

اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بازنمایی‌های عاطفی منفی و کاهش رفتارهای خودتخریبی معنادان مبتلا به استرس پس از سانحه

شکوفه رضانی^۱، معصومه شفیعی^۲، حدیث حیدری‌راد^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۰۲

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بازنمایی‌های عاطفی منفی و کاهش خودتخریبی معنادان مبتلا به استرس پس از سانحه اجرا شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را معنادان حاضر در کلینیک ترک اعتیاد حیات ارومیه در سال ۹۵ تشکیل می‌دادند. بعد از اجرای مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی-سی پی روی ۱۷۰ نفر از این تعداد، ۴۰ نفر انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. سپس مقیاس تجدیدنظر شده‌ی تأثیر حوادث و پرسش‌نامه رفتارهای خودتخریبی به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، درمان پردازش شناختی را در ۱۲ جلسه دریافت کردند. سپس پس‌آزمون اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین میانگین نمرات بازنمایی عواطف منفی و رفتارهای خودتخریبی هم‌در پس‌آزمون و هم در مرحله‌ی پیگیری تفاوت وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش لزوم کاربست یک روش درمانی متمرکز بر تروما را در کار با معنادانی که با استرس پس از سانحه مواجه شده‌اند مطرح می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: بازنمایی عاطفی منفی، رفتارهای خودتخریبی، معناد، اختلال استرس پس از سانحه، درمان