پرسش تشکیل شده است و هر کدام از معیارها تشخیصی اختلال فشار روانی حاد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: نشانگان تجزیه‌ای (۱۰ پرسش)، تجربه مجدد (۶ پرسش)، اجتناب (۶ پرسش)، اضطراب و بیش‌انگیختگی (۶ پرسش)، اختلال در کارکرد (۲ پرسش). به وجود هر نشانه، یا توسط یک مقیاس از نوع لیکرتی (۰ تا ۵) نمره‌دهی می‌شود و به دست آوردن نمره ۷ یا بیشتر، نشان‌دهنده وجود اختلال، در آزمودنی‌ها است. این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی برخوردار است (آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۵)، و با ابزارهای سنجش اختلال فشار روانی پس‌آسیبی، از اعتبار همزمان^۱ خوبی برخوردار است، پایایی آن در سطح خوب تا عالی است و در محدوده ۰/۸۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد و پایایی آزمون-بازآزمایی آن ۰/۶۹ است.

فرآیند اجرای پژوهش: مداخله صورت گرفته شامل به کارگیری شیوه درمانی "بازگشت به آینده" بود، که توسط پالگی و بن-ازرا (۲۰۱۰a) و برای کاهش نشانگان اختلال فشار روانی حاد طراحی شده است، به مدت ۱۳ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و در مدت ۷ هفته و در خلال چهار مرحله کلی، بر روی آزمودنی‌ها اعمال شد، که در هفته اول شامل سه جلسه

1. concurrent validity

و در خلال چهار هفته بعد، هفته‌ای دو جلسه و در خلال دو هفته پایانی، یک جلسه در هفته، درمانگر و بیمار همدیگر را ملاقات نمودند. این شیوه درمانی بر دو اصل متکی است: (الف) کاهش دادن میزان زمانی که بیمار در معرض محتوای تجربه مرتبط با هسته آسیب‌زا است و (ب) تمرکز کردن بر روی رویدادهای بوقوع پیوسته پیش از رویداد آسیب‌زا، یعنی تمرکز بر روی مفاهیم شخصی‌ای که از آنها به عنوان نقاط تکیه‌گاهی استفاده می‌شود. برای کمک به شخص برای کنار آمدن با رویداد آسیب‌زا و بازسازی روایتی سالم‌تر، در این شیوه از سه اصل پیامدهای یگانه^۱ (وایت و اپستون، ۱۹۹۰)، اصل پیوستگی^۲ (امر و ایلون^۳، ۱۹۹۴)، و اصل معنا^۴ (نی‌مایر، ۲۰۰۲) استفاده شد. در مرحله نخست درمان، پیش فرض‌ها و طرحواره‌های ناسالم، و دیدگاه‌های درهم شکسته آزمودنی‌ها، از طرف درمانگر به چالش کشیده شد و درمانگر به آزمودنی‌ها در ترمیم این طرحواره‌ها^۵ و روایت‌های ناسالم، کمک نمود و با کاستن از توان تعبیر رویداد در آزمودنی‌ها، به فرآیند فراموشی طبیعی، اجازه داد که سیر طبیعی خود را طی نماید و به آزمودنی‌ها کمک کرد تا واژگان و اصطلاحات زبانشناختی مرتبط با رویداد آسیب‌زا را تغییر دهند و به جای استفاده از اصطلاحات و واژگانی که از نظر حسی، واضح و مشخص بودند، از اصطلاحات و واژگان کوتاه و خنثی استفاده کنند؛ و به جای توصیف رویداد آسیب‌زا، از اصطلاح منفرد "حادثه" یا "اتفاق"؛ و به جای توصیف صداها، بوها و تصاویر مرتبط با رویداد آسیب‌زا، از اصلاح "آن بوها"، "آن صداها"، "آن تصاویر"؛ و در مورد محتوای خاطرات ناخوانده نیز آزمودنی‌ها از اصطلاح خنثی "خاطرات" یا "تصاویر" استفاده کردند. درمانگر در مورد تجربیات آزمودنی‌ها عمل بهنجارسازی^۶ را انجام داد و سعی نمود تا به آنها نشان بدهد که واکنش‌ها و احساسات موجود در آنها، واکنش‌هایی معمولی، طبیعی و شناخته شده هستند. در مرحله بعدی درمان، درمانگر به آزمودنی‌ها کمک نمود تا با استفاده از اصطلاحات و توضیحات درمانگر، کلمات و کنش‌های خودشان را دوباره چارچوب‌بندی^۷ نماید و با استفاده از رویکرد رهنمودی،

