

بررسی میزان اثربخشی پردازش شناختی در کاهش خشم و خصومت جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

علیرضا آقا یوسفی^۱، *برزو امیرپور^۲، احمد علیپور^۳، حسین زارع^۳

چکیده

مقدمه: خشم و خصومت از میان نا هنجاری‌های اضطرابی با اختلال استرس پس از سانحه ارتباط بالایی دارد و می‌تواند تداوم نشانگان این اختلال را پیش بینی کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پردازش شناختی در کاهش خشم و خصومت جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اجرا شد.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه آزمایشی (با طرح پیش آزمون- پس آزمون) و گروه کنترل بود. ۲۴ جانباز جنگ مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طریق تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. داده‌ها بر اساس چک لیست نشانگان اختلال استرس پس از سانحه و خرده مقیاس‌های خشم و خصومت از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری گردآوری شدند. سپس جلسات درمان پردازش شناختی به مدت ۱۲ جلسه ۱ ساعته برای گروه آزمایش اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری حاکی از آن بود که میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در خشم و خصومت به طور معناداری کاهش یافته است ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: با عنایت به پیامدهای منفی خشم و خصومت بر روابط خانوادگی، اجتماعی و شغلی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، می‌توان از اثربخشی درمان پردازش شناختی در کاهش نشانگان خشم و خصومت بهره برد.

کلمات کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، خشم، خصومت، درمان پردازش شناختی، جانبازان جنگ

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نه‌اج(سال شانزدهم، شماره اول و دوم، بهار و تابستان ۱۳۹۳، مسلسل ۴۷-۴۶)
تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۴ تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۴

۱. دانشیار، تهران، ایران، دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی
۲. مربی، تهران، ایران، دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی
(* مؤلف مسئول)

borzooamirpour@gmail.com

۳. استاد، تهران، ایران، دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی^۱ که اخیراً مأموریت یافته است تا یازدهمین ویراست طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۲ را آماده کند [۱] مجموعه‌ای از شش نشانگان را برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه در ویراست مذکور، با سه خوشه اصلی یعنی تجربه مجدد رویداد یا رویدادهای آسیب‌زا، اجتناب از یادآورنده‌های مرتبط با آسیب و یک احساس تهدید جاری همراه با گوش به زنگی مفرط و واکنش از جا پریدن که وجود هر کدام از آنها جهت تشخیص این اختلال ضروری است، را معرفی می‌کند [۲]. اختلال استرس پس از سانحه از شایع‌ترین پیامدهای روانپزشکی به دنبال مواجهه با رویداد محسوب می‌شود که کارکردهای زندگی روزمره و تندرستی فیزیولوژیکی و بهزیستی روانشناختی را مختل می‌کند [۳]. به‌طور کلی شیوع اختلالات اضطرابی در طول عمر در دهه گذشته ۲۹٪ برآورد شده است [۴] و از این میان اختلال استرس پس از سانحه از شایع‌ترین آنها در جمعیت‌های عمومی و به میزان بالاتر در جانبازان جنگ است [۵] که بین ۴ تا ۴۲٪ تخمین زده شده است [۶]. خشم و بُعد شناختی آن یعنی خصومت که با نگرش بدبینانه نسبت به دیگران مفهوم‌سازی می‌شود [۷] با اختلال استرس پس از سانحه ارتباط مثبت و معناداری دارند و از نشانگان بارز و ریسک فاکتورهای شکل‌گیری این اختلال هستند [۸-۱۱]. خشم در میان اختلالات اضطرابی ارتباط بالایی با اختلال استرس پس از سانحه دارد، به‌طوری که تخمین زده شده است که ۴۰٪ از واریانس نمرات اختلال استرس پس از سانحه از طریق خشم تبیین می‌شود. همچنین شدت نشانگان این اختلال توسط خشم قابل پیش‌بینی است [۱۲]. در یک بررسی فراتحلیل توسط آرث و ویلند^۳ به نقل از کالکارنی^۴ و همکاران [۸] نشان دادند که میان اختلال استرس

