



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی بالینی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

**عنوان**

اثر بخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه‌ها، کیفیت

خواب و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به PTSD.

**استاد راهنما**

دکتر مجید محمودعلیلو

**استاد مشاور**

دکتر منصور بیرامی

**پژوهشگر**

سینا احمدیان فرد

دی شیخ با چراغ همی گشت گرد

شهر

کز دیو و دد ملولم انسانم آرزوست

گفتند

یافت می نشود جسته ایم ما

گفت آنکه یافت می نشود آنم آرزوست

پنهان ز دیده ها و همه دیده ها از

اوست

آن آشکار صنعت پنهانم آرزوست

**تشکر و قدر دانی**

از جناب آقای دکتر مجید محمود علیلو که

بزرگترین مشوق و الگوی علمی و عملی بنده

در روانشناسی می باشند، بی نهایت

سپاسگذارم.

از جناب آقای دکتر بیرامی که همیشه برای

این حقیر، اسوه تلاش و پشت کار و حمایت

هستند و مساعدت و پشتیبانی ایشان راه گشای بنده در این راه بود، نهایت سپاس و قدر دانی را دارم.

از جناب آقای دکتر تورج هاشمی که تواضع ، مهربانی و فداکاری ایشان الگوی تمامی دانشجویان است نهایت سپاس را دارم.

همچنین از تمامی اساتیدم مخصوصا جناب آقای دکتر جلیل باباپور، دکتر عباس بخشی پور و دکتر حمید پور شریفی که شاگردی آنها یکی از بزرگترین افتخارات تمامی عمرم می باشد نهایت سپاس و قدر دانی را دارم.

بر خود لازم می دانم از مساعدت ها و همکاری ریاست محترم بیمارستان فجر تبریز آقای سعید کنعانی و همچنین از جناب آقای هادی تحفه،

روانشناس بیمارستان فجر، قدر دانی و تشکر  
نمایم.

همچنین از خانواده خودم، مخصوصا پدر و مادر  
بزرگوارم و خانواده همسرم که در کل دوران  
انجام این پروژه همواره در کنار بنده بودند، قدر  
دانی و تشکر می نمایم.

در نهایت یاد و خاطره استاد برجسته و  
بزرگوارم مرحوم میر تقی گروسی را گرامی می  
دارم.

تقدیم به

هم کلاسی و همسر عزیزم سرکار

خانم زینب پورعباسی

که در تمامی مراحل انجام این پروژه ،

دوش به دوش بنده تمامی زحمات و

سختی های این کار را به جان خریده

و یارای بنده بودند. بی شک بدون

مساعدت ایشان این کار به اتمام نمی

رسید.

نام خانوادگی: احمدیان فرد	نام: سینا
عنوان پایان نامه: اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر	
استاد راهنما: دکتر مجید محمودعلیلو	
استاد مشاور: دکتر منصور بیرامی	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
	گرایش: بالینی
دانشگاه: تبریز	دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی
تاریخ فارغ التحصیلی: دی ۱۳۹۲	تعداد صفحات: ۱۲۳
کلید واژه‌ها: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال استرس پس از سانحه، کیفیت خواب، تنظیم هیجان	
چکیده:	
<p>پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه ها، کیفیت خواب و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به PTSD صورت گرفته است. در راستای هدف مذکور ۲ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در یک طرح تجربی تک آزمودنی با خطوط پایه چندگانه، طی ۸ جلسه تحت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می سی سی پی، مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ و مقیاس دشواری های تنظیم هیجان استفاده شد. تحلیل داده ها بر اساس نمودارها و درصد بهبودی نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نشانه های PTSD، کیفیت خواب و تنظیم هیجان را بهبود بخشید.</p>	





۳۸	.....مدل « شکست روانی»
۳۹	.....نظریه پردازش دوگانه
۴۰	.....نظریه پردازش هیجانی
۴۲	.....نظریه پردازش اطلاعات
۴۴	.....درمان اختلال استرس پس از سانحه
۴۵	.....درمان دارویی
۴۶	.....آگاه سازی از فشار روانی در لحظات بحرانی (دی بریفینگ روانی)
۴۷	.....درمان شناختی- رفتاری (CBT)
۴۸	.....مواجهه درمانی
۴۹	.....درمان پردازش شناختی
۵۰	.....بازسازی شناختی
۵۱	.....درمان حساسیت زدایی و پردازش مجدد با حرکات چشم ( EMDR)
۵۲	.....ذهن آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی
۵۵	.....۲-۳ پیشینه‌ی پژوهشی
۵۵	.....۲-۳-۱ پژوهش‌های داخلی
۵۷	.....۲-۳-۲ پژوهش‌های خارجی
۶۲	.....فصل سوم
۶۳	.....۱-۳ مقدمه
۶۳	.....۳-۲ طرح کلی پژوهش
۶۴	.....۳-۳ جامعه‌ی آماری و نمونه‌ی مورد مطالعه
۶۵	.....۳-۴ روش نمونه گیری
۶۵	.....۳-۵ روش اجرا
۶۵	.....۳-۶ فرایند درمان
۷۶	.....۳-۷ ابزار جمع آوری اطلاعات
۷۶	.....۳-۷-۱ مقیاس اختلال استرس پس از سانحه میسی سی پی
۷۷	.....۳-۷-۲ پرسشنامه مقیاس دشواری های تنظیم هیجان DERS
۷۸	.....۳-۷-۳ پرسشنامه کیفیت خواب (PSQI)

۷۹	۳-۷-۴- مصاحبه ساختار یافته
۷۹	۳-۸- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۸۰	۳-۹- شرح حال بیماران
۸۱	فصل چهارم
۸۲	۴-۱- مقدمه
۸۲	۴-۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها
۸۳	۴-۳- یافته‌های پژوهش
۸۴	۴-۴- بررسی فرضیه‌های پژوهشی
۹۳	فصل پنجم
۹۵	۵-۱- مقدمه
۹۵	۵-۲- بحث و نتیجه‌گیری
۱۰۰	۵-۳- محدودیت‌ها
۱۰۰	۵-۴- پیشنهادات
۱۰۱	منابع
۱۰۱	منابع فارسی
۱۰۴	منابع انگلیسی
۱۲۰	پیوست‌ها

## فهرست جداول

۲۱	جدول ۱-۲. ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه بر اساس DSM-IV-TR
۸۲	جدول ۱-۴. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها
۸۴	جدول ۲-۴. نمرات بیمار اول در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و درصد بهبودی
۸۴	جدول ۳-۴. نمرات بیمار دوم در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و درصد بهبودی
۸۸	جدول ۴-۴. مقایسه‌ی نمره‌های بیماران در M-PTSD-S و درصد بهبودی آن‌ها

جدول ۴-۵. مقایسه‌ی نمره‌های بیماران در PSQI و درصد بهبودی آنها..... ۸۹

جدول ۴-۶. مقایسه‌ی نمره‌های بیماران در ERDS و درصد بهبودی آنها..... ۸۹

## فهرست نمودارها

- نمودار ۴-۱ نمرات بیمار اول در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و پیگیری ..... ۸۶
- نمودار ۴-۲ نمرات بیمار دوم در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از درمان و پیگیری ..... ۸۶
- نمودار ۴-۴ میانگین نمرات دو بیمار در مقیاس PSQI در مراحل خط پایه، پس از درمان و پیگیری ۱ ماهه ..... ۸۷
- نمودار ۴-۵ میانگین نمرات دو بیمار در مقیاس ERDS در مراحل خط پایه، پس از درمان و پیگیری ۱ ماهه ..... ۸۸
- نمودار ۴-۷. بررسی روند تغییرات نمرات بیمار اول در پرسشنامه‌ی PSQI ..... ۹۰
- نمودار ۴-۸. بررسی روند تغییرات نمرات بیمار اول در پرسشنامه‌ی ERDS ..... ۹۰
- نمودار ۴-۹. بررسی روند تغییرات نمرات بیمار دوم در پرسشنامه‌ی M-PTSD-S ..... ۹۱
- نمودار ۴-۱۰. بررسی روند تغییرات نمرات بیمار دوم در پرسشنامه‌ی PSQI ..... ۹۱
- نمودار ۴-۱۱. بررسی روند تغییرات نمرات بیمار دوم در پرسشنامه‌ی ERDS ..... ۹۱

# فصل اول

کلیات پژوهش

## ۱-۱- مقدمه

در نتیجه ی حوادثی همچون حملات تروریستی و بلایای طبیعی، واژه تروما و اصطلاح اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)<sup>۱</sup> به بخشی از واژگان عمومی تبدیل شده است. واژه تروما یک واژه یونانی به معنی جراحت می باشد و در اصطلاح روانشناختی برای توصیف تجارب پریشان کننده ای که عملکرد فرد را مختل می کند، به کار می رود. ترومای روانشناختی، مواجهه با حوادث بیرونی دردناک است که بر فرایندهای روانشناختی درونی تاثیر دارد ( ویلسون<sup>۲</sup>، فریدمن<sup>۳</sup> و لیندی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). باید خاطر نشان کرد که تروما در خلا و یا در یک بافت مجزا رخ نمی دهد و سایر عوامل محیطی نیز، مواجهه با تروما و همچنین پاسخ ها و واکنش های بعدی به آن را، تحت تاثیر قرار می دهند. تاثیرات تروما تنها به اختلال استرس پس از سانحه محدود نمی شود بلکه چند وجهی بوده و حوزه های متعددی از زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد. این پاسخ های پیچیده به تروما می تواند روابط فرد، عملکرد و توانایی فرد برای شرکت و درگیری در زندگی شخصی را متاثر کند. به لحاظ آماری رویارویی با یک رویداد بالقوه آسیب زا می تواند حداقل یک بار در زندگی هر فردی اتفاق بیافتد (بونانو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵؛ برسلاو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). تروما به عنوان رویدادی که در آن فرد حادثه یا حوادثی را که شامل آسیب جدی برای خود یا دیگری، تهدید به مرگ، آسیب جدی و یا مرگ دیگران و یا تهدید تمامیت جسمی و ایمنی خود شخص و یا دیگران می باشد را تجربه کرده، شاهد آن بوده و یا مواجهه شده، تعریف می شود ( انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷).

1 - Post traumatic stress disorder

2 - Wilson

3 - Friedman

4 - Lindy

5 - Bonanno

6 - Breslau

7 - American Psychiatric Association

در پاسخ به نیاز برای درمان بازماندگان تروما، رفتار گرایان شناختی درمان های مواجهه محور را که در کار با واکنش به تروما موثر بودند را توسعه دادند ( فوآ<sup>۱</sup> و مدووز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). درمان های مواجهه محور واکنش های هیجانی و شناختی مرتبط با خاطرات رویداد آسیب زا را مورد هدف قرار می دهند ( مانسون و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). در حالی که سودمندی درمان های مواجهه محور ثابت شده است ولی ادبیات پژوهش نشان می دهد که بخشی از بازماندگان تروما با شرکت در درمان های مواجهه محور مشکل داشته و از این رو به طور کامل نمی توانند از این فواید بهره مند شوند ( بکر<sup>۴</sup> و زایفرت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). تحقیقات نشان می دهد که درمان های رفتاری توام با ذهن آگاهی می توانند درمان سودمند و جایگزین برای مراجعانی باشند که ناتوان یا بی میل به شرکت در درمان های سنتی هستند. بعلاوه، این نوع درمان حوزه های متعددی را مورد هدف قرار می دهد که محدود به علایم مربوط به تروما نمی باشند و می تواند شیوه ای مناسب تر برای مراجعانی باشد که دامنه وسیعی از مشکلات مرتبط با تروما را نشان می دهند ( فولت<sup>۶</sup>، پالم<sup>۷</sup> و راسموسن-هال<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴؛ فولت، پالم و پیرسون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶).

## ۲-۱- بیان مسئله

در سالیان اخیر مطالب فراوانی در مورد مشکلاتی که افراد بعد از تجربه یک حادثه آسیب زا پیدا می کنند، نوشته شده است. اختلالات مختلف و پایداری بعد از به وقوع پیوستن تروما می تواند به وجود بیاید. شاید جنگ یکی از بدترین تروماها باشد، ولی اتفاقات دیگری همچون آسیب های جسمی مخصوصا تجاوز، تصادفات رانندگی، بلایای طبیعی مانند سیل و زمین لرزه و یا مرگ

---

1 - Foa

2 - Meadows

3- Monson & et al

4 - Becker

5 - Zayfert

6 - Follette

7 - Palm

8 - Rasmussen-Hall

9 - pearson

ناگهانی فردی محبوب می تواند اختلالات روان شناختی به وجود بیاورد، اختلالی که پس از رخ دادن حادثه آسیب زا به وجود می آید، اختلال استرس پس از سانحه یا PTSD نام دارد ( بارلو<sup>۱</sup> و دوراند<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵).

اختلال استرس پس از سانحه شامل مجموعه ای از علائم نوعی می باشد که در پی مواجهه با حوادث آسیب زای زندگی پیدا می شود و فرد بصورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می دهد، واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم می کند و در عین حال می خواهد از یاد آوری آن اجتناب کند ( کاپلان<sup>۳</sup> و سادوک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

اختلال استرس پس از سانحه یک اختلال چند وجهی، شامل سه خوشه مشخص علائم می باشد که عبارتند از:

الف) خاطرات آزار دهنده مکرر و مداوم مرتبط با تروما که شامل افکار و کابوس ها می باشد.

ب) اجتناب از موقعیت هایی که یاد آور و تداعی کننده تروما هستند و بدنبال آن کرختی

روانی.

ج) بیش بر انگیزتگی مانند تحریک پذیری، کاهش قدرت تمرکز و از جا پریدن ( DSM

IV-TR انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

اختلال PTSD ممکن است تا پس از ماه ها و حتی سال ها بعد از وقوع رویداد، ظاهر نشود.

در معاینه وضعیت روانی، غالباً بیمار تجربه احساس گناه، طرد شدن و تحقیر را گزارش می کند.

ممکن است بیمار حالات تجزیه ای و حملات هراس نیز گزارش کند. علائم همراه ممکن است

1 - Barlow

2 - Durand

3 - Kaplan

4 - Sadock



شامل پرخاشگری، ضعف در کنترل تکانه، افسردگی و سوء مصرف مواد باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

اختلال خواب شایعترین علامت را در جمعیتی که با حادثه استرس زا مواجه شده اند تشکیل می دهد و در واقع جزء طبیعی پاسخ هر فرد به حوادث استرس زا محسوب می شود. ناهنجاری خواب، جزو بخش D (بر انگیختگی) و کابوس ها، جزو بخش B (تجربه مجدد) ملاک های DSM-IV-TR برای تشخیص PTSD می باشد. تداوم شکایات خواب پس از مواجهه با عامل استرس زا می تواند عامل پیش بینی کننده قوی برای ابتلا به PTSD محسوب شود، افرادی که مشکلات خواب در آنها اندکی پس از حادثه ی استرس زا برطرف می شود معمولاً به PTSD دچار نمی شوند (هاروی<sup>۱</sup>، جونز و اشمیت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). مطالعات انجام شده در مورد کیفیت خواب این بیماران، حاکی از پایین بودن کیفیت خواب حتی سال ها بعد از واقعه اولیه بوده است (انگدال<sup>۳</sup>، ایبرلی<sup>۴</sup>، هارویتز<sup>۵</sup>، ماهووالد<sup>۶</sup> و بلیک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰).

اگر چه شکایات خواب برای تشخیص PTSD ضروری نیست، ولی مطالعات زمینه یابی نشان داده اند که در اکثر افرادی که مبتلا به این بیماری هستند، شکایات بی خوابی و کابوس های مختل کننده ی خواب وجود دارد (کاج<sup>۸</sup> و کاکس<sup>۹</sup>، ۱۹۹۲؛ نیلان<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). علاوه بر این، به نظر می رسد که این افراد نسبت به گروه کنترل همگن بدون علائم PTSD، هنگام خواب،

1 - Harvey  
2 - Jones & Schmidt  
3 - Engdahel  
4 - Eberly  
5 - Hurwitz  
6 - Mahowald  
7 - Blake  
8 - Kuch  
9 - Cox  
10 - Neylan

حرکات بدنی بیش از حد و وحشت شبانه (به عنوان مثال، جیغ کشیدن یا لرزیدن) بیشتری را گزارش می کنند (ملمن<sup>۱</sup>، کولیک-بل<sup>۲</sup>، اشلاک<sup>۳</sup> و نولان<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵).

شواهد بالینی و آزمایشی نشان می دهند که بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی از راهبردهای تنظیم هیجان مختل استفاده می کنند (آمستادر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه ای می شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می شود (گروس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲) و به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد (گروس، ۱۹۹۸).

پژوهش ها نشان داده اند که مشکلات تنظیم هیجان در افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه، بیشتر است (مک درموت<sup>۷</sup>، تال<sup>۸</sup>، گراتس<sup>۹</sup>، داتیرس<sup>۱۰</sup> و لیجوز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹). شدت نشانه های PTSD، با فقدان پذیرش هیجانی، ضعف در بکارگیری اعمال هدفمند هنگام پریشانی، نقص در کنترل تکانه ها، نداشتن راهبردهای خودتنظیمی موثر و عدم وضوح هیجان ها رابطه دارد (تال، بارت<sup>۱۲</sup>، مک میلان<sup>۱۳</sup> و رومر<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷).

شواهد نشان می دهند که رویکردهای مختلف روان شناختی در درمان PTSD موفق و موثر هستند. انواع مختلف درمان های روان شناختی برای درمان PTSD مورد استفاده قرار گرفته اند که برخی از آنها عبارتند از: مواجهه درمانی، مایه کوبی علیه استرس، رواندرمانی روانکاوانه،

---

1 - Mellman  
 2 - Kulick-Bell  
 3 - Ashlock  
 4 - Nolan  
 5 - Amstadter  
 6 - Gross  
 7 - McDermott  
 8 - Tull  
 9 - Gratz  
 10 - Daughters  
 11 - Lejuez  
 12 - Barrett  
 13 - McMillan  
 14 - Roemer

حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR<sup>1</sup>) و درمان های شناختی (فوا<sup>2</sup>، ۲۰۰۰).

در درمان مواجهه سازی معمولاً از درمانجو خواسته می شود که حادثه را در ذهن خود دوباره زنده کند، این کار معمولاً به این صورت می باشد که ابتدا از تمامی جزئیاتی که واقعاً اتفاق افتاده است فایل شنیداری تهیه می شود و سپس از درمانجو خواسته می شود که بارها و بارها به آن گوش کند. روش دیگر این است که فرد را با محرک هایی که تداعی کننده حادثه هستند مواجه کنیم. در درمان EMDR درمان جویان بر روی تصاویر ذهنی، افکار، هیجان و یک احساس بدنی در خلال دریافت محرک دوجانبه که معمولاً حرکات چشم می باشد تمرکز می کنند. درمان روانکاوانه تجارب آسیب زا و تجارب طول زندگی، مخصوصاً دوران کودکی را به صورت یکپارچه مورد هدف قرار می دهد. درمان های شناختی شامل کمک کردن به بیماران برای شناسایی افکار تحریف شده در مورد خود، حادثه آسیب زا و جهان می باشد، افراد در این روش تشویق می شوند که افکار خود را از طریق شواهد موجود و سایر تکنیک های متنوع به چالش کشیده و تغییر دهند (بیسون<sup>3</sup> و آندرو<sup>4</sup>، ۲۰۰۹).

در روان درمانی های معاصر، درمان های ذهن آگاهانه که پایه در آموزه های بودایی و شرقی دارند، مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (برای مثال کابات-زین<sup>5</sup>، ۱۹۸۲) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (برای مثال سگال<sup>6</sup>، ویلیامز<sup>7</sup> و تیزدل<sup>8</sup>، ۲۰۰۲) بسیار مورد توجه

1 - Eye movement desensitization and reprocessing

2 - Foa

3 - Bisson

4 - Andrew

5 - Kabat-Zinn

6 - Segal

7 - Williams

8 - Teasdale

قرار گرفته اند ( برای مثال، بایر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳. بیشاپ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲. هایس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴. کابات- زین، ۱۹۹۴؛ سالمون<sup>۴</sup>، لوش<sup>۵</sup>، جابلونسکی<sup>۶</sup> و سفتون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹).

ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند، کمک می کند ( براون<sup>۸</sup> و رایان<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳).

آموزش ذهن آگاهی با تلفیقی از تن آرامی و مراقبه ذهن آگاهانه، یکی از روش های درمانی مبتنی بر کاهش استرس و روان درمانی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می شود ( کابات- زین و ماسیون<sup>۱۰</sup>، کریستلر<sup>۱۱</sup>، پیترسون<sup>۱۲</sup>، فلچر<sup>۱۳</sup>، پیبرت و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۲).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نشانه های اضطراب و افسردگی را کاهش می دهد (ایوانس<sup>۱۵</sup>، فراندو<sup>۱۶</sup>، فایندلر<sup>۱۷</sup>، استوول<sup>۱۸</sup>، اسمارت و هاگلین<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۸) و باعث بهبود پریشانی روانشناختی می شود (استافین<sup>۲۰</sup>، چاولا<sup>۲۱</sup>، بوون<sup>۲۲</sup>، دیلورس<sup>۲۳</sup>، ویتکیویتس و مارلات<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۶).

- 
- 1 - Baer
  - 2 - Bishop
  - 3 - Hayes
  - 4 - Salmon
  - 5 - Lush
  - 6 - Jablonski
  - 7 - Sephton
  - 8 - Brown
  - 9 - Ryan
  - 10 - Massion
  - 11 - Kristeller
  - 12 - Peterson
  - 13 - Fletcher
  - 14 - Pbert
  - 15 - Evans
  - 16 - Ferrando
  - 17 - Findler
  - 18 - Stowell
  - 19 - Smart & Haglin
  - 20 - Ostafin
  - 21 - Chawla
  - 22 - Bowen
  - 23 - Dillworth
  - 24 - Witkiewitz & Marlatt