1. unique outcomes
2. Continuity principle
3. Omer & Alon
4. meaning principle
5. schema
6. normalization
7. reframing

درمانگر سعی کرد که نوعی احساس آمادگی را در آزمودنی‌ها بوجود بیاورد و به این ترتیب آزمودنی‌ها با استفاده از اصل معنا و پیامدهای یگانه، یک روایت تازه را ساختند و درمانگر در مراحل بعد به آزمودنی‌ها کمک کرد تا به چالش آسیب‌زا، معنایی مثبت بدهند و هویت تازه آزمودنی‌ها، مورد تقویت قرار گرفت و روایت جدید آنها، کاملاً شکل گرفته و ثبات پیدا کرد و همچنین، آزمودنی‌ها به کمک درمانگر، برنامه‌ریزی برای آینده را آغاز کردند و با استفاده از اصل پیوستگی تلاش نمودند تا گذشته، حال و آینده را، یکپارچه نماید. درمانگر با استفاده از رویکرد رهنمودی^۱، تکنیک‌های آرامش‌آموزی^۲ و تخیل هدایت شده^۳ (لین و کیرچ، ۲۰۰۶)، این گذار معنایی در روایت خود شخص را تسریع نمود (پالگی و بن-ازرا، ۲۰۱۰a).

شرح مراحل مداخله و محتوای جلسات در جدول ۱ آورده شده است:

مراحل درمانی	محتوای جلسات
مرحله اول (جلسات ۱ تا ۴)	۱. به چالش کشیدن فرض‌های ناسالم شخص ۲. تغییر اصطلاحات مرتبط با رویداد آسیب‌زا به اصطلاحات کوتاه خنثی ۳. بهنجارسازی تجربیات مرتبط با رویداد آسیب‌زای آزمودنی‌ها ۴. اجتناب از تکرار هسته آسیب‌زا ۵. استفاده از رویکرد رهنمودی ۶. آموزش تکنیک آرامش‌آموزی
مرحله دوم (جلسات ۵ تا ۹)	۷. ایجاد یک روایت جدید ۸. استفاده از تکنیک آرامش‌آموزی ۹. استفاده از تکنیک تخیل هدایت شده ۱۰. استفاده از تکنیک معنا و پیامدهای یگانه
مرحله سوم (جلسات ۹ تا ۱۱)	۱۱. دادن معنای مثبت به چالش‌های بوجود آمده ناشی از رویداد آسیب‌زا ۱۲. استفاده از اصل معنا ۱۳. استفاده از تکنیک آرامش‌آموزی ۱۴. استفاده از تکنیک تخیل هدایت شده

1. directive
2. relaxation technique
3. guided imagination techniques



مرحله چهارم (جلسات ۱۲ تا ۱۳)	۱۵. استفاده از تکنیک آرامش آموزی ۱۶. استفاده از تکنیک تخلیل هدایت شده ۱۷. برنامه ریزی برای آینده ۱۸. استفاده از تکنیک پیوستگی
------------------------------------	--

در این پژوهش، در ابتدا با زنانی که همسرشان به دلیل اغماء در بیمارستان بستری بودند در مورد پژوهش حاضر صحبت شد و از آن دسته از زنانی که مایل به همکاری بودند، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه واکنش فشار روانی حاد استنفورد (۲۰۰۰)، گرفته شد و سپس آزمودنی‌ها توسط یک روانشناس بالینی مورد ارزیابی قرار گرفتند، تا در صورت عدم وجود اختلال‌های همبود و وجود ملاک‌های ورود و خروج، به مرحله خط پایه، وارد شوند. پس از انتخاب نمونه‌ها و پیش از شروع برنامه مداخله، هدف پژوهش برای آزمودنی‌ها به طور کامل توضیح داده شد و هماهنگی‌های لازم جهت تعیین محل، زمان و طول مدت انجام مداخله با آنها صورت گرفت و با اخذ رضایت نامه کتبی به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت و به آنها توضیح داده شد که ادامه همکاری ایشان در طول پژوهش، داوطلبانه و اختیاری خواهد بود. آزمودنی‌ها پس از انجام ارزیابی‌های اولیه، به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های ۲، ۳ و ۴ خط پایه گمارده شدند و در خلال مراحل خط پایه، مداخله و پی‌گیری نیز به صورت پیوسته وضعیت نشانگان در آنها مورد سنجش قرار گرفت. در مرحله خط پایه، آزمودنی‌ها هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و تنها میزان شدت نشانگان اختلال فشار روانی حاد در آنها مورد سنجش قرار گرفت و آزمودنی‌هایی که نمرات آنها از ثبات لازم برخوردار بود، وارد مرحله درمانی شدند. میزان تغییرپذیری میان نمرات خط پایه آزمودنی‌ها، نباید در هیچ مورد از ۵۰ درصد تجاوز می‌کرد (بارلو و هرسن، ۱۹۸۴؛ به نقل از فیدر، ۲۰۰۷). سپس در طی ۱۳ جلسه، شیوه بازگشت به آینده در مورد آنها اعمال شد. تمامی آزمودنی‌ها در اتاق شکایات بیمارستان پورسینای رشت مورد درمان قرار گرفتند و برای هر سه آزمودنی نیز دو مرحله مطالعه پیگیری پس از ۱/۵ و ۳ ماه پس از پایان درمان انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از فرمول درصد بهبودی و ضریب تغییر پذیری

1. Barlow & Herson
2. Feather

کوهن و برای رسم نمودارها و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۰۱۰ نرم افزار اکسل^۱ مایکروسافت، استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های به دست آمده نشان دهنده این مطلب است که نمرات آزمودنی‌های الف، ب و ج از جلسه اول تا سیزدهم دارای سیری نزولی است. همچنین نمرات درصد بهبودی و اندازه اثر (ضریب تغییرپذیری کوهن) آزمودنی‌ها، حاکی از درمان آزمودنی‌ها و اثر بخشی شیوه بازگشت به آینده در کاهش نشانگان فشار روانی حاد این زنان است. از نظر میزان درصد بهبودی در آخرین جلسه، آزمودنی‌های الف، ب و ج توانستند به ترتیب به ۵۷/۱، ۵۲/۷ و ۷۴/۷ درصد بهبودی دست پیدا کنند، که در مورد هر سه آزمودنی این عدد بالاتر از ۵۰ درصد است و این میزان از درصد بهبودی از نظر بالینی معنی‌دار است. نمرات ضریب تغییر پذیری کوهن آزمودنی‌های الف، ب، و ج در نشانگان کلی اختلال فشار روانی حاد، به ترتیب ۱/۸۸-، ۲/۱۲-، ۱/۶۷- و میانگین ضریب تغییرپذیری کوهن سه آزمودنی ۱/۸۹- است، و میانگین ضریب تغییرپذیری کوهن برای خرده مقیاس‌های تجزیه‌ای، تجربه مجدد، اجتنابی و بیش‌انگیزختگی به ترتیب ۱/۷۸-، ۱/۸۲-، ۲/۰۸-، ۱/۸۸- است، که همانطور که پیش از این گفته شد، در صورتی که ضریب کوهن از ۰/۵۰ بیشتر باشد، به معنای تأثیر شدید است و چون هر سه آزمودنی نمره‌ای بالاتر از ۰/۵۰ به دست آورده‌اند، پس می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که درمان روایتی-سازه‌گرایانه به شیوه درمان بازگشت به آینده در درمان اختلال فشار روانی حاد و بر کاهش نشانگان این اختلال، تأثیرگذار بوده است. نتایج حاصل از پی‌گیری ۱/۵ ماه و ۳ ماه بعد، نشان دهنده ثبات دستاوردهای درمانی در آزمودنی‌ها بود.

جدول ۲. جدول شاخص میزان تغییر پذیری نمرات آزمودنی‌ها در نشانگان کلی و خرده مقیاس‌های اختلال فشار روانی حاد

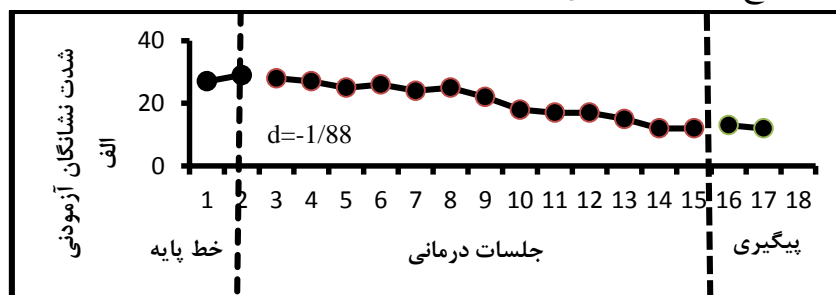
نشانگان	آزمودنی الف	آزمودنی ب	آزمودنی ج	میانگین هر سه آزمودنی
کلی	۵۷/۱٪	۵۲/۷٪	۷۴/۷٪	۶۱/۵٪
درصد بهبودی آخرین جلسه				

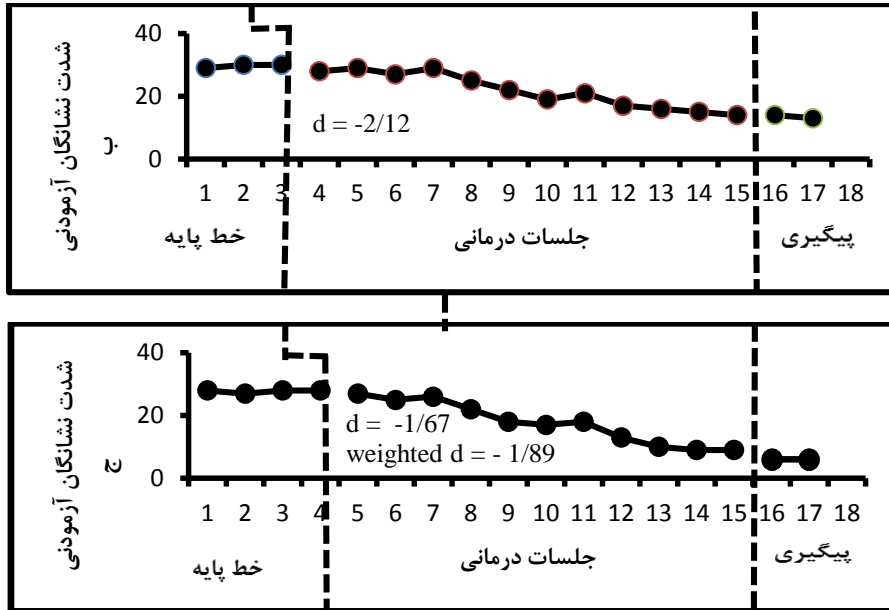
				ضریب تغییر پذیری کوهن	-۱/۸۸	-۲/۱۲	-۱/۶۷	-۱/۸۹
				درصد بهبودی آخرین جلسه	%۶۴	%۶۸	%۷۷	%۶۹/۶۶
تجزیه ای				ضریب تغییر پذیری کوهن	-۱/۴۹	-۲/۱۳	-۱/۷۲	-۱/۷۸
				درصد بهبودی آخرین جلسه	%۶۳	%۵۰	%۶۵	%۵۹/۳۳
تجربه مجدد				ضریب تغییر پذیری کوهن	-۱/۴۱	-۲/۱۶	-۱/۹۱	-۱/۸۲
				درصد بهبودی آخرین جلسه	%۶۶	%۵۰	%۸۳	%۶۶/۳۳
اجتنابی				ضریب تغییر پذیری کوهن	-۱/۷۲	-۲/۰۳	-۲/۴۹	-۲/۰۸
				درصد بهبودی آخرین جلسه	%۵۰	%۵۰	%۸۰	%۶۰
بیش انگیزندگی				ضریب تغییر پذیری کوهن	-۱/۴۱	-۲/۰۳	-۲/۲۲	-۱/۸۸

توجه: ضریب تغییر پذیری کوهن صفر، نشان دهنده عدم تأثیر ضریب تغییر پذیری کوهن بین ۰ تا ۰/۲۰ به معنای تأثیر کم، و ضریب تغییر پذیری کوهن بین ۰/۵۰ تا ۰/۲۰ به معنای تأثیر متوسط، و ضریب تغییر پذیری کوهن بزرگتر از ۰/۵۰ به معنای تأثیر شدید است. درصد بهبودی نیز دست کم باید ۵۰ درصد باشد، تا بتوان نتایج را از نظر بالینی، معنی دار قلمداد کرد.

در نمودار زیر روند شدت نشانگان کلی اختلال فشار روانی حاد کلی آزمودنی‌های

الف، ب، و ج، در خلال مراحل خط پایه، مداخله، و پیگیری، نشان داده شده است:





نمودار ۱. روند شدت نشانگان کلی اختلال فشار روانی حاد آزمودنی‌های الف، ب، و ج، در خلال مراحل خط پایه، مداخله، و پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین کارآیی و اثربخشی درمان روایتی - سازه‌گرایانه به شیوه بازگشت به آینده بر کاهش نشانگان اختلال فشار روانی حاد ناشی از وقوع تصادف منجر به اغماء در همسر بود. مقایسه نمرات آزمودنی‌ها حاکی از این است که این شیوه درمانی در کاهش نشانگان اختلال فشار روانی حاد، موثر بوده است و در نتیجه فرضیه اصلی پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. اهداف فرعی پژوهش حاضر، تعیین کارآیی و اثربخشی درمان روایتی - سازه‌گرایانه به شیوه بازگشت به آینده بر کاهش خرده‌مقیاس‌های اختلال فشار روانی حاد، شامل نشانه‌های تجزیه‌ای، نشانه‌های تجربه مجدد، نشانه‌های اجتنابی و نشانه‌های بیش‌انگیختگی بود. مقایسه نمرات آزمودنی‌ها حاکی از این است که این شیوه درمانی در کاهش خرده‌مقیاس‌های اختلال فشار روانی حاد، موثر بوده است و در نتیجه فرضیه‌های فرعی پژوهش نیز، مورد تأیید قرار گرفت.

پژوهش حاضر همسو با مطالعاتی است که توسط پالگی و بن-ازرا (۲۰۱۰a، ۲۰۱۰b)، کریر (۲۰۱۰)، فرانس ورث و سیول (۲۰۱۰) در زمینه تعیین اثربخشی شیوه بازگشت به آینده در کاهش نشانگان اختلال فشار روانی حاد انجام شد. همچنین پژوهش حاضر با پژوهش های نی مایر (۲۰۰۲، ۲۰۰۹) در زمینه بکارگیری اصل معنا و شیوه یکپارچگی روایتی؛ و نیز با پژوهش های انجام شده توسط وایت و اپستون (۱۹۹۰) در زمینه استفاده از اصل پیامدهای یگانه؛ و با پژوهش های کروسلی^۱ (۲۰۰۰) در زمینه فواید درمانی ساخت معنا؛ و با پژوهش های انجام شده توسط امر و ایلون (۱۹۹۴، ۱۹۹۷) در زمینه استفاده از اصل پیوستگی؛ و نیز با پژوهش های انجام شده توسط امیر، استرافورد، فرش من و فوآ^۲ (۱۹۹۸) در مورد نقش مثبت به هم پیوستگی روایتی؛ و با پژوهش های لین و کیرچ (۲۰۰۶) در زمینه استفاده از روان درمانی تخیل - محور؛ و با پژوهش های هرمانز و دیماجیو^۳ (۲۰۰۴) در زمینه خود مکالمه ای؛ و با پژوهش های اکر و هالی (۲۰۰۸) در زمینه استفاده از روش انسجام درمانی همراستا است. در این پژوهش درمانگر در حکم جزئی از خود گسترش یافته^۴ و بعنوان شریک مکالمه ای آزمودنی ها و با استفاده از مکالمه های درمانی و فرایند داربست زدن، به آنها در راه رسیدن به منطقه مجاور رشد^۵ و بررسی داستان های ترجیحی^۶، کمک کرد. تا آزمودنی ها از موقعیت های من مشکل سازی که در آن غوطه ور هستند، به موقعیت های من جایگزین تغییر موضع دهند و با حرکت در میان چشم انداز کنش و چشم انداز آگاهی و غنی سازی روایت خود آزمودنی ها، میزان خود-عملیتی در آنها افزایش یابد و با استفاده از مکالمات درمانی، تأثیرات سازنده و مخرب گفتمان ها، داستان های غالب، و توصیفات تحمیلی اجتماعی، سیاسی و فرهنگی مورد شالوده شکنی قرار گرفت و به این ترتیب، درمانگر تلاش نمود تا از میزان غلبه روایتی رویداد آسیب زا در روایت خود آزمودنی ها بکاهد و فضای مکالمه ای را بوجود بیاورد که در آن امکان به صدا درآمدن موقعیت های من خاموش موجود در آزمودنی ها و نیز امکان برقراری مکالمه میان این موقعیت های من درونی و بیرونی متکثر، فراهم شود.

1. Crossley
2. Amir, Strafford, Freshman, & Foa
3. Hermans & Dimaggio
4. extended self
5. zone Of proximal development
6. preferred stories

از جمله محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر، مسأله اعتبار بیرونی است، چراکه در طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی، نمی‌توان به راحتی نتایج حاصل از پژوهش را به نمونه‌ها و شرایط دیگر تعمیم داد، البته در طرح پژوهشی چند خط پایه، با تکرار مداخله در مورد چند آزمودنی، می‌توان تا اندازه‌ای بر این محدودیت غلبه پیدا کرد. در مورد اعتبار درونی این پژوهش، اگر چه طرح پژوهش مورد استفاده تا حدی عامل تاریخچه را کنترل می‌نماید، اما با این وجود، نمی‌توان با قطعیت اعلام کرد که تغییرات صورت گرفته، تنها در نتیجه مداخله صورت گرفته بوجود آمده است و عامل تاریخچه و عوامل خارج از درمان، می‌توانند بصورت همزمان در وقوع تغییرات صورت گرفته در نشانگان اختلال آزمودنی‌ها، نقش داشته باشند. زمان پیگیری کوتاه (۳ ماه) نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر به حساب می‌آید و با توجه به محدودیت زمانی و دشواری در ادامه همکاری از جانب آزمودنی‌ها و مسئولان بیمارستان، پژوهشگر با محدودیت در انتخاب تعداد نمونه و زمان مطالعه پیگیری مواجه بود. از جمله مزیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به بررسی اختلال‌های همبود، یکسان بودن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و نیز به مزیت اخلاقی موجود اشاره کرد، چرا که در طرح پژوهش چند خط پایه از خلال چند آزمودنی، هیچ کدام از آزمودنی‌ها از دریافت درمان، محروم نشدند.

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، از این رویکرد برای درمان تعداد بالاتری از آزمودنی‌ها و در مورد عوامل آسیب‌زای دیگر، به جز تصادف و در جنس مذکر و گروه‌های سنی دیگر و با آزمودنی‌های با سطح سواد بالاتر یا پایین‌تر و با وضعیت اجتماعی-اقتصادی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت و نیز از طرح‌های پژوهشی متفاوت با طرح پژوهش فعلی استفاده شود، تا کارآیی آن با دقت و قابلیت تعمیم بیشتری مورد بررسی قرار بگیرد و همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، به منظور نشان دادن ثبات بلندمدت دستاوردهای درمان، از دوره‌های پیگیری با طول مدت بیشتر، استفاده شود.

در نهایت با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد در مراکز بیمارستانی و برای خانواده‌های افراد بستری در بخش تروما و بخش مراقبت‌های ویژه، از شیوه بازگشت به آینده استفاده شود، تا هم از میزان حس گمگشتگی و به حال خود رها شدگی موجود در میان اعضای خانواده و هم از میزان اضطراب، احساس ناامنی موجود در آنها کاسته شود و

در یکی از موقعیت‌های دشواری که در آن اعضاء خانواده شخص، با احتمال مرگ و یا معلولیت عزیزشان روبرو هستند، از میزان فشارهای وارده بر آنها کاسته شود و پیشنهاد می‌شود پیش از وقوع آسیب روانی، برای افراد جامعه و خانواده‌ها، از طریق رسانه‌های جمعی، حس آمادگی، ایجاد گردد، تا در آینده از آنها به عنوان نقاط تکیه‌گاهی در درمان استفاده شود و در صورت برخورد با موقعیت‌های آسیب‌زا، افراد بتوانند با موقعیت رخ داده شده، به شیوه بهتری کنار بیایند. از طرفی با درمان به موقع این اختلال، اشخاص آسیب‌دیده دیگر به مشکلات شدید روانی - جسمانی - اجتماعی ناشی از آسیب روانی دچار نخواهد شد و خانواده و اجتماع نیز از داشتن فردی مولد محروم نخواهد گردید و در نهایت بار سنگینی از دوش سیستم درمانی کشور برداشته خواهد شد.

منابع

- اسکندری، حسین. (۱۳۹۲). کشف جهان اجتماعی بیماری روانی، بازنگری در ماهیت بیماری روانی و تاکید بر ساخت زبانی آن. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، دوره سوم، ۱۲، ۲۰-۱.
- اسکندری، حسین. (۱۳۹۴). *روایت‌ها چگونه واقعیت را می‌سازند؟*، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، دوره پنجم، ۱۹، ۱۸۲-۱۵۵.
- چراغ سپهر، مریم. (۱۳۹۲). *تاثیر روایت درمانی مواجهه‌ای بر کاهش نشانگان اختلال تنیدگی پس از ضربه*. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی عمومی. دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه گیلان.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (Fifth Edition). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Amir, N., Strafford, J., Freshman M.S., & Foa, E.B. (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 385-392.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Bhalla, k., Naghavi, M., Shahraz, S., Bartels, D. and Murray, C.J.L. (2009). Building national estimates of the burden of road traffic injuries in developing countries from all available data sources: Iran. *Injury Prevention*, 15(3), 150-156.
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., Greca, Annette A. M. L. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in

- individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*. 11(1) 1–49. DOI: 10.1177/1529100610387086.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S., Sackville, T. (1998). Assessing acute stress disorder: psychometric properties of a structured clinical interview. *Psychological Assessment*, 10(3), 215-220.
- Cardena, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L. C., & Spiegel, D. (2000). Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): A valid and reliable measure of acute stress. *Journal of traumatic Stress*, 13(3), 719–734.
- Crossley, M. L. (2000). *Introducing narrative psychology: Self, trauma and the construction of meaning*. Buckingham: Open University Press.
- Currier, J. M. (2010). Acute stress disorder and forms of narrative disruption. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(1), 34-42. <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>
- Jong, P. D., & Berg, I. K. (2002). *Interviewing for solutions*. Belmont: Thomson Brooks/Cole.
- Diehl, T. & Goldberg, K. (2004). *Psychiatric nursing made incredibly easy*. Philadelphia: Springhouse.
- Echeburúa, Enrique. (2010). The challenge of posttraumatic stress disorder prevention: How to survive a disaster . *terapia psicológica*, 28(2), 147-154.
- Ecker, B., Hulley, L. (2008). *Coherence therapy*. In J. D. Raskin & S. K. Bridges (Eds.), *Studies in meaning*, 3, 57–84. New York: Pace University Press.
- Farnsworth, Jacob., Sewell, Kenneth W. (2010). "Back to the Future" therapy: Its present relevance, promise, and implications. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. 6(1), 27-33.
- Feather, Jacqueline susan. (2007). *Trauma-focused cognitive behavioural therapy for abused children with posttraumatic stress disorder: Development and evaluation of manualised treatment programme*. (Doctoral dissertation). Massey University, Albany. New Zealand.
- Frankl, Victor (1992). *Man's search for meaning*. (4th ed.). Boston, MA: Beacon Press.
- Gorgi, Ali. (2012). The First international congress of road safety in Mashhad, Iran. *Journal of Injury and Violence Research*. 4(2): 101–102.
- Hermans, Hubert J.M., Dimaggio, Giancarlo. (2004). *The Dialogical Self in Psychotherapy*. Brunner-Routledge. Taylor & Francis Group. HOVE AND NEW YORK.
- Jones-Smith, Elsie. (2012). *Theories of counseling and psychotherapy: An integrative approach*. SAGE Publication, Inc.
- Jupp, Victor. (2006). *The Sage dictionary of social Research methods*. SAGE Publications.
- Lynn, S.J., Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McAdam, Jennifer L., Puntillo, Kathleen. (2009). Symptoms experienced by family members of patients in intensive Care units. *American Journal of Critical Care*, 18(3), 200-209.

- Neimeyer, R. A. (2002). Traumatic loss and the reconstruction of meaning. *Journal of Palliative Medicine*, 5, 935-942.
- Neimeyer, Robert A. (2009). *Constructivist psychotherapy: Distinctive features*. publisher: Taylor & Francis Routledge
- Omer, H., and Alon, N. (1994). The Continuity principle: A unified approach to disaster and Trauma. *American Journal of Community Psychology*, 22(2), 273-287.
- Omer, H., and Alon N. (1997). *Constructing therapeutic narratives*. New York: Jason Aronson.
- Palgi, Y., Ben-Ezra, M. (2010a). "Back To The Future": Narrative treatment for post-traumatic, acute stress disorder in the case of paramedic Mr. G. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(1), 1-26.
- Palgi, Y., Ben-Ezra, M. (2010b). Prepared and still surprised. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. 6(1), 43-48.
- Puggina, Ana Cláudia Giesbrecht., Silva, Maria Júlia Paes da., Araújo, Monica Martins Trovo de. (2008). Messages from relatives of patients in coma: Hope as common element. *Acta paul. Enferm*, 21(2), 249-55.
- Rezaaei, Satar., Arab, Mohammad., Karami Matin, Behzad., Akbari Sari, Ali. (2014). Extent, consequences and economic burden of road traffic crashes in Iran. *Injury & Violence*, 6(2), 57-63. doi: 10.5249/jivr.v6i2.191
- Schonenberg, Michael., Jusyte, Aiste., Hautzinger, Martin., Badke, Andreas (2011). Early predictors of posttraumatic stress in accident victims. *Psychiatry Research*, 190, 152-155.
- Stewart, A. E., Neimeyer, R. A. (2001). Emplotting the traumatic self: Narrative revision and the construction of coherence. *The Humanist Psychologist*, 29, 8-39.
- Tarragona, Margarita. (2007). *Postmodern/Poststructuralist Therapies*. In Lebow, Jay L., (Eds.). *Twenty-first century psychotherapies contemporary approaches to theory and practice* (pp.167-205). John Wiley & Sons, Inc.
- Wang, Ching-Hui., Tsay, Shiow-Luan., Bond, A. Elaine. (2005). Post-traumatic Stress Disorder, Depression, Anxiety and Quality of Life in Patients with Traffic-related Injuries. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 22-30.
- White, M., Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton.