پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال بیستم، شماره ۶، پی‌درپی ۱۰۸، صفحات ۳۲۰ تا ۳۲۶
بهمن و اسفند ۱۳۹۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۷/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۲

بررسی تأثیر درمان پردازش شناختی بر سبک مقابله‌گری گریز- اجتناب جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی

*دکتر برزو امیرپور[*1]، دکتر علیرضا آقایوسفی[2]، دکتر احمد علیپور[3]، دکتر حسین زارع[4]*

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: اجتناب به عنوان یک راهبرد مقابله‌گری ناسازگارانه، از نشانگان اصلی و عامل تداوم بخش اختلال استرس پس‌آسیبی محسوب می‌شود. بنابراین، روان درمانگری‌های کارآمد در بهبود این اختلال برای کاهش نشانگان اجتناب، طرح های مشخصی ارایه می‌کنند. چون گزارشی از تأثیر آن روی جانبازان وجود نداشت، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان پردازش شناختی بر سبک مقابله‌گری گریز- اجتناب جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی اجرا شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. ۲۴ جانباز جنگ از میان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۳ به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طریق تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. داده‌ها بر اساس چک لیست نشانگان اختلال استرس پس‌آسیبی و خرده مقیاس گریز- اجتناب از پرسشنامه‌ی راهبردهای مقابله‌گری فولکمن- لازاروس گردآوری شدند. داده‌ها با سطح اطمینان ۰/۹۵ به کمک نرم افزار آماری IBM SPSS (نسخه ۲۲) و با روش آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحقیق روی ۲۴ نفر در دو گروه انجام شد. رتبه‌ی استرس در گروه شاهد از ۱۹/۲ به ۱۹/۳ و در گروه تجربی از ۱۸/۷ به ۱۰/۶ کاهش یافت ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که درمان پردازش شناختی در کاهش سبک مقابله‌ای گریز- اجتناب جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی مؤثر است.

واژگان کلیدی: اختلال استرس پس‌آسیبی، درمان پردازش شناختی، سبک مقابله‌گری گریز- اجتناب، جانبازان

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Amirpour B, Aghyousefi AR, Alipour A, Zare H. Investigating the effectiveness of cognitive processing therapy on escape-avoidance coping style of veterans with post-traumatic stress disorder. Pejouhandeh 2016;20(6):320-326.

مقدمه

تجارب منجر به تروماتیک (آسیب)، دامنه‌ی گسترده‌ای از رویدادهایی چون خشونت‌های جمعی، جنگ، تروریسم، بلایای طبیعی و حتی حوداث آسیب‌رسان روزمره مانند تصادف‌های جاده‌ای و از دست دادن ناگهانی یک فرد مورد علاقه را در برمی‌گیرد (۱). به گزارش انجمن روانپزشکی آمریکا، در حدود ۸۰ درصد جمعیت عمومی، یک رویداد بالقوه‌ی تروماتیک را در طول عمر خود تجربه می‌کنند و از این میان، تقریباً ۱۰ درصد این افراد به اختلال استرس پس‌آسیبی یا پس از سانحه (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) مبتلا خواهند شد (۲). این اختلال، سطح ناتوان کنندگی بالایی داشته و از طریق نشانگان تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا، اجتناب، بیش‌انگیختگی و اختلال‌های روانشناختی ناشی از تجربه کردن یا شاهد یک رویداد فوق‌العاده ترسناک و تهدیدکننده‌ی زندگی مشخص می‌شود (۳). نشانگان اجتناب در اختلال استرس پس‌آسیبی، دوری جستن از تجربه‌ی تروما، احساس کرختی هیجانی، از دست دادن علاقمندی به فعالیت‌هایی که قبلاً لذت‌بخش بوده است و اختلال در عملکرد

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر برزو امیرپور؛ کنگاور، پایین‌تر از میدان آزادگان، دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی؛ تلفن و نمابر: ۸۲۳۳۴۴۹ (۰۸۳۴)؛
پست الکترونیک: borzooamirpour@gmail.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

حافظه و فرآیند یادگیری را شامل می‌شود (۴). اهمیت اجتناب، در تداوم اختلال استرس پس‌آسیبی به دلیل تداخل در پردازش تجارب تروماتیک که مانع یادگیری و تثبیت احساس امنیت در حافظه می‌شود، برجسته است. علاوه بر این، اجتناب زمینه‌ی مناسب‌تری را برای تشخیص این اختلال و پیش‌بینی سیر بالینی آن، فراهم می‌کند (۶،۵). بسیاری از جانبازان جنگ که سال‌ها پس از رویداد تروماتیک، برای درمان به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه می‌کنند، عمده‌ترین آشفتگی‌شان که در جریان درمان مشاهده می‌شود، از تلاش برای اجتناب از یادآورنده‌های رویدادهای آسیب‌زا به عنوان یکی از مهمترین عوامل تداوم بخش اختلال استرس پس‌آسیبی، ناشی می‌شود (۷). در پژوهشی که روی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی شهر قم انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که شیوه‌های نارسا و هیجان‌مدار مقابله‌گری با این اختلال ارتباط و توان پیش‌بینی‌کنندگی آن را دارد (۸). همچنین در بررسی خود، ارتباط مثبت و معناداری را بین راهبرد مقابله‌گری اجتنابی و اختلال استرس پس‌آسیبی گزارش کردند (۹). مقابله‌گری به دامنه‌ی متنوعی از شناخت‌ها و رفتارهای اتخاذ شده جهت کنترل مطالبات درونی و بیرونی یک موقعیت استرس‌آفرین یا تهدیدکننده تعریف می‌شود که می‌تواند به شکل شناختی مانند تمرکز بر جنبه‌های مثبت رویداد، ادراک یا تصور یک فرد را از موقعیتی تغییر دهد یا به شیوه‌ی رفتاری مانند فاصله گرفتن از منابع استرس‌زا متبلور شود (۱۰). مقابله اجتنابی اگرچه فشار روانی را سریع و به طور موقت کاهش می‌دهد، اما در پردازش کارآمد موقعیت استرس‌زا و عملکردهای زندگی روزمره تداخل ایجاد می‌کند (۱۲،۱۱). نظریه‌های شناختی، سوگیری توجهی به کشف و بیش‌واکنشی نسبت به محرک‌های تهدیدکننده مرتبط با رویداد آسیب‌زا، ضعف در نپرداختن به یاد آورنده‌های موقعیت آسیب‌زا، کاهش منابع شناختی برای توجه به اهداف و مطالبات غیر تهدیدکننده را از عوامل تأثیرگذار در تداوم نشانگان اختلال استرس پس‌آسیبی تلقی می‌کنند (۱۳). علاوه بر این، در سبب شناسی و درمان اختلال استرس پس‌آسیبی، نقش چشمگیر تحریف‌های شناختی مانند باور به این که جهان محل ناامن بوده و دیگران قابل اعتماد نیستند و باورهایی در مورد احساس بی‌کفایتی و ناکارآمدی در بازماندگان از رویدادهای تروماتیک، کانون توجه درمانگران و نظریه‌پردازان شناختی رفتاری قرار دارد (۱۴).

در همین راستا، درمان پردازش شناختی (Cognitive Processing Therapy, CPT) از جمله درمان‌های شناختی است که به طور اختصاصی برای درمان اختلال استرس پس‌آسیبی نخستین بار جهت درمان قربانیان تجاوز به عنف توسط رسیک و اسنایک (۱۹۹۷) معرفی و سپس کاربرد آن در محیط‌های نظامی به وسیله‌ی رسیک، مانسن و چارد (۲۰۰۷) تطبیق داده شد (۱۵). این الگوی درمانی، هدفمند و مبتنی بر دستورالمعل مشخص و ساختاریافته است که با استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی و مواجهه‌ی نوشتاری با رویداد آسیب‌زا و تکالیف خانگی در صدد اصلاح باورها و مفروضه‌های غیر انطباقی فرد در مورد خود، دیگران و جهان است (۱۶). رویکرد پردازش شناختی، وقایع تروماتیک را تجربه‌ای در نظر می‌گیرد که با باورهای فرد از خود، دیگران و جهان همخوانی ندارد؛ در نتیجه هنگامی که فرد نتواند رویدادی را با باورهای عمیق و مرکزی خود هماهنگ کند، زمینه‌ی شکل‌گیری شناخت‌های ناسازگار، هیجانات منفی مزمن و رفتارهای نامناسب مانند اجتناب فراهم می‌شود (۱۷).

از آنجایی که افراد مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی ازجمله جانبازان جنگ، از تجربه‌ی مکرر افکار مزاحم و رخنه‌کننده‌ی وابسته به تروما رنج می‌برند و نسبت به یادآورنده‌هایی که راه‌انداز یا ماشه‌چکان رویدادهای تروماتیک هستند، اختلال شدید هیجانی و واکنش‌های فیزیولوژیک نشان می‌دهند، در نتیجه راهبرد مقابله‌گری اجتناب و گریز را انتخاب می‌کنند (۱۸). لذا بررسی حاضر با عنایت به خلأ پژوهشی و تبیین‌های ذکر شده در بالا، به دنبال گزارش نتایج حاصل از به‌کارگیری درمان پردازش شناختی بر راهبرد مقابله‌گری اجتناب- گریز، روی جانبازان جنگ استان کرمانشاه انجام شده است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش تجربی با پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بوده است. بر این اساس، درمانگری پردازش شناختی به عنوان متغیر مستقل بر راهبرد مقابله‌گری اجتناب- گریز به عنوان متغیر ملاک، اعمال شده است. شرکت‌کنندگان در پژوهش عبارت بودند از کلیه‌ی مردان جانباز جنگ ایران و عراق مقیم استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۳ که بر اساس تشخیص کمیسیون پزشکی این استان، مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی بودند. از میان جامعه‌ی آماری معرفی شده باتوجه به ادبیات پژوهش برای بررسی‌های مداخله‌ای، یک نمونه‌ی 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

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

برای ورود به پژوهش را داشتند، در دو گروه آزمایش و لیست انتظار گمارش شدند. معیارهای ورود به پژوهش علاوه بر تشخیص اختلال استرس پس‌آسیبی، 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- نسخه‌ی نظامی(The Post Traumatic Stress Disorder Checklist-Military, PCL-M)، اعلام تمایل و رضایت به شرکت در دوره درمانی. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل وجود اختلال سایکوتیک و دوقطبی فعال، وابستگی شدید به مواد، رفتارهای آسیب‌رسان جدی مانند خودکشی و پرخاشگری شدید، و سطح آسیب بالاتر از ۷۰ درصد بود.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

الف) چک لیست اختلال استرس پس از سانحه- نسخه‌ی نظامی (PCL-M). این ابزار مرکب از ۱۷ ماده‌ی ۵ گزینه‌ای است که بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست چهارم (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) به عنوان یک ابراز کمک تشخیصی توسط ودرز و همکاران برای مرکز ملی اختلال استرس پس‌آسیبی ایالات متحده آمریکا تهیه شده است (۱۹). ۵ ماده‌ی آن مربوط به تجربه‌ی مجدد علایم آسیب‌زا، ۷ ماده مربوط به علایم کرختی هیجانی و اجتناب و ۵ ماده‌ی دیگر آن مربوط به نشانه‌های برانگیختگی شدید است. نقطه برش برای تشخیص اختلال استرس پس‌آسیبی برای آن ۵۰ در نظر گرفته شده است. در ایران توسط میرزایی و همکاران (۲۰) و گودرزی (۲۱) هنجاریابی شده است. در بررسی گودرزی، همسانی درونی پرسشنامه ۰/۹۳ و در پژوهش ودرز و همکاران، ضریب همسانی ۰/۹۷ برای جانبازان جنگ ویتنام گزارش شده است (۲۱).

ب) پرسشنامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای فولکمن و لازاروس. این پرسشنامه توسط فولکمن و لازاروس برای ارزیابی شیوه‌های مقابله با استرس طراحی شده است (۲۲) که فرم امروزی آن دارای ۶۶ سؤال (۴ گزینه‌ای از صفر= به‌کار نبرده‌ام تا ۳= زیاد به‌کار برده‌ام) با ۵۰ سؤال اصلی و ۱۶ سؤال فرعی است که در نمره‌گذاری استفاده نمی‌شوند. ۸ راهبرد متداول (رویارویی، فاصله‌گیری، خویشتن‌داری، جستجوی حمایت‌های اجتماعی، مسؤولیت‌پذیری، فرار یا اجتناب، مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مثبت مجدد) براساس آن سنجیده می‌شود. پایایی این پرسشنامه در پژوهش (رضائی راد، کاملی، موسوی بیوکی، ۱۳۸۸) ۰/۹۳ به دست آمده است (۲۳). از سؤال‌هایی که راهبرد اجتناب را می‌سنجند (سؤال‌های ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۷، ۵۰، ۵۸ و ۵۹)، برای ارزیابی راهبرد مقابله‌ای اجتناب در این پژوهش استفاده شده است.

برای گروه آزمایش به صورت هفتگی ۱۲ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه درمان پردازش شناختی اعمال شد. جلسات درمان بعد از اجرای پیش‌آزمون به منظور اندازه‌گیری‌های زیستی به صورت اجمالی به شرح زیر بود:

جلسات ۴-۱: پس از معارفه و مطرح کردن قوانین حاکم بر گروه و معرفی اختلال استرس پس از سانحه، به مراجعین آموزش داده شد تا با پشتوانه‌ی نظری درمان پردازش شناختی آشنا شوند و در معنای حادثه‌ی تروماتیک از طریق گزارش نوشتاری آن کنکاش کنند؛ بحث کنند که چرا رویداد تروماتیک رخ داده است و چگونه توانسته است بر باورهای فرد نسبت به خود، دیگران و جهان تأثیرگذار باشد و البته به پنج بعد امنیت، اعتماد، قدرت/کنترل، عزت نفس و صمیمیت در این راستا توجه کنند. پس از آن، مراجعین آموزش می‌دیدند که بین رویدادها، افکار و احساسات، از طریق کاربرگ ABC (A-B-C Worksheet) ارتباط برقرار کنند (از طریق ثبت موقعیت‌هایی که فرد، هیجان‌هایی را در آن تجربه کرده است، رویداد فعال‌ساز، نوع افکاری که از ذهنشان خطور کرده است و واکنش‌های هیجانی خود را به آن رویداد گزارش می‌کنند و در جلسات بعدی محتوای باورها و افکار افراد از لحاظ منطقی بودن آنها بررسی و در نهایت، بدیل‌هایی برای افکار ناکارآمد شناسایی و معرفی می‌گردد). شرکت‌کنندگان به کمک درمانگر، شروع به شناسایی مواردی از تفسیر در رابطه با رویداد آسیب‌زا می‌کنند که افکارشان در مورد آنها دچار وقفه (Stuck Point) شده است، 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؛ مثلاً این که من نمی‌توانم به کسی اعتماد کنم یا من بی‌ارزش هستم. در نهایت، 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 متعادل‌تری مورد ملاحظه قرار دهند.

جلسات ۷-۵: در این جلسات، مهارت‌های اصلی شناخت‌درمانی آموزش داده می‌شود که از جمله‌ی آنها باید به

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

استفاده از کاربرگ سؤالات چالشی CQW (Challenging Question Worksheet) اشاره کرد. در این کاربرگ، با مطرح کردن سؤال‌هایی، اعتبار باورها و افکار غیرمنطقی که عامل تداوم بخش اختلال محسوب می‌شوند، به چالش کشیده می‌شوند. این امر 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. به عنوان مثال، در جلسه‌ی ششم، کاربرگ‌های الگوهای تفکر مشکل‌آفرین 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 از جهت این که با کدامین الگوی معیوب تفکر ارتباط دارند، مورد ملاحظه قرار می‌دهند؛ الگوهایی مانند تعمیم افراطی صرفاً بر اساس یک مدرک، تفکر سیاه/ سفید یا درست نادرست، استدلال احساسی؛ و سرانجام کاربرگ‌های باورهای چالشی CBW (Challenging Beliefs Worksheet) که تکمیل‌کننده‌ی فعالیت فرد در کاربرگ ABC بوده و در آن، آمادگی مطلوب برای رویارویی با موقعیت‌های چالش برانگیز تدارک دیده می‌شود و به این ترتیب، مراجعین را قادر می‌سازد که نه تنها باورهایشان را به چالش بکشانند بلکه باورهای واقع‌بینانه‌تر و متعادل‌تر و هیجانات مرتبط با آنها را شناسایی کنند.

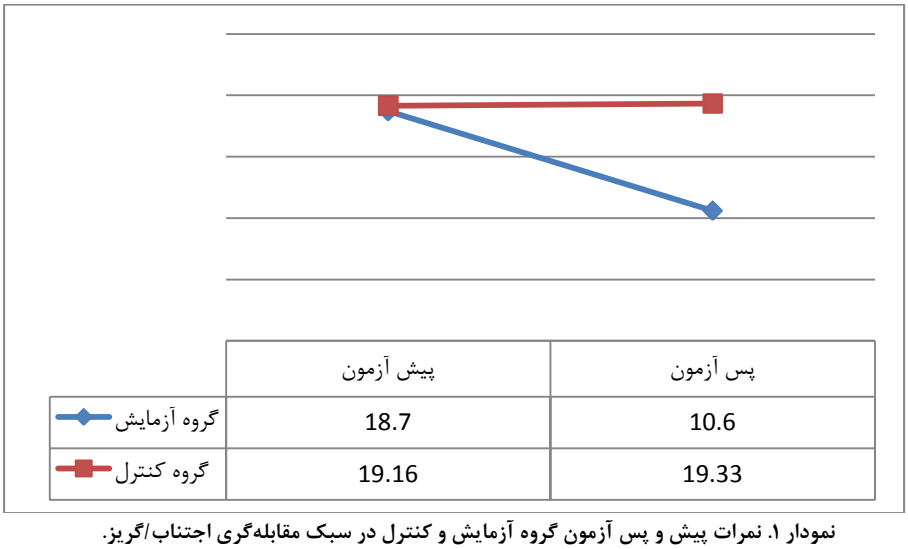
جلسات ۱۲-۸: با استفاده از کاربرگ CBW در حوزه‌های آسیب دیده، مراجعین برای بررسی افکارشان در توجه به پنج بعد امنیت، اعتماد، قدرت/ کنترل، عزت نفس و صمیمیت تمرکز تمرکز پیدا می‌کنند. در جلسه‌ی دوازدهم، جانبازان گزارش نوشتاری حادثه را دوباره ثبت می‌کنند و با اولین گزارشی که در جلسات اولیه از حادثه نوشته شده بود، مقایسه می‌کنند. این امر به آنها اجازه می‌دهد تا به وضوح تغییرات ایجاد شده در افکار، احساسات و رفتارشان را تصدیق نمایند.

به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با کمک نرم افزار آماری IBM SPSS (نسخه ۲۲)، به دلیل وجود پیش‌آزمون و یک متغیر وابسته برای هر یک از فرضیه‌ها، از روش آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری و با سطح اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان این پژوهش در ابتدا ۲۴ نفر از جانبازان جنگ مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی با دامنه‌ی سنی ۴۶ تا ۶۷ سال بودند که در دو گروه آزمایش (CPT) و کنترل به نسبت برابر گمارده شدند. دو نفر از گروه آزمایش شرایط ادامه‌ی شرکت در پژوهش برای آنها فراهم نبود و به همین دلیل از تحلیل سنجش‌های پیش‌آزمون آنها صرف‌نظر شد. سن، مدت حضور در جنگ و درصد جانبازی برای گروه آزمایش ۵۲/۷۰، ۴/۴۰ و ۴۶ درصد و برای گروه کنترل ۵۳/۸۳، ۳/۵۲ و ۴۷ درصد بود و این مقدار از نظر آماری تفاوت معناداری را برای دو گروه نشان نداد و این حاکی از کنترل شرایط گروه‌ها در متغیرهای مذکور است.

در نمودار ۱، نمرات کسب شده‌ی دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس مقابله‌گری اجتناب/ گریز ارایه شده است.



نمودار ۱. نمرات پیش و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در سبک مقابله‌گری اجتناب/گریز.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در سبک مقابله‌گری اجتناب/گریز بعد اعمال متغیر مستقل یعنی درمانگری پردازش شناختی، با کاهش قابل توجهی همراه شده است. در نتیجه، جهت تبیین و مشخص شدن سهم درمانگری پردازش شناختی در این کاهش، از روش آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد.

نکته‌ی مهم قبل از اجرای این روش آماری به منظور مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل، برقراری شروط استفاده از آن یعنی فرض همگنی واریانس نمرات درون‌گروهی، همگنی شیب رگرسیون و نرمال بودن توزیع داده‌ها می‌باشد. نتایج آماره F در آزمون لون برای هیچ‌یک از متغیرهای ملاک، معنادار نبود (P>۰/۰۵)؛ بنابراین فرض همسانی واریانس نمرات برقرار بود. نتایج بررسی شیب رگرسیون بین دو گروه در نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری را نشان نداد و در نتیجه، داده‌ها از فرضیه‌ی همگنی شیب رگرسیون حمایت می‌کنند و نهایتاً با توجه به مقدار سطح معناداری آزمون شاپیرو- ویلیک (P>۰/۰۵)، توزیع داده‌ها نرمال بود.

با در نظر گرفتن مقادیر ضریب اتا و توان آماری (۰/۸۳۳ و ۱/۰۰۰) می‌توان استنباط نمود که درمان پردازش شناختی ۸۳ درصد از کاهش نمرات مقابله‌گری اجتناب/گریز در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی را در گروه آزمایش تبیین می‌کند و ۱۰۰ درصد از این کاهش در پس‌آزمون ناشی از اعمال متغیر مستقل (CPT) بوده است.

بحث

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین شرایط روانپزشکی هستند که هزینه‌های هنگفتی را در بخش درمان و مراقبت، به خود اختصاص می‌دهند (۲۴). در این میان، سهم اختلال استرس پس‌آسیبی قابل توجه است؛ تخمین زده شده است که این اختلال در ایالات متحده آمریکا، منجر به هدر رفت ۳ بیلیون دلار در تولید سالانه‌ی این کشور می‌شود (۱۷).

تحقیق حاضر نشان داد که این روش درمانی، به طور معناداری باعث کاهش مقابله‌گری اجتناب/گریز جانبازان جنگ شرکت‌کننده در پژوهش، در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه‌ی گریفین و همکاران، نقل از مک دونالد و همکاران (۲۵) که به‌کارگیری رویکرد درمانی پردازش شناختی را در کاهش نشانگان اجتناب و کرختی هیجانی جانبازان جنگ، اثربخش گزارش کرده‌اند، همسویی دارد. همچنین در مطالعه‌ی لاینر و همکاران (۱۱)، اثربخشی دو روش درمانی مواجهه‌ی طولانی‌مدت و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد را بر کاهش مقابله‌گری اجتنابی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی ناشی از تجاوز، نشان داده‌اند. این یافته نیز می‌تواند در راستای کارآمدی شیوه‌های روان‌درمانی در کاهش مقابله‌گری ناکارآمد اتخاذ شده توسط مبتلایان به اختلال استرس پس‌آسیبی باشد. در تبیین نظری برای نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر می‌توان اظهار داشت که الگوهای شناختی و درمان‌های وابسته به آن از جمله درمان پردازش شناختی مدعی هستند که اصلاح باورها و مفروضه‌های غیرانطباقی مرتبط با رویداد تروماتیک، به تغییر هیجانات و کاهش نشانگان اختلال استرس پس‌آسیبی منجر می‌شود که این اقدام از تکرار بیان تروما که در پردازش هیجانی مورد نظر است، موثرتر خواهد بود (۲۶). بر اساس نظر مک دونالد، الگوی خطی کاهش نشانگان اجتناب/کرختی هیجانی به دنبال به‌کارگیری درمان پردازش شناختی، نتیجه‌ی تمرکز فوری این الگوی درمانی بر مواجهه با رویداد آسیب‌زا به شیوه‌ی گزارش نوشتاری در مورد معنای رویداد است (۲۵). در نتیجه، تداوم نشانگان این اختلال را واکنشی در مقابل حذف راهبردهای مقابله‌گری، کارآمد تلقی می‌کند. با این حال، رویدادها زمانی به عنوان تروما مورد توجه قرار می‌گیرند که مفروضه‌های پیشین فرد به وسیله‌ی اطلاعات جدید مرتبط با تروما به چالش کشیده می‌شوند. در نتیجه، هنگامی که بین این اطلاعات ناشی از تروما و مفروضه‌های پیشین فرد از خود، دیگران و جهان، عدم تطابق به وجود آید، مکانیزم پردازش شناختی هیجانی، فعال و تحریک خواهند شد. به همین دلیل، در نظریه‌ی مفروضه‌های درهم شکسته (theory of shuttered assumption) که توسط جانف- بولمن مطرح شده است، رشد پس‌آسیبی از کشمکش‌های شناختی فرد برای برطرف کردن مفروضه‌های به چالش‌کشیده شده‌اش از جهان، ناشی می‌شود و این مفروضه‌ها به دلیل آسیب یا ضربه، درهم شکسته شده‌اند (۲۷).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، غفلت از سهم متغیرهای میانجی دیگری است که در اختلال استرس پس از سانحه، نقش تعدیل‌کنندگی ایفا می‌کنند که از آن جمله باید به مواردی چون حمایت‌های اجتماعی پس از رویداد آسیب‌زا، آسیب‌پذیری نسبت به این اختلال و روان‌نژندگرایی، سایر متغیرهای شناختی همچون کنترل شناختی، دیگر سبک‌های مقابله‌گری هیجان‌مدار، اختلال در مهار و شرطی‌سازی ترس که در ادبیات پژوهش تأثیرگذاری آنها گزارش شده است،

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

اشاره کرد. پژوهش حاضر صرفاً به جانبازان جنگ محدود می‌شود. تعمیم آن به سایر مبتلایان به اختلال استرس پس‌آسیبی مستلزم اجرای پژوهش‌های دیگری است. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که اثربخشی درمان پردازش شناختی بر سبک‌های مقابله‌گری را با سایر رویکردهای درمانی برای اختلال مذکور و در سایر جمعیت‌های مبتلا، بررسی کنند. همچنین، سهم عوامل میانجی در بهبود از اختلال استرس پس‌آسیبی، مورد توجه واقع شود.

با عنایت به ویژگی‌های استثنایی رویکرد درمانگری پردازش شناختی، همچون برخورداری از دستورالعمل مشخص و گام به گام، بهره‌گیری از رویکردهای تربیتی روانی با استفاده از تکالیف خانگی در اشاعه‌ی پیامدهای مثبت آن به خارج از میحط درمان، اجرای فردی و گروهی آن، تلفیق امتیازات درمان‌های شناختی رفتاری (بازسازی شناختی) و مواجهه‌ی طولانی (مواجهه با رویداد به طریق گزارش نوشتاری رویداد)، حمایت تجربی بالا در ادبیات خارجی، انحصاری و محدود شدن هدف از طراحی آن برای درمان اختلال استرس پس‌آسیبی و ضعف پیشینه داخلی پژوهش، امکان بهره‌مندی از این روش درمانی برای روان درمانگران را فراهم خواهد کرد. علاوه بر این، با توجه به شیوع بالای اختلال استرس پس‌آسیبی و تنوع شرایط و موقعیت ایجادکننده‌ی آن، مبتلایان به این اختلال می‌توانند از نتایج و پیامدهای مثبت این مداخله بهره‌مند شوند.

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر، برگرفته از رساله‌ی دکتری آقای برزو امیرپور و برخوردار از حمایت مالی بنیاد شهید و امور جانبازان و ایثارگران استان کرمانشاه بوده است. در انتها برخود لازم می‌دانیم که از جانبازان سرافراز شرکت‌کننده در این مطالعه، امور پژوهشی جانبازان و ایثارگران استان کرمانشاه، مرکز جامع علمی و کاربردی بنیاد شهید کرمانشاه به دلیل اجازه‌ی استفاده از فضا و امکانات آموزشی و مشاور توانا و خوش‌سابقه‌ی بنیاد شهید جناب آقای رحیم گلی که در تمام جلسات بنده را همراهی نمودند، صمیمانه تشکر نماییم.

REFERENCES

1. Fodor KE, Unterhitzenberger J, Chou CY, Kartal D, Leistner S, Milosavljevic M, *et al*. Is traumatic stress research global? A bibliometric analysis. Eur J Psychotraumatol 2014; 20(5):1–7.

2. Koch SB, van Zuiden M, Nawijn L, Frijling JL, Veltman DJ, Olff M. Intranasal oxytocin as strategy for medication-enhanced psychotherapy of PTSD: salience processing and fear inhibition processes. Psychoneuroendocrinology 2014; 40:242–56.

3. Williams MT, Malcoun E, Sawyer BA, Davis DM, Nouri LB, Bruce SL. Cultural adaptations of prolonged exposure therapy for treatment and prevention of posttraumatic stress disorder in African Americans. Behav Sci 2014;4(2):102–24.

4. Mahan ML, Ressler KL. Fear conditioning, synaptic plasticity and the amygdala: implications for posttraumatic stress disorder. Trends Neurosci 2012;35(1):24–35.

5. Badour CL, Blonigen DM, Boden MT, Feldner MT, Bonn-Miller MO. A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. Behav Res Ther 2012; 50(10):610–6.

6. Sripada RK, Garfinkel SN, Liberzon I. Avoidant symptoms in PTSD predict fear circuit activation during multimodal fear extinction. Front Hum Neurosci 2013;17(7):1–10.

7. Resick PA, Monson CM, Chard KM. Cognitive processing therapy: Veteran/Military version Washington, DC: Department of Veterans Affairs; 2007.

8. Aghayousefi AR. Coping ways to post-traumatic stress disorder and chronic stress symptoms. J Behav Sci 2010;4(1): 9–10. (Full Text in Persian)

9. Morris MC, Rao U. Psychobiology of PTSD in the acute aftermath of trauma: Integrating research on coping, HPA function and sympathetic nervous system activity. Asian J Psychiatr 2013;6(1):3–21.

10. Walsh K, Fortier MA, DiLillo D. Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. Aggress Violent Behav 2010;15(1):1–13.

11. Leiner AS, Kearns MC, Jackson JL, Astin MC, Rothbaum BO. Avoidant coping and treatment outcome in rape-related posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol 2012; 80(2):317–21.

12. Contractor AA, Durham TA, Brennan JA, Armour C, Wutrick HR, Frueh BC, *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):146–53.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

13. Ashley V, Honzel N, Larsen J, Justus T, Swick D. Attentional bias for trauma-related words: exaggerated emotional Stroop effect in Afghanistan and Iraq war veterans with PTSD. BMC psychiatry 2013; 13(1):1–11.

14. Sobel AA, Resick PA, Rabalais AE. The effect of cognitive processing therapy on cognitions: impact statement coding. J Trauma Stress 2009; 22(3):205–11.

15. König J. Cognitive processing therapy with a prelingually deaf patient suffering from posttraumatic stress disorder. Clin Case Stud 2013;12(1):73–90.

16. Kaysen D, Schumm J, Pedersen ER, Seim RW, Bedard-Gilligan M, Chard K. Cognitive processing therapy for veterans with comorbid PTSD and alcohol use disorders. Addict Behav 2014;39(2):420–7.

17. Meyers LL, Strom TQ, Leskela J, Thuras P, Kehle-Forbes SM, Curry KT. Service utilization following participation in cognitive processing therapy or prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder. Mil Med 2013; 178(1):95–9.

18. Khazaie H, Saidi MR, Sepehry AA, Knight DC, Ahmadi M, Najafi F, *et al*. Abnormal ECG patterns in chronic post-war PTSD patients: a pilot study. Int J Behav Med 2013;20(1):1–6.

19. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane T. The PTSD Checklist (PCL). Reliability, validity and diagnostic utility. 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Hisser Studies, San Antonio; 1993.

20. Mirzaee J, Karami GR, Ameli J, Hemmati MA. Investigation of clinical diagnosis by psychological tests in PTSD outpatients and inpatients. J Mil Med 2004;6(3):201–8. (Full Text in Persian)

21. Goodarzi, MA. Reliability and validity of post-traumatic stress disorder Mississippi scale. J Psychol 2003;7(2): 135–78. (Full Text in Persian)

22. Folkman S, Lazarus RS. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1998.

23. Rezaierad M, Kameli MJ, Moosavi Buki SJ. Stress coping techniques of employees in retirement Yazd police commander and its relationship their individual characteristics. Quarter Police Mange Stud 2009;4(4):535–60. (Full Text in Persian)

24. Chalmers JA, Quintana DS, Anne Aboott MJ, Kemp AH. Anxiety disorders are associated with reduced heart rate variability: a meta-analysis. Front Psy 2014;5(80):1–11.

25. Macdonald A, Monson CM, Doron-Lamarca S, Resick PA, Palfai TP. 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.

26. Resick PA, Suvak MK, Johnides BD, Mitchell KS, Iverson KM. The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. Depress Anxiety 2012;29(8):718–30.

27. Sippel LM, Marshall AD. Posttraumatic stress disorder and fear of emotions: the role of attentional control. J Trauma Stress 2013;26(3):397–400.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]