

ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به PTSD و افراد بهنجار

فرشته بخشیان^۱

عباس ابوالقاسمی^۲

محمد نریمانی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۸/۲۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۱/۱۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به PTSD و افراد بهنجار است. این پژوهش مطالعه مورد شاهدهی است. نمونه این پژوهش ۴۰ بیمار مبتلا به PTSD و ۴۰ فرد بهنجار ساکن در استان‌های مازندران و تهران بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی، مقیاس شناخت‌های پس از آسیب، پرسشنامه راهبردهای کنترل فکر و مقیاس ضربه رویداد استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که ارزیابی شناختی مختل و استفاده از راهبردهای کنترل فکر ناکارآمد در افراد مبتلا به PTSD نسبت به افراد بهنجار به طور

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی.

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی.

۳- استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی.

معناداری بیشتر است. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر ۷۷ درصد از واریانس علایم PTSD را در افراد مبتلا به این اختلال تبیین می‌کنند. این نتایج بیان می‌کند که راهبردهای کنترل فکر و ارزیابی شناختی با علایم PTSD مرتبط هستند. همچنین این یافته‌ها با مدل فراشناختی ولز در مورد PTSD همسان است.

واژگان کلیدی: ارزیابی شناختی، راهبردهای کنترل فکر، PTSD.

مقدمه

DSM IV، اختلال استرس پس از ضربه^۱ به عنوان گسترش علائم خاص و مشخص به دنبال مواجهه با یک رویداد استرس‌زای شدید توصیف شده است. این رویداد شامل تجربه شخصی رویدادی است که مرگ واقعی یا تهدید به آن، جراحت شدید، یا تهدیدهای دیگر به یکپارچگی و انسجام جسمانی فرد را در برمی‌گیرد. علائم مشخص این اختلال شامل تجربه‌ی مجدد پایدار رویداد آسیب‌زا، اجتناب دائم از محرک مرتبط با آسیب و کرختی در پاسخ‌دهی عمومی و علائم پایدار برانگیختگی افزایش یافته است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴؛ به نقل از لوئیس فیلد و همکاران^۲، ۲۰۰۸).

مواجهه با رویداد آسیب‌زا نسبتاً رایج است، این میزان در دامنه‌ای از ۲۶ درصد (کسلر و همکاران^۳، ۱۹۹۵) تا ۸۴ درصد (ورانا و لاتریاخ^۴، ۱۹۹۴) برای جمعیت عمومی گزارش شده است. در تمامی افرادی که رویداد آسیب‌زا را تجربه می‌کنند، PTSD گسترش نخواهد یافت و در بسیاری از موارد افراد در ماه اول پس از آسیب بهبود می‌یابند. برآورد شیوع طول عمر PTSD، از ۱ درصد تا حدود ۱۰ درصد برای زنان و ۵ درصد برای مردان در جمعیت عمومی نوسان دارد (کسلر و همکاران، ۱۹۹۵). ماهیت رویداد آسیب‌زا در گسترش PTSD متعاقب

1. Posttraumatic Stress Disorder

2. Louise Field et al

3. Kessler et al

4. Verana & Lauterbach

رویداد بسیار مهم است. کسلر و همکاران (۱۹۹۵) در پژوهشی نشان دادند که در ۶۵ درصد از مردان و ۴۶ درصد از زنان قربانی تجاوز، PTSD گسترش می‌یابد. در مطالعه‌ای ریگز، روسباوم و فوا^۱ (۱۹۹۵) دریافتند که ۷۱ درصد از زنان و ۵۰ درصد از مردان قربانی تجاوز غیرجنسی در زمان کوتاهی پس از تجاوز با ملاک‌های PTSD مواجه شدند. پس از ۳ ماه، تنها ۲۱ درصد از زنان تشخیص PTSD داشتند و هیچ یک از مردان دارای تشخیص PTSD نبودند. به دنبال بروز اختلال، متغیرهای روان‌شناختی مختلفی تحت تأثیر قرار می‌گیرند که از جمله می‌توان به ارزیابی شناختی (اهلرس و کلارک^۲، ۲۰۰۰؛ لوئیس فیلد و همکاران، ۲۰۰۸)، سبک‌های اسناد (فیرینگ و کلند^۳، ۲۰۰۷، باروکلوف و همکاران^۴، ۲۰۰۸)، عزت نفس (کاشدن و همکاران^۵، ۲۰۰۶) و راهبردهای کنترل فکر (بنت و همکاران^۶، ۲۰۰۹، اسکارپا و همکاران^۷، ۲۰۰۹) اشاره کرد.

فوا و روسباوم (۱۹۹۸) معتقدند که احتمالاً دو شناخت در گسترش PTSD دخالت دارند برای مثال، «اینکه جهان بسیار خطرناک است» و «اینکه خود فرد برای مواجهه با پیامدهای آسیب کاملاً بی‌مهارت است». به طور مشابه، اهلرس و کلارک (۲۰۰۰) بیان می‌کنند که PTSD مزمن وقتی روی می‌دهد که آسیب و یا نتایج آن به روشی پردازش شوند که منجر به احساس تهدید شدید گردد. اهلرس و کلارک (۲۰۰۰) دو فرایندی که منجر به این احساس تهدید جاری شدید می‌شوند را اینگونه بیان کردند: ۱) ارزیابی منفی افراطی از آسیب و یا نتایج آن، و ۲) اختلال در حافظه مربوط به شرح حال. مطالعات اخیر بین ارزیابی‌های منفی (درباره خود، جهان، آینده) و شدت علائم PTSD متعاقب رویدادهای آسیب‌زا رابطه معناداری نشان

1. Riggs, Rothbaum & foa
2. Ehlers & Clark
3. Feiring & Cleland
4. Barrowclough et al
5. Kashden et al
6. Bennet et al
7. Scarpa et al

داده‌اند (اهلرس، مایو و بریانت^۱، ۲۰۰۳؛ فیربرادر و راجمن^۲، ۲۰۰۶؛ مایو، اهلرس و بریانت، ۲۰۰۲؛ به نقل از لویس فیلد و همکاران، ۲۰۰۸).

فوآ و اهلرس (۱۹۹۹) به طور خاص، سه نوع از ارزیابی‌هایی که ممکن است با PTSD مرتبط باشد را مشخص کردند: (۱) شناخت‌های منفی درباره خود، (۲) شناخت‌های منفی درباره جهان و (۳) خودسرزنی. فوآ و همکاران (۱۹۹۹) بین هر سه ارزیابی شناختی و شدت علائم PTSD در یک نمونه بازمانده از آسیب (شامل تصادفات، تجاوزات غیرجنسی، تجاوزات جنسی و بیماریها) همبستگی قوی معناداری را گزارش کردند. آگار، کندی و کینگ^۳ (۲۰۰۶) دریافتند که شناخت‌های منفی درباره خود و جهان با شدت علائم PTSD در بیماران دارای آسیب‌های نخاع شوکی همبستگی معناداری دارند (به نقل از لویس فیلد و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین در مطالعه‌ی لویس فیلد و همکاران (۲۰۰۸) بین شناخت‌های منفی درباره خود و جهان با شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه در زمان اقامت در بیمارستان و سه ماه بعد از ترخیص در بیماران مبتلا به سکنه همبستگی معناداری بدست آمده است. نتایج‌السیسر و همکاران^۴ (۲۰۰۹) نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد ارزیابی شناختی مختل بیشتری را نسبت به بیماران گروه کنترل نشان دادند. کارل و همکاران^۵ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای دریافتند که شناخت‌های منفی پس از آسیب به طور معناداری با تشخیص PTSD و شدت آن مرتبط است و ۴۵ درصد از واریانس شدت PTSD را تبیین می‌کند.

مدل فراشناختی PTSD بر نقش راهبردهای کنترل فکر تأکید دارد. بر مبنای این مدل، جهت‌گیری تعدی‌ها، انگیزتگی و توجه، نوعاً معطوف به علائم متعاقب رویدادهای استرس‌زا هستند. در واقع، این پاسخ‌ها ابزاری برای فرایند هیجانی متعاقب آسیب هستند که به فرد اجازه می‌دهند نقشه‌ای برای تهدیدات آینده طرح‌ریزی کند (اسکارپا و همکاران، ۲۰۰۹). ولز و

-
1. Mayou & Bryant
 2. Fairbrother
 3. Agar, Kennedy & Kin
 4. Elsisser et al
 5. Kark et al

دیویس^۱ (۱۹۹۴) توجه برگردانی، ارزیابی مجدد، کنترل اجتماعی، نگرانی و خودتنبیهی را به عنوان راهبردهای کنترل فکر معرفی کردند. تحقیقات اخیر بیان می‌کنند که راهبردهای نگرانی و تنبیه با آسیب‌شناسی روانی ارتباط معنی‌داری دارند. به عنوان مثال، نشانه‌های افسردگی و PTSD به دنبال رویدادهای منفی زندگی ظاهر می‌شوند (رینولدز^۲ و ولز، ۱۹۹۹؛ روسیس^۳ و ولز، ۲۰۰۸). آمیر و همکاران^۴ (۱۹۹۷) دریافتند که نگرانی و تنبیه با نشانه‌شناسی اختلال وسواسی-اجباری همبستگی دارند و بیماران OCD این راهبردها را با فراوانی بیشتری نسبت به غیربیماران به کار می‌برند (واردا و همکاران^۵، ۱۹۹۸). رینولدز و ولز (۱۹۹۹) بین ارزیابی مجدد مجدد و توجه برگردانی و نشانه‌های افسردگی رابطه‌ی منفی بدست آوردند. به علاوه، ولز و دیویس (۱۹۹۴) بیان می‌کنند که استفاده از راهبردهای کنترل اجتماعی ممکن است به کاهش در نشانه‌شناسی PTSD و در نتیجه به سازگاری بهتر به دنبال رویداد آسیب‌زا منتهی شود (به نقل از اسکارپا و همکاران، ۲۰۰۹).

هالوا، تارییر^۶ و ولز (۲۰۰۱) در پژوهشی نشان دادند که استفاده از نگرانی برای کنترل افکار در چهار هفته اول، تغییر در حمایت اجتماعی دریافت شده در فاصله‌ی چهار هفته اول تا ۶ ماه پس از آسیب و تعامل بین حمایت اجتماعی دریافت شده و استفاده از راهبرد کنترل اجتماعی به عنوان راهبرد کنار آمدن در چهار هفته اول به طور معناداری PTSD متعاقب را پیش‌بینی کرد. کولز، ریچارد و همبرگ^۷ (۲۰۰۵؛ به نقل از استارسیو و همکاران^۸، ۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند که بیماران مبتلا به اضطراب منتشر بیشتر از راهبردهای نگرانی و تنبیه و کمتر از راهبردهای توجه برگردانی و کنترل اجتماعی نسبت به گروه کنترل استفاده می‌کنند.

1. Wells & Davies
2. Reynolds
3. Rousiss
4. Amir et al
5. Warda et al
6. Holeva & Tarrier
7. Coles, Richard & Heimberg
8. Starcevic et al

اسکارپا و همکاران (۲۰۰۹) با مطالعه راهبردهای کنترل فکر ۷۶ دانشجوی زن دارای سابقه‌ی سوء استفاده‌ی جنسی دریافتند که خشونت بیشتر هنگام سوء استفاده جنسی کودک‌کی با استفاده بیشتر از راهبردهای نگرانی و تنبیه و استفاده‌ی کمتر از راهبرد کنترل اجتماعی مرتبط است. در مجموع ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر از جمله متغیرهای روان‌شناختی هستند که تحت تأثیر تجربه‌ی رویداد آسیب‌زا قرار می‌گیرند، اما پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته است بسیار محدود بوده و نتایج متفاوتی بدست آمده است. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به PTSD و افراد بهنجار و نیز نقش متغیرهای اخیر در پیش‌بینی علائم PTSD می‌باشد.

روش

این پژوهش علی - مقایسه‌ای و از نوع مورد - شاهدهی است که به صورت گذشته نگر انجام شده است. در این پژوهش ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر به عنوان متغیرهای وابسته در افراد PTSD و افراد بهنجار مورد مقایسه قرار گرفته است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مراجعه کننده به مراکز بالینی استان‌های مازندران و تهران بود که به دنبال شرکت در جنگ تحمیلی و فشار استرس ناشی از آن، تشخیص PTSD دریافت کردند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ بیمار مبتلا به PTSD مراجعه کننده به مراکز بالینی استانهای مازندران و تهران است که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس ۴۰ نفر از افرادی که در شرایط استرس‌زای جنگ شرکت داشته ولی تشخیص PTSD دریافت نکرده بودند به عنوان افراد بهنجار انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای اطمینان از تشخیص روان‌پزشک از مصاحبه‌ی تشخیصی جامع بین‌المللی استفاده شد. ملاک‌های ورود داشتن سن بالای ۲۵ سال، داشتن مدرک تحصیلی حداقل سیکل و متأهل بودن در نظر گرفته شد. سپس از آزمودنی‌ها خواسته شد که با دقت به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های پژوهش با روش‌های

کردند. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه‌ی بخشیان (۱۳۸۹) ۰/۹۶ گزارش شده است.

۳- پرسشنامه راهبردهای کنترل افکار

پرسشنامه راهبردهای کنترل افکار برای بررسی تفاوت‌های فردی جهت استفاده از استراتژی‌های کنترل فکر و ارتباط بین این استراتژی‌ها و آسیب‌پذیری هیجانی توسط ولز و دیویس (۱۹۹۴) ساخته شده است. پرسشنامه کنترل افکار ۳۰ آیتم دارد که آزمودنی به هر آیتم با یک مقیاس چهار درجه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه افکار ۰/۷۷ گزارش شده است. این ضریب برای حواسپرتی ۰/۷۲، کنترل اجتماعی ۰/۷۹، نگرانی ۰/۷۱، تنبیه ۰/۶۴ و ارزیابی مجدد ۰/۶۷ گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه بعد از پنج هفته ۰/۷۲ می‌باشد. ضریب پایایی بازآزمایی برای حواسپرتی ۰/۶۸، کنترل اجتماعی ۰/۸۳، نگرانی ۰/۷۶، تنبیه ۰/۶۷ و ارزیابی مجدد ۰/۸۳ گزارش شده است. برای بررسی اعتبار این پرسشنامه از آزمونهای اضطراب صفت، روان‌رنجوری آیزنک و نگرانی حالت پن استفاده شد. برخی از خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با آزمونهای فوق همبستگی معنی‌داری داشتند. فرم ایرانی این پرسشنامه توسط فتی، ضیایی و دابسون آماده و مشخصات روانسنجی آن در نمونه ایرانی قابل قبول گزارش گردیده است (به نقل از وکیلی، ۱۳۸۵). بخت آور و همکاران (۱۳۸۶) ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده مقیاس خودتنبیهی را ۰/۶۸ و روایی همزمان آن را با پرسشنامه‌ی پن، ۰/۴۲ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه‌ی بخشیان (۱۳۸۹) ۰/۹۶ گزارش شده است.

۴- مقیاس ضربه رویداد-تجدید نظر شده

مقیاس ضربه رویداد-تجدید نظر شده (ویز و مارمار^۱، ۱۹۹۷) مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است که به صورت ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. امریک و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ی خود ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس را ۰/۸۴ بدست آوردند. در مطالعه‌ی عبدی و همکاران (۱۳۸۷) ضریب همسانی درونی این مقیاس را در دامنه‌ای از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن خوب گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه‌ی بخشیان (۱۳۸۹) ۰/۹۴ گزارش شده است.

یافته‌ها

در نمونه‌ی مورد مطالعه ۶۲/۵ درصد از افراد PTSD مرد و ۳۷/۵ درصد زن و در گروه بهنجار ۵۰ درصد مرد و ۵۰ درصد زن می‌باشند. ۵۵ درصد از افراد PTSD دارای مدرک تحصیلی سیکل، ۲۵ درصد دیپلم، ۱۲/۵ درصد فوق دیپلم و ۷/۵ درصد دارای مدرک لیسانس و بالاتر و در گروه بهنجار ۲۲/۱ درصد دارای مدرک سیکل، ۲۵ درصد دیپلم، ۲۷/۵ درصد مدرک فوق دیپلم و ۲۵ درصد لیسانس و بالاتر هستند. میانگین (و انحراف استاندارد) سنی بیماران PTSD، ۴۵/۲۰ (۹/۲۹) با دامنه‌ی ۲۵-۴۰ سال است. همچنین میانگین سنی (و انحراف استاندارد) افراد بهنجار، ۳۹/۶۰ (۷/۷۳) با دامنه‌ی ۲۵-۵۰ سال می‌باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در افراد PTSD و

بهنجار

متغیر	PTSD M± SD	بهنجار M± SD
ارزیابی منفی از خود	۹۸/۰۵± ۱۶/۸۱	۳۱/۴۳±۱۹/۶۴
ارزیابی منفی از جهان	۳۳/۵۳±۴/۹۸	۳۳/۹۸±۴/۸۵
خودسرزنی	۲۱/۲۵±۵/۹۸	۱۵/۹۵±۶/۱۸
کل	۱۶۴/۸۲±۲۱/۶۹	۸۴/۵۵±۲۲/۶۰
حواسپرتی	۱۲±۴/۸۱	۱۳/۸۳±۳/۴۰
کنترل اجتماعی	۱۲/۳۵±۴/۷۰	۱۰/۵۸±۲/۱۹
خودتنبیهی	۱۵/۴۵±۵/۲۳	۸/۶۰±۲/۱۷
نگرانی	۱۸/۲۸±۸/۹۰	۷/۹۵±۱/۶۸
ارزیابی مجدد	۱۱/۲۰±۴/۴۷	۹/۵۵±۲/۳۵
کل	۶۹/۲۸±۲۲/۲۵	۵۰/۵۰±۹/۰۲

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمرات ارزیابی شناختی در افراد مبتلا به PTSD و افراد بهنجار به ترتیب ۱۶۴/۸۲ (۲۱/۶۹) و ۸۴/۵۵ (۲۲/۶۰) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) نمرات راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به PTSD و افراد بهنجار به ترتیب ۶۹/۲۸ (۲۲/۲۵) و ۵۰/۵۰ (۹/۰۲) است. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در جدول فوق آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین نمرات ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در افراد PTSD و بهنجار

متغیر	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	p	مجذور اتا
ارزیابی شناختی	اثر پیلاپی	۰/۹۹۵	۳۵۹۲	۴	۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵
	لامبدا و یلکز	۰/۰۰۵	۳۵۹۲	۴	۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵
	اثر هتلینگ	۱۹۱/۵۵۳	۳۵۹۲	۴	۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵
	بزرگترین ریشه- خطا	۱۹۱/۵۵۳	۳۵۹۲	۴	۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵
راهبردهای کنترل فکر	اثر پیلاپی	۰/۸۲۷	۷۰/۹۶۶	۵	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷
	لامبدا و یلکز	۰/۱۷۳	۷۰/۹۶۶	۵	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷
	اثر هتلینگ	۴/۷۹۵	۷۰/۹۶۶	۵	۷۴	۰/۰۰۰	۰/۸۲۷
	بزرگترین ریشه- خطا	۴/۷۹۵	۷۰/۹۶۶	۵	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷

جدول ۲ نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) را روی نمرات ارزیابی شناختی و مؤلفه‌های آن و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به PTSD و افراد بهنجار نشان می‌دهد. این نتایج حاکی است که بین افراد مبتلا به PTSD و افراد بهنجار حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت برای ارزیابی شناختی ۹۹ درصد و برای راهبردهای کنترل فکر ۸۳ درصد است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در افراد PTSD و بهنجار

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P
ارزیابی منفی از خود	۸۸۷۷/۸۱	۱	۸۸۷۷/۸۱	۲۶۵/۶۶	۰/۰۰۱
ارزیابی منفی از جهان	۴/۰۵	۱	۴/۰۵	۰/۱۷	۰/۰۰۱
خودسرزنی	۵۶۱/۸۰	۱	۵۶۱/۸۰	۱۵/۱۸	۰/۰۰۱
کل	۱۲۸۸۱/۵۱	۱	۱۲۸۸۱/۵۱	۲۶۲/۷۰	۰/۰۰۱
توجه برگردانی	۶۶/۶۱	۱	۶۶/۶۱	۳/۸۴	۰/۰۵
کنترل اجتماعی	۶۳/۰۱	۱	۶۳/۰۱	۴/۶۸	۰/۰۳
خودتنبیهی	۹۳۸/۴۵	۱	۹۳۸/۴۵	۵۸/۴۹	۰/۰۰۱
نگرانی	۲۱۳۲/۱۱	۱	۲۱۳۲/۱۱	۱۵۹/۰۱	۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد	۵۴/۴۵	۱	۵۴/۴۵	۴/۲۶	۰/۰۴
کل	۷۰۵۰/۰۱	۱	۷۰۵۰/۰۱	۲۴/۴۵	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمرات ارزیابی شناختی ($F=۲۶۲/۷۰$) و راهبردهای کنترل فکر ($F=۲۴/۴۵$) در افراد مبتلا به PTSD نسبت به افراد بهنجار به طور معنی‌داری بیشتر است ($p<۰/۰۱$). میانگین نمرات ارزیابی منفی از خود ($F=۲۶۵/۶۶$)، ارزیابی منفی از جهان ($F=۰/۱۷$) و خودسرزنی ($F=۱۵/۱۸$) به طور معنی‌داری در افراد مبتلا به PTSD نسبت به افراد بهنجار بیشتر است ($p<۰/۰۱$). همچنین میانگین نمرات توجه برگردانی ($F=۳/۸۴$)، کنترل اجتماعی ($F=۴/۶۸$)، خودتنبیهی ($F=۵۸/۴۹$)، نگرانی ($F=۱۵۹/۰۱$) و ارزیابی مجدد ($F=۴/۲۶$) به طور معنی‌داری در افراد PTSD از افراد بهنجار بیشتر است ($p<۰/۰۱$).

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر بر علائم

PTSD						
متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	ARS	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد
				B	SE	Beta
Constant				۱۸/۸۵۶	۲/۷۰۶	-
راهبردهای کنترل فکر	۰/۴۶۱	۰/۲۱۳	۰/۲۰۳	۰/۳۳۸	۰/۰۷۴	۰/۴۶۱
ارزیابی شناختی	۰/۸۸۲	۰/۷۷۹	۰/۷۷۳	۰/۲۶۱	۰/۰۱۹	۰/۸۴۷

برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرها، راهبرد کنترل فکر و ارزیابی شناختی به عنوان متغیر پیش‌بین و علائم PTSD به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. همانطور که در جدول ۴ مشاهده شد ۷۷ درصد از واریانس علائم PTSD توسط متغیرهای راهبرد کنترل فکر و ارزیابی شناختی تبیین می‌شود. همانطور که ملاحظه می‌شود فقط ارزیابی شناختی (Beta=۰/۸۴۷) می‌تواند تغییرات مربوط به علائم PTSD را در بیماران مبتلا به صورت معنی‌داری پیش‌بینی کند ($P < ۰/۰۰۱$)

همچنین برای تعیین قوی‌ترین پیش‌بینی کننده علائم PTSD از طریق مؤلفه‌های ارزیابی شناختی (ارزیابی منفی از خود، ارزیابی منفی از جهان و خودسرزنتشی) و مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر (حواسپرتی، کنترل اجتماعی، نگرانی، خودتنبیهی و ارزیابی مجدد) از تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که به ترتیب ارزیابی منفی از خود (R=۰/۸۵۳, R2=۰/۷۲۸, Beta=۰/۸۵۳), خودسرزنتشی (R=۰/۷۲۲, Beta=۰/۲۴۲), و ارزیابی مجدد (R=۰/۸۷۹, R2=۰/۷۸۷, Beta=۰/۱۲۴) به عنوان قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی علائم PTSD می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به PTSD و بهنجار بود. نتایج نشان داد که افراد مبتلا به PTSD در مقایسه با افراد بهنجار ارزیابی شناختی

مختل تری دارند. به عبارت دیگر، در ارزیابی منفی از خود، از جهان و خودسرزنی نمرات بالاتری دریافت کردند. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که افراد PTSD ارزیابی منفی تری از خود دارند. این یافته‌ها در راستای تحقیقات فوا و همکاران (۱۹۹۹)، استارتاپ و همکاران (۲۰۰۷) و لوئیس فیلد و همکاران (۲۰۰۸) قرار دارد. در این تحقیقات نشان داده شده است که افراد پس از رویداد آسیب‌زا ارزیابی منفی تری از خود دارند. نظریات شناختی اخیر (اهلرس و کلارک، ۲۰۰۰) بیان می‌کند که ارزیابی منفی از رویداد و پیامدهای آن به ایجاد احساس تهدید جاری منجر شده و باعث نگهداری اختلال می‌شود. نمونه‌ای از این ارزیابی‌ها، ارزیابی منفی از خود است. مطابق مدل اهلرز و کلارک در زمینه‌ی اختلالات پس از سانحه، این نوع ارزیابی‌های منفی، پاسخ‌های هیجانی فرد به آسیب را تعیین می‌کنند و راهبردهای شناختی و رفتاری را بنیان می‌نهند که بعداً در نگهداری اختلال مشارکت می‌کنند (مانند سرکوب فکر، اجتناب رفتاری از موقعیت ترسناک، انزوای اجتماعی و ...). یافته‌های پژوهش نشان داد که افراد PTSD نسبت به افراد بهنجار ارزیابی منفی تری از جهان دارند. این نتیجه در راستای یافته‌های فوا و همکاران (۱۹۹۹)، استارتاپ و همکاران (۲۰۰۷) و لوئیس فیلد و همکاران (۲۰۰۸) قرار دارد. مدل اهلرس و کلارک (۲۰۰۰) در زمینه ارزیابی منفی از جهان نیز بیان می‌کند که افراد PTSD ارزیابی منفی تری از جهان دارند. اسمیت^۱ و بریانت (۲۰۰۰) نیز اظهار می‌دارند که افراد PTSD نسبت به افراد بهنجار، خطر بیرونی را بیش از حد برآورد می‌کنند. شواهد در زمینه اسنادها و اختلالات پس از سانحه حاکی است که اسناد رویداد منفی به علل خارجی، پایدار و غیرقابل کنترل به طور معناداری با علائم پس از آسیب مرتبط است (میکولینسر و سولومون^۲، ۱۹۸۸). در مطالعات دیگر گزارش شده است افرادی که علت رویداد منفی را به یک منبع بیرونی اسناد دادند نسبت به آنهایی که اسناد درونی داشتند، سطوح بالاتری از علائم پس از آسیب را نشان دادند (ویلیامز و همکاران^۳، ۲۰۰۰)، لذا افراد PTSD با اسنادهای

1. Smith
2. Mikulincer & Solomon
3. Williams et al

بیرونی و نسبت دادن رویداد آسیب‌زا به عوامل بیرونی ارزیابی منفی‌تری از جهان به عمل می‌آورند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد PTSD نمرات بالاتری در خودسرزنی دارند. این نتیجه با یافته‌های فیرینگ و همکاران (۱۹۹۸)، فوا و همکاران (۱۹۹۹) همخوان و با یافته‌های استارتاپ و همکاران (۲۰۰۷) ناهمسو است. استارتاپ و همکاران (۲۰۰۷) استدلال می‌کنند که جنبه‌های خودسرزنی با احساس کنترل‌پذیری بیشتر ارتباط دارد. به نظر می‌رسد چون افراد PTSD رویداد را به عوامل بیرونی نسبت می‌دهند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۰)، احساس کنترل کمتری داشته و به دنبال آن خود را بیشتر سرزنش می‌کنند.

نتایج نشان داد که راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به PTSD به طور معنی‌داری در مقایسه با افراد بهنجار تفاوت دارد. یافته‌ها نیز نشان داد که اگرچه افراد مبتلا به PTSD و افراد بهنجار از راهبردهای حواسپرتی، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد استفاده می‌کنند، اما افراد PTSD به طور قابل توجهی بیشتر از افراد بهنجار راهبردهای تنبیه و نگرانی را به کار می‌برند. این نتیجه در امتداد یافته‌های واردا و بریانت (۱۹۹۸) و هالوا و همکاران (۲۰۰۱) و بنت و همکاران (۲۰۰۹) قرار دارد. نتایج این مطالعات نشان داده است که راهبردهای نگرانی و خودتنبیهی به عنوان راهبردهای کنترل فکر منفی در افراد PTSD بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. این نتایج بیان می‌کند که راهبردهایی که افراد برای کنترل علائم بعد از رویداد آسیب‌زا استفاده می‌کنند می‌تواند تا حدی با PTSD ارتباط داشته باشند. به طور خاص، به نظر می‌رسد استفاده از راهبردهای کنترل فکر غیرانطباقی مانند نگرانی و خودتنبیهی در نگهداری اختلال از طریق افزایش علائم PTSD مشارکت کند. این نتیجه با دیدگاه آبراموویتز و همکاران^۱ (۲۰۰۴) که معتقدند باورهای مربوط به اهمیت و نیاز به کنترل افکار مزاحم و ناخوانده، بیش برآورد کردن تهدید و مسولیت رویداد، کمال‌گرایی، عدم تحمل ابهام و افکار وسواس گونه استفاده از خودتنبیهی را در پاسخ به تعدی‌های مزاحم بالا می‌برد، همخوانی دارد. این دیدگاه بیان می‌کند که گروه‌های مختلفی از تصورات و باورهای ناکارآمد بر چگونگی

1. Abramowitz et al

تفسیر و پاسخ افراد به افکار مزاحم و ناخوانده تأثیر می‌گذارد. از آنجایی که PTSD در کشور ما با توجه به وقوع جنگ تحمیلی، فراوانی تصادفات جاده‌ای، شیوع فراوان زلزله و دیگر بلایای طبیعی و مواردی از این قبیل شیوع نسبتاً بالایی دارند، وجود اختلالات متعدد همراه این دو اختلال، توجه مضاعف را می‌طلبد. تحقیقات مختلف وجود اختلالات روانی همراه مثل اضطراب، خودتنبیهی، افسردگی، فوبیا، پانیک، اشکال در بین فردی، کنترل عاطفی، مصرف مواد مخدر و الکل به منظور خوددرمانی را گزارش کرده‌اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). این مسئله در مبتلایان به اختلالات پس از سانحه به خصوص PTSD، شکل پیچیده‌تری را به خود می‌گیرد. در این افراد خودتنبیهی به عنوان راهکاری برای کنترل و غلبه بر احساس گناه ناشی از احساس ضعف در عملکرد شخصی افزایش می‌یابد، استفاده از خودتنبیهی به عنوان یک راهبرد ناکارآمد کنترل فکر، باعث تداوم اختلال در افراد آسیب دیده می‌گردد و به این ترتیب، چرخه‌ی معیوبی را شکل می‌دهد. هالوا و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان دادند که برخی راهبردهای مقابله و به طور خاص نگرانی از پردازش هیجانی جلوگیری می‌کند زیرا مانع جریان منابع پردازش مناسب اطلاعات مرتبط با آسیب می‌شود. ولز (۲۰۰۵) معتقد است که نگرانی ممکن است شبکه‌ی اضطراب را حفظ کند و توجه را به سوی پردازش تصاویر مزاحم و ناخوانده منحرف کند و به این طریق مانع پردازش هیجانی مناسب می‌شود.

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر ۷۷ درصد از واریانس علائم PTSD را تبیین می‌کند که ارزیابی شناختی تغییرات مربوط به علائم PTSD را در افراد مبتلا به صورت معنی‌دارتری تبیین می‌کند ($P < 0.01$). از میان مؤلفه‌های مورد مطالعه، ارزیابی منفی از خود، خودسرزنی و ارزیابی مجدد قوی‌ترین پیش‌بین‌های علائم PTSD بودند. این یافته بیانگر نقش این متغیرها در پیش‌بینی اختلال PTSD می‌باشد. اهلرس و کلارک (۲۰۰۰) پیشنهاد می‌کنند که شناختهای منفی احتمالاً به راهبردهای مقابله‌ی شناختی و رفتاری مختلفی منجر می‌شوند که اگرچه برآند که احساس تهدید جاری را

کنترل نمایند اما ممکن است واقعا نشانه‌های PTSD را به وجود آورده یا تشدید نمایند. این راهبردها به طور معناداری در ارتباط با ارزیابی‌های فرد از آسیب و یا پیامدش و باورهای عمومی‌شان درباره چگونگی برخورد با رویداد آسیب‌زا است. این راهبردها می‌توانند با تولید مستقیم علائم PTSD، ممانعت از تغییر در ارزیابی‌های منفی از آسیب و پیامدهای آن و جلوگیری از تغییر در ماهیت حافظه‌ی رویداد باعث ایجاد و حفظ علائم PTSD شوند. شواهد پژوهشی نیز حاکی است که سرکوبی فکر و توجه انتخابی راهبردهای شناختی غیرانطباقی هستند که به طور مستقیم علائم PTSD را پیش‌بینی می‌کنند (دونمور^۱، اهلرز و کلارک، ۱۹۹۹). همچنین برخی از مطالعات توان این راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد در پیش‌بینی علائم PTSD را گزارش کرده‌اند (مانند، دونمور و همکاران، ۲۰۰۱؛ اهلرز و همکاران، ۲۰۰۳؛ مایو و همکاران، ۲۰۰۲).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای آن تنها در دو استان مازندران و تهران است. همچنین جمع‌آوری اطلاعات بر اساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی امکان تحریف اطلاعات به علت دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی را به وجود می‌آورد. اجرای پژوهش در گروه سنی بزرگسال قابلیت تعمیم نتایج به گروه‌های سنی را محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود این بررسی برای سایر استان‌ها و در گروه‌های سنی مختلف انجام شود تا قابلیت تعمیم‌دهی نتایج بیشتر شود. همچنین پیشنهاد می‌شود از ابزارهایی که جنبه‌ی خودگزارشی ندارند برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. این نتایج تلویحات مهمی در زمینه‌ی آسیب‌شناسی، پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به PTSD دارد.

منابع فارسی

- عبدی، احمد، مرادی، علی رضا، اکرمیان، فهیمه. (۱۳۸۷). بررسی عملکرد افراد مبتلا به PTSD ناشی از جنگ در حافظه شرح حال، فصلنامه علمی پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۳، ۳۴-۲۵.
- کاویانی، حسین، علاقبند راد، جواد، شریفی، ونداد، پورناصر، مهرانگیز، احمدی ابهری، سیدعلی. (۱۳۸۵). مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی، تهران: انتشارات کاویان.
- وکیلی، یعقوب. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر PTSD، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

منابع لاتین

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2004). Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*, 20, 70-76.
- Asgari S. (1991). [Study of personality characteristics in children of war veterans]. *Dissertation for the master of sciences degree*. Tehran: Tarbiat Modarres University.
- Barrowclough, C., Gregg, L., Tarrrier, N. (2008). Expressed emotion and causal attributions in relatives of post-traumatic stress disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*. 46, 207-218
- Bennett, S. A., Beck, J. K., Clapp, J. D. (2009). Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*. 47, 1018-1023
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063-1084.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1-10
- Elsesser, K., Freyth, C., Lohrmann, T., Sartory, G. (2009). Dysfunctional cognitive appraisal and psychophysiological reactivity in acute stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 23, 979-985

- Feiring, C., Cleland, C. H. (2007). *Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery*. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1169–1186
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). *The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation*. *Psychological Assessment*, 11, 303–314.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Hickling, E. J., Blanchard, E. B., Buckley, T. C., & Taylor, A. E. (1999). Effects of attribution of responsibility for motor vehicle accidents on severity of PTSD symptoms, ways of coping, and recovery over six months. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 345–353
- Holeva, V., Tarrier, N., & Wells, A. (2001). *Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: thought control strategies and social support*. *Behavior Therapy*, 32, 65–68
- Kashdan, T. B., Uswatte, G., Steger, M. F., Julian, T. (2006). *Fragile self-esteem and affective instability in posttraumatic stress disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1609–1619
- Karl, A., Rabe, S., Zöfel, T., Maercker, A., Stopa, L. (2009). Negative self-appraisals in treatment-seeking survivors of motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 775–781
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. *Archives in General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Louise Field, E., Norman, P., Barton, J. (2008). *Cross-sectional and prospective associations between cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms following stroke*. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 62–70
- Mardani A. (2000). [Study of the psychological profiles of the spouses of war veterans with PTSD (using the SCL-90-R) in Chaharmahal-o-Bakhtiari province]. *Dissertation for the master of sciences degree*. Isfahan: Isfahan University
- Mayou, R., Bryant, B., & Ehlers, A. (2002). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1231–1238.
- Mikulincer, M., & Solomon, Z. (1988). Attributional style and combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 308–313.
- Resenck, H., Kilpatrick, D. G. & Dansky, B. S. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in representative national sample of woman. *Journal consulting Clinical Psychology*, 61, 948-991
- Riggs, D. S., Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1995). A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 201–214.
- Sadock BJ, Sadock AV. (2007). *Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: G12-21

- Scarpa, A., Wilson, L. C., Wells, A. O., Patriquin, M.A., Tanaka, A. (2009). Thought control strategies as mediators of trauma symptoms in young women with histories of child sexual abuse. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 809–813
- Smith, K., Bryant, R. A. (2000). *The generality of cognitive bias in acute stress disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 709–715
- Startup, M., Makgegenene, L., Webster, R. (2007). The role of self-blame for trauma as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A self-protective cognition?. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (2007) 395–403
- Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., Lamplugh, C., Eslick, G. (2007). Pathological worry, anxiety disorders and the impact of co-occurrence with depressive and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1016–1027
- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 289–302.
- Warda, G., & Bryant, R. A. (1998). Cognitive bias in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1177–1183.
- Wells, A., & Davies, M. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871–878.
- Wells, A. (2005). *Worry, intrusive thoughts, and generalized anxiety disorder: the metacognitive theory and treatment*. In: D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: theory, research, and treatment* (pp. 119–144). New York: Guilford Press
- Young, A., Yehuda, R., Shalve, A. Y., McFarlan, A.C. (2000). *An alternative history of traumatic stress*. *Internal handbook of human response to trauma*. C Kluwer Academic/Plenum: New York
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). *The impact of event scale – revised*. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford
- Williams, W. H., Evans, J. J., Needham, P., & Wilson, B. A. (2000). Neurological, cognitive and attributional predictors of Posttraumatic Brain Injury. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 397–400.