پس از سانحه ناشی از شرایط مختلف ایجاد کننده آن ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد اما این ارتباط در اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ در جانبازان به مراتب شدیدتر است. نتایج مطالعه جیمز^۵ و همکاران [۱۱] حاکی از آن است که گرایش به رفتارهای پرخطر، تکانشگری و خشونت بین فردی در جانبازان جنگ که از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند در مقایسه با جانبازان فاقد این اختلال بالاتر است. تأثیرپذیری شناخت از رویدادهای آسیب‌زا (تروماتیک) باعث شده است که انجمن روانپزشکی آمریکا در آخرین نسخه از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی خوشه ی پنجمی^۶ برای تشخیص این اختلال به نام تغییرات منفی در خلق و شناخت^۷ را به سه ملاک قبلی اضافه کند [۱۳]. با این وجود، شناخت‌های ناکارآمد به دلیل ماهیت نامنعطف آنها در پردازش صحیح اطلاعات تداخل ایجاد می‌کنند، در سال‌های اخیر به نقش آنها خصوصاً شناخت‌های مرکزی در مورد خود، دیگران و جهان در شکل‌گیری و تداوم نشانگان اختلال استرس پس از سانحه از سوی پژوهشگران و روان‌درمان‌گران توجه را به خود جلب کرده است. در همین راستا جانف-بولمن^۸ نظریه مفروضه‌های جهان در هم شکسته^۹ برای تبیین تأثیرات شدید رویداد (تروما) بر شناخت را مطرح کرد. بر اساس این نظریه، بازماندگان از رویدادهای تروماتیک در سه سطح شناختی دچار چالش می‌شوند: ابتدا، به جای اعتقاد به سخاوتمندی و خیرخواهی جهان، آن را مکانی تصور می‌کنند که وقایع بد در آن رخ می‌دهد و مردم در آن حمایت کننده قلمداد نمی‌شوند؛ دوم، به جای اعتقاد به معنادار و هدفمند بودن جهان، آن را مکانی ناعادلانه و غیر قابل پیش‌بینی می‌دانند که وقایع در آن بر اساس شانس رخ می‌دهد در نتیجه اتفاق‌های ناگوار ممکن است برای افراد خوب حادث شود؛ در نهایت سانحه به تهدیدی برای باور خودارزشمندی بازماندگان از سانحه تبدیل شود و به

5. James

6. DSM-V

7. negative alterations in mood and cognition

8. Janoff-Bulman

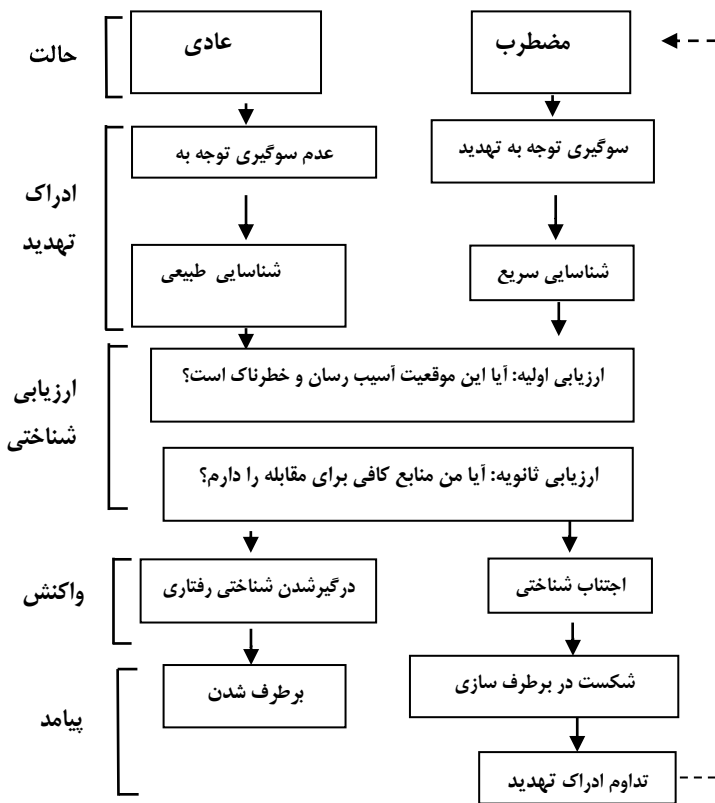
9. shattered world assumption

1. World Health Organization-WHO

2. International Classification Of Diseases/ICD -11

3. Orth & Wieland

4. Kulkarani



شکل ۱- تفاوت پردازش شناختی در افراد مضطرب و عادی

[۲۷-۱۸]. با توجه به نتایج به دست آمده از ادبیات پژوهش و خلا بررسی‌های داخلی در زمینه اثربخشی درمان پردازش شناختی در متغیرهای خشم و خصومت، پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این سؤال که آیا درمان پردازش شناختی در کاهش خشم و خصومت جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش بوده، اجرا شد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. بر این اساس، درمانگری پردازش شناختی به‌عنوان متغیر مستقل بر هر کدام از متغیرهای ملاک یعنی خشم و خصومت اعمال شده است. شرکت‌کنندگان در پژوهش عبارت بودند از مردان جانباز جنگ ایران و عراق مقیم استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۳ که بر اساس تشخیص کمیسیون پزشکی این استان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند. از میان جامعه آماری معرفی شده با توجه به

دنبال آن خود را بد، غیر اخلاقی و سزاوار بدبختی در نظر بگیرند [۳].

واکنش افراد در مواجهه با شرایط تهدید کننده و پردازش‌های شناختی اطلاعات مرتبط با شرایط تهدید کننده در افراد عادی و مضطرب متفاوت است. و امکان مقابله کارآمد و متوقف‌سازی چرخه معیوب پردازش اطلاعات در مبتلایان به اضطراب را می‌توان از طریق روش‌های درمانی اثربخش فراهم نمود. این تفاوت پردازش در شکل ۱ بر اساس دیدگاه دانوان^۱ و همکاران ارائه شده است [۱۴].

یکی از درمان‌های مبتنی بر شواهد^۲ که از حمایت تجربی بالایی برخوردار و منحصراً جهت بهبودی از اختلال استرس پس از سانحه طراحی شده است، درمان پردازش شناختی^۳ می‌باشد. این روش درمانی توسط رسیک و اشنایک^۴، مرکب از ۱۲ جلسه به‌صورت هفتگی و مبتنی بر دستورالعمل برای مداخله به شیوه انفرادی، گروهی یا ترکیبی از این دو و بر پایه نظریه پردازش اطلاعات جدیدی برای اختلال استرس پس از سانحه ارائه شد [۱۵]. این نظریه فرض می‌کند که اطلاعات مربوط به حادثه آسیب‌زا به‌صورت شبکه‌های ترس در مغز ذخیره می‌شوند. مفروضه زیربنای این روش درمانی این است که علت اصلی اختلال استرس پس از سانحه، تعارض بین طرحواره‌های قبلی و اطلاعات جدیدی است که به‌وسیله یک حادثه آسیب‌زا فعال می‌شوند [۱۶]. در واقع، دو سازوکار اولیه در تغییر و اصلاح افکار، زمینه اثربخشی درمان پردازش شناختی در بازماندگان از آسیب فراهم می‌کند: یکی مواجهه مکرر با سانحه از طریق گزارش نوشتاری جزئیات رویداد آسیب‌زا و دیگری تلاش برای معنادهی دوباره به رویداد آسیب‌زا از طریق بازسازی شناختی است [۱۷]. اثربخشی درمان پردازش شناختی برای اختلال استرس پس از سانحه به دنبال رویدادهای آسیب‌زای مختلف توسط پژوهشگران نشان داده شده است

1. Danavan
2. evidence- based treatment
3. cognitive processing therapy/CPT
4. Resick & Schnicke

ادبیات پژوهش برای بررسی‌های مداخله‌ای، نمونه‌ای ۲۴ نفری مبتنی بر نمونه‌برداری در دسترس انتخاب و پس از همتاسازی از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی، نوع و درصد جانبازی و نوع داروهای مصرفی، که معیارهای شمول برای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و در دو گروه آزمایش و لیست انتظار قرار داده شدند. معیارهای ورود به پژوهش علاوه بر تشخیص اختلال استرس پس از سانحه عبارت بودند از: جنسیت مرد، متأهل، حداقل تحصیلات سیکل، سن کمتر از ۷۰ سال، کسب نمره بالاتر از نقطه برش در چک لیست اختلال استرس پس از سانحه-نسخه نظامی^۱ اعلام تمایل و رضایت به شرکت در دوره درمانی و ملاک‌های خروج شامل وجود اختلال سایکوتیک و دوقطبی فعال، وابستگی شدید به مواد، رفتارهای آسیب‌رسان جدی مانند خودکشی و پرخاشگری شدید، و سطح آسیب فراتر از ۷۰٪ بود.

ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه چک لیست اختلال استرس پس از سانحه-نسخه نظامی و خرده مقیاس‌های خشم و خصومت از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری^۲ استفاده شد. چک لیست اختلال استرس پس از سانحه-نسخه نظامی این ابزار مرکب از ۱۷ سؤال ۵ گزینه‌ای است که بر اساس ملاک‌های نسخه چهارم دی اس ام^۳ به‌عنوان یک ابزار کمک تشخیصی برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه به‌کار می‌رود. این چک لیست به وسیله ودرز^۴ و همکاران طراحی شده است [۲۸]. مزیت آن اجرای سریع آن در مدت زمان کوتاه است و در پژوهش ودرز و همکاران، ضریب همسانی ۹۷٪ را برای جانبازان جنگ ویتنام گزارش کرده‌اند. خرده مقیاس خشم و خصومت از مقیاس پرخاشگری باس و پری ابزار چهار بعد پرخاشگری کلامی، فیزیکی، خشم و خصومت را از طریق ۲۹ سؤال مدرج پنج گزینه‌ای اندازه‌گیری می‌کند. سازندگان این مقیاس باس و پری [۲۹] بر اساس روش بازآزمایی به ترتیب

برای چهار خرده مقیاس مذکور ضریب بازآزمایی برابر با ۸۰٪، ۷۶٪، ۷۲٪ و ۷۲٪ گزارش کرده‌اند. در بررسی سامانی [۳۰] بر روی این پرسشنامه، ضریب پایایی کل مقیاس را ۷۸٪ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر از دو خرده مقیاس خشم با ۷ گویه و خصومت با ۸ گویه استفاده شد.

برای گروه آزمایش به‌صورت هفتگی ۱۲ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه درمان پردازش شناختی اعمال شد. جلسات درمان بعد از اجرای پیش‌آزمون به منزله اندازه‌گیری‌های اثرات مداخله به‌صورت اجمالی به شرح زیر بود: جلسات ۱-۴ پس از معارفه و مطرح کردن قوانین حاکم بر گروه و معرفی اختلال استرس پس از سانحه به مراجعین آموزش داده می‌شود تا با پشتوانه نظری درمان پردازش شناختی آشنا شوند و در معنای حادثه تروماتیک از طریق گزارش نوشتاری آن کنکاش کنند- بحث کنند که چاروییداد تروماتیک رخ داده است و چگونه آن بر باورهای فرد نسبت به خود، دیگران و جهان تأثیرگذار بوده است و البته به پنج بُعد امنیت، اعتماد، قدرت/کنترل، عزت نفس و صمیمیت در این راستا توجه کنند. پس از آن مراجعین آموزش می‌بینند که بین رویدادها، افکار و احساسات از طریق کاربرد ارتباط برقرارکنند و به همراه درمانگر شروع به شناسایی مواردی کنند که افکار در مورد آنها دچار وقفه است، استاک پوینت^۵ یعنی افکاری که به تفسیر از رویداد آسیب‌زا مربوط هستند مانند تقصیر من بود که این اتفاق به وقوع پیوست، یا افکاری که مبتنی بر تروما بوده و با توجه به آنها، خود و جهان اطراف‌شان را مورد ارزیابی قرار می‌دهند مانند این که من نمی‌توانم به کسی اعتماد کنم یا من بی‌ارزش هستم. نهایتاً مراجعین جزئیات آسیب‌زاترین رویداد را می‌نویسند مانند جزئیات حسی (بو، نور، صدا و تصاویر) افکار و احساسات-درمانگر با استفاده از گفتگوی سقراطی به بیماران کمک می‌کند تا نقاط وقفه را تحلیل کنند و رویدادهای گذشته، حال و آینده را با تفاسیر متعادل تری^۶ مورد ملاحظه قرار دهند. در جلسات ۷-۵

1. The Post Traumatic Stress Disorder Checklist-Military
2. Buss & perry
3. DSM-IV
4. wheathers

5. Stuck Point
6. Teri

جنگ مبتلا به اختلال استرس پس بودند که در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت برابر گمارده شدند. دو نفر از گروه آزمایش شرایط ادامه شرکت در پژوهش برای آنها فراهم نبود و از تحلیل سنجش‌های پیش‌آزمون‌شان صرف نظر شد. در جنگ ۴/۴ آزمایش میانگین سن ۵۲/۷ سال، مدت حضور در جنگ ۴/۴ سال و درصد جانبازی ۴۶٪ و برای گروه کنترل میانگین سنی ۵۳/۸۳ سال، مدت حضور در جنگ ۳/۵۲ سال و درصد جانبازی ۴۷٪ بود.

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و کنترل به‌عنوان شاخص‌های توصیفی در متغیرهای ملاک ارائه شده است:

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای خشم و خصومت

گروه	خشم		خصومت	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
گروه آزمایش	۲۷/۷۰ (۲/۸۶)	۱۷/۱۰ (۲/۸۴)	۳۰/۰۰ (۲/۱۰)	۱۸/۲۰ (۲/۸۹)
گروه کنترل	۲۶/۲۵ (۲/۴۵)	۲۷/۶۶ (۲/۲۶)	۲۹/۶۷ (۲/۰۵)	۲۷/۸۳ (۴/۱۰)

قبل از اجرای روش آماری واریانس چند متغیری به منظور مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل، برقراری شروط استفاده از آن یعنی فرض همگنی واریانس نمرات درون گروهی، همگنی شیب رگرسیون و نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد. نتایج آماره F در آزمون لون برای هیچ کدام از متغیرهای ملاک معنادار نبود ($p > 0.05$) بنابراین فرض همسانی واریانس نمرات برقرار بود. همچنین نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس کوواریانس معنادار به‌دست نیامد. بررسی شیب رگرسیون بین دو گروه در نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری را نشان نداد در نتیجه داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون حمایت می‌کنند و لذا بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد. نهایتاً آزمون شاپیرو-ویلک نشان دهنده توزیع نرمال داده‌ها بود.

جهت مشخص شدن این که آیا متغیر مستقل یعنی تدبیر آزمایشی بر متغیرهای وابسته اثرگذار بوده است یا خیر به نتایج

مهارت‌های اصلی شناخت درمانی آموزش داده می‌شود از جمله آنها استفاده از کاربرد سوالات چالشی که به جانبازان کمک می‌کند تا نقاط وقفه را از زوایای مختلفی ارزیابی نمایند مانند توجه به شواهدی که در مقابل باورهایشان قرار دارد، بررسی زمینه‌ای که باور در آن شکل گرفته است، مشخص کردن این که چه میزان از باورها مبتنی بر احساس هستند تا واقعیت مثلاً در جلسه‌ی ششم کاربرگ‌های الگوهای تفکر مشکل آفرین معرفی می‌شوند تا با الگوهای رایج تفکر معیوب که در بهبودی از اختلال استرس پس از سانحه اختلال ایجاد می‌کنند آشنا شوند. جانبازان هر کدام از نقاط وقفه را جهت این که با کدامین الگوی معیوب تفکر ارتباط دارند مورد ملاحظه قرار می‌دهند. الگوهای مانند تعمیم افراطی صرفاً بر اساس یک مدرک، تفکر سیاه/سفید یا درست نادرست، استدلال احساسی و سرانجام کاربرگ‌های باورهای چالشی ارائه می‌شوند که مراجعین را قادر می‌سازد که نه تنها باورهایشان را به چالش بکشاند بلکه باورهای واقع بینانه‌تر و متعادل‌تر و هیجانانگیز مرتبط با آنها را شناسایی کنند. در جلسات ۱۲-۸ به‌کارگیری کاربرگ‌های باورهای چالشی، که مراجعین را برای بررسی افکارشان با توجه به پنج بُعد امنیت، اعتماد، قدرت/کنترل، عزت نفس و صمیمیت تمرکز می‌سازد. در جلسه دوازدهم جانبازان گزارش نوشتاری حادثه را دوبار ثبت می‌کنند و با اولین گزارش‌شان از حادثه که در جلسات نخستین نوشته‌اند، مقایسه می‌کنند و این امر به آنها اجازه می‌دهد تا به وضوح تغییرات ایجاد شده در افکار، احساسات و رفتارشان را تصدیق نمایند.

جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با کمک نرم افزار آماری SPSS به دلیل وجود پیش‌آزمون و متغیر وابسته برای هر کدام از فرضیه‌ها از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری^۱ و با سطح اطمینان ۹۵٪ استفاده شد.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان این پژوهش در ابتدا ۲۴ نفر از جانبازان

درمان پردازش تبیین نمود.

بحث و نتیجه گیری

اگرچه در شرایط جنگ پرخاشگری، خشم و خصومت را می‌توان به‌عنوان عوامل تعدیل کننده و حتی بازدارنده ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه در نظر گرفت، اما تعمیم آن به شرایط و موقعیت‌های امن می‌تواند پیامدهای منفی متعدد در حوزه‌های مختلفی برای بازماندگان از جنگ را به دنبال داشته باشد [۳۱]. پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این سؤال که آیا درمان پردازش شناختی در کاهش خشم و خصومت جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش بوده، اجرا شد. نتایج به‌دست آمده از جدول ۳ از اثربخشی درمان پردازش شناختی بر هر دو متغیر ملاک در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل حکایت دارد. غالب پژوهش‌های اجرا شده در مورد نقش و اهمیت نشانگان خشم و خصومت همان‌طوری که در مقدمه ذکر شده‌اند، به ارتباط و پیش‌بینی کنندگی آنها در شدت و تداوم اختلال استرس پس از سانحه محدود شده‌اند. یافته‌های پژوهش حاضر با بررسی ریزوی^۱ و همکاران [۳۲] که نشان‌دهنده اثربخشی درمان پردازش شناختی در کاهش خشم زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز بوده است، همسویی دارد. ضعف پیشینه پژوهش خصوصاً در داخل امکان مقایسه بیشتر این نتایج را فراهم نمی‌کند. در تبیین نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر که چرا میزان خشم و خصومت در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه بالاست و ساز و کار اثربخشی درمان پردازش شناختی چگونه است، می‌توان اظهار داشت که از یک سو، بر اساس الگوی پردازش اطلاعات، خشم و خصومت پیامدهای پردازش شناختی موقعیت هستند و افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نسبت به راه اندازه‌های تهدید سوءگیری توجهی دارند در نتیجه با احتمال بالاتری موقعیت را تهدید کننده تر ارزیابی می‌کنند و گرایش به تأیید کنترل ادراک شده پایین بر موقعیت دارند [۳۳-۳۴] و از طرف

آزمون‌های واریانس چند متغیری (اثربخشی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) مراجعه شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است:

جدول ۲- آزمون‌های واریانس چند متغیری

Sig	Error	DF	Hypothesis	DF	F	Value	Effect
۰/۰۰۱	۱۷	۲۰			۶۱/۶۱۳	۰/۸۷۹	اثر پیلائی
۰/۰۰۱	۱۷	۲۰			۶۱/۶۱۳	۰/۱۲۱	لامبدای ویلکز
۰/۰۰۱	۱۷	۲۰			۶۱/۶۱۳	۷/۲۴۹	اثر هتلینگ
۰/۰۰۱	۱۷	۲۰			۶۱/۶۱۳	۷/۲۴۹	بزرگترین ریشه روی

با توجه به معناداری تمام آزمون‌ها ($F=۶/۶۱۳$ و $p<۰/۰۰۱$) می‌توان استنباط نمود که متغیر مستقل بر متغیرهای ملاک تأثیرگذار بوده است و درمان پردازش شناختی تأثیر معناداری بر خشم و خصومت جانبازان جنگ شرکت کننده در پژوهش داشته است. همچنین حاکی از مجاز شمردن استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری است.

به منظور بررسی معناداری تفاوت‌های مشاهده شده در متغیرهای وابسته پس از کنترل اثر پیش آزمون‌ها، از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون مانووا برای مقایسه تفاضل پیش آزمون و پس آزمون نمرات خشم و خصومت در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	SS	DF	MS	F	P	ES
خشم	۵۳۷/۲۹۳	۱۸، ۱	۲۲	۵۳۷/۲۹۳	۸۴/۷۲۲	۰/۰۰۱
خصومت	۴۲۷/۹۵۵	۱۸، ۱	۲۲	۴۲۷/۹۵۵	۳۴/۰۶۲	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات خشم با ($F(۱۸، ۱) = ۸۴/۷۲۲$ و $p<۰/۰۰۱$) و میانگین نمرات خصومت با ($F(۱۸، ۱) = ۳۴/۰۶۲$ و $p<۰/۰۰۱$) بین گروه‌های آزمایش یعنی گروهی که در جلسات درمان پردازش شناختی شرکت کردند و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که ۸۲٪ تغییرات خشم و ۶۴٪ تغییرات خصومت را می‌توان از طریق

حمایت مالی بنیاد شهید و امور جانبازان و ایثارگران استان کرمانشاه برخوردار بوده است. در انتها بر خود لازم می‌دانم که از جانبازان سرافراز شرکت کننده در این مطالعه، امور پژوهشی جانبازان و ایثارگران استان کرمانشاه، مرکز جامع علمی و کاربردی بنیاد شهید کرمانشاه به خاطر اجازه استفاده از فضا و امکانات آموزشی و مشاور توانا و خوش سابقه بنیاد شهید آقای رحیم گلی که در تمام جلسات بنده را همراهی نموده‌اند صمیمانه تشکر نمایم.

دیگر، نوع پردازش شناختی داده محور یا دریافتی (پردازش از پایین به بالا) و پردازش مفهومی (پردازش از بالا به پایین) فرد از موقعیت‌های ایجاد کننده‌ی سانحه روانی، بر شکل‌گیری و تداوم نشانگان اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. بر این اساس افراد مبتلا به این اختلال، در طی سانحه بیشتر به پردازش مشتق از داده‌های محیطی و تأثیرات حسی موقعیت مانند نور، صدا، تصاویر و حتی بوها مبادرت می‌ورزند و رمز گشایی نسبتاً ضعیف اطلاعات مفهومی از موقعیت یعنی فقر در بسط معنایی و بافتی موقعیت ایجاد کننده سانحه دارند [۳۵،۳۶].

شواهد روز افزون نشان می‌دهد که همپوشی مثبت بین اختلال استرس پس از سانحه و آسیب خفیف تروماتیک مغز^۱ وجود دارد [۳۷]. تقریباً ۲۰٪ از جانبازان جنگ در بروز علائم اختلال استرس پس از سانحه تمارض نشان می‌دهند و تنوع نشانگان اختلال استرس پس از سانحه تشخیص دقیق تمارض را با مشکل همراه خواهد کرد [۳۸]. در بررسی‌های آتی پژوهشگران این عامل زمینه‌ساز تشخیص مثبت کاذب را با دقت بالاتری در مطالعات خود کنترل نمایند.

به‌طور کلی، درمان پردازش شناختی با تمرکز بر اصلاح و بازسازی شناخت‌های تحریف شده از موقعیت ایجادکننده سانحه روانی، مواجهه نوشتاری با رویداد یا رویدادهای زمینه‌ساز اختلال استرس پس از سانحه، امکان پردازش و رمزگردانی معنایی و مفهومی از موقعیت را تقویت می‌کند. بر اساس ویژگی‌های چون اجرای سریع و مبتنی بر دستورالعمل از این رویکرد می‌توان در درمان اختلال استرس پس از سانحه ناشی از شرایط مختلفی چون جنگ، تجاوز، تصادفات جاده‌ای، خشونت‌های بین فردی، رویدادهای فاجعه‌بار طبیعی چون سیل و زلزله بهره برد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری برزو امیرپور و از

1. mild traumatic brain injury

References

1. Knefel M, Lueger-Schuster B. An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *Eur Psychotraumatol* 2013; 4(10):1-11.
2. Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2013; 15(4): 1-12.
3. Dekel S, Peleg T, Solomon Z. The relationship of PTSD to negative cognitions: a 17-year longitudinal study. *Psychiatry* 2013; 76(3):241-55.
4. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive – compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiat Clin* 2012; 16(2):77-84.
5. Tiet QQ, Schutte KK, Leyva YE. Diagnostic accuracy of brief PTSD screening instruments in military veterans. *J Subst Abuse Treat* 2013; 45(1):134-42.
6. Cesur R, Sabia JJ, Tekin E. The psychological costs of war: Military combat and mental health. *J Health Econ* 2013; 32(1):51-65.
7. Suls J. Anger and the heart: perspectives on cardiac risk, mechanisms and interventions. *Prog Cardiovasc Dis* 2013; 55(6):538-47.
8. Kulkarni M, Porter KE, Rauch SA. Anger, dissociation, and PTSD among male veterans entering into PTSD treatment. *J Anxiety Disord* 2012; 26 (2):271–278.
9. Vrana SR, Hughes JW, Dennis MF, Calhoun PS & et al. Effects of posttraumatic stress disorder status and covert hostility on cardiovascular responses to relived anger in women with and without PTSD. *Biol Psychol* 2009; 82(3):274-280.
10. Rajabi M, Roshan R, Jamilian H. The comparison of Anger and Sense of Guilt in Individuals with Major Depression Disorder (MDD) and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) with the Normal people. *cpap*. 2013; 2 (7):43-52. (Persian)
11. James LM, Strom TQ, Leskela J. Risk-taking behaviors and impulsivity among veterans with and without PTSD and mild TBI. *Mil Med* 2014; 179(4):57-63.
12. McHugh T, Forbes D, Bates G, Hopwood M & et al. Anger in PTSD: Is there a need for a concept of PTSD-related posttraumatic anger? *Clin Psychol Rev* 2012; 32(2):93–104.
13. Contractor AA, Durham TA, Brennan JA, Armour C & et al. DSM-5 PTSD's symptom dimensions and relations with major depression's symptom dimensions in a primary care sample. *Psychiatry Res* 2014; 215(1):146-153.
14. O'Donovan A, Slavich GM, Epel ES, Neylan TC. Exaggerated neurobiological sensitivity to threat as a mechanism linking anxiety with increased risk for diseases of aging. *Neurosci Biobehav Rev* 2013; 37(1):96-108.
15. Chard KM, Ricksecker EG, Healy ET, Karlin BE, Resick PA. Dissemination and experience with cognitive processing therapy. *J Rehabil Res Dev* 2012; 49(5):667-78.
16. Basharpour S. The effectiveness of cognitive processing therapy on post-traumatic symptoms, quality of life, self-esteem and marital satisfaction for women facing with marital infidelity. *J Fam Counsel & Psychother* 2012; 2(5):193-208. (Persian)
17. Resick PA, Uhlmansiek MO, Clum GA, Galovski TA & et al. A Randomized Clinical Trial to Dismantle Components of Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Interpersonal Violence. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(2): 243–258.
18. Galovski TE, Louis S, Resick PA. Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Secondary to a Motor Vehicle Accident: A Single-Subject Report. *Cogn Behav Prac* 2008; 15(3):287–95.
19. Kaysen D, Schumm J, Pedersen ER, Seim RW & et al. Cognitive processing therapy for veterans with comorbid PTSD and alcohol use disorders. *Addict Behav* 2014; 39(2):420-427.
20. Basharpour S, Narimani M, Gamari-Give H, Abolgasemi A & et al. Effect of cognitive processing therapy and holographic reprocessing on reduction of posttraumatic cognitions in students exposed to trauma. *Iran J Psychiatry* 2011; 6(4):138-44.
21. Ehlers A, Grey N, Wild J, Stott R & et al. Implementation of cognitive therapy for PTSD in routine clinical care: effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behav Res Ther* 2013; 51(11):742-52.
22. Macdonald A, Monson CM, Doron-Lamarca S, Resick PA & et al. Identifying patterns of symptom change during a randomized controlled trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2011; 24(3):268-76.
23. Rosner R1, König HH, Neuner F, Schmidt U, Steil R. Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents and young adults with PTSD symptoms after physical and sexual abuse: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2014; 15:195- 213.
24. Borah EV, Wright EC, Donahue DA, Cedillos EM & et al. Implementation outcomes of military provider training in cognitive processing therapy and prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder. *Mil Med* 2013; 178(9):939-44.

25. Monson CM, Macdonald A, Vorstenbosch V, Shnaider P & et al. Changes in social adjustment with cognitive processing therapy: effects of treatment and association with PTSD symptom change. *J Trauma Stress* 2012; 25(5):519-26.
26. Castillo, DT, Lacefield, K, de Baca JC, Blankenship A. & et al. Effectiveness of Group-Delivered Cognitive Therapy and Treatment Length in Women Veterans with PTSD. *Behav Sci* 2014; 4(1): 31-41.
27. Margolies SO, Rybarczyk B, Vrana SR, Leszczyszyn DJ & et al. Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for insomnia and nightmares in Afghanistan and Iraq veterans with PTSD. *J Clin Psychol* 2013; 69(10):1026-42.
28. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane T. The PTSD Checklist (PCL). Reliability, validity and diagnostic utility. San Antonio; 9 the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Hisser Studies, 1993.
29. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992; 63(3): 452-459.
30. Samani S. Study of reliability and validity of buss and Perry's aggression questionnaire. *Iran J Psychiat Clin Psychol* 2008; 13(4): 359 365. (Persian)
31. Hecker T, Hermenau K, Maedl A, Schauer M & et al. Aggression inoculates against PTSD symptom severity- insights from armed groups in the eastern DR Congo. *Eur J Psychotraumatol* 2013; 13(4): 1-10.
32. Rizvi SL, Vogt DS, Resick PA. Cognitive and affective predictors of treatment outcome in cognitive processing therapy and prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2009; 47(9):737-743.
33. Watson S. PTSD and Violence. [dissertation For the degree of Doctorate in Forensic Psychology Practice]. Univ Birmingham; 2013.
34. Bomyea J, Lang AJ. Emerging interventions for PTSD: future directions for clinical care and research. *Neuropharmacology* 2012; 62(2):607-616.
35. Kindt M, van den Hout M, Arntz A, Drost J. The influence of data-driven versus conceptually-driven processing on the development of PTSD-like symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39(4):546-557.
36. Sündermann O, Hauschildt M, Ehlers A. Perceptual processing during trauma, priming and the development of intrusive memories. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2013; 44(2):213-220.
37. McGlinchey RE, Fortier CB, Venne JR, Maksimovskiy AL & et al. Effects of OEF/OIF-related physical and emotional co-morbidities on associative learning: concurrent delay and trace eye blink classical conditioning. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Mar 12; 11(3):3046-3073.
38. Ahmadi K, Lashani Z, Afzali MH, Tavalalaie SA & et al. Malingering and PTSD: detecting malingering and war related PTSD by Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *BMC Psychiatry* 2013 29; 13:154.

Evaluation of effectiveness the cognitive processing therapy on reducing anger and hostility in veterans with posttraumatic stress disorder

Aghayousefi A¹, *Amirpour B², Alipour A³, Zare H³

Abstract

Background: Anger and hostility among the anxiety abnormalities have a high association with posttraumatic stress disorder (PTSD) and can predict its persistence symptoms. This study aimed to investigate the effectiveness of cognitive processing therapy on reducing anger and hostility in veterans with PTSD.

Materials and methods: The research method was semi experimental (with pre- and post- test) with a control group. Twenty four war veterans with PTSD based on sampling methods were selected and randomly divided into experimental and control groups. The data were collected by checklist-military and the data of anger and hostility subscales were collected by Buss and Perry aggression questionnaire. Subsequently, the sessions of cognitive processing therapy were carried out for the experimental group in 12 sessions of one hour.

Results: The multivariate analysis of variance showed that the mean scores of the experimental group compared with the control group was significantly decreased in anger and hostility ($P < 0.05$).

Conclusion: With regard to the negative consequences of anger and hostility in family, social, and occupational relationship in veterans with PTSD, cognitive processing therapy can be used to reduce the symptoms of anger and hostility.

Keywords: posttraumatic stress disorder, anger, hostility, cognitive processing, war veterans

1. Associate professor, Department of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2. Instructor, Department of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
(*Corresponding Author)
borzooamirpour@gmail.com

3. Professor, Department of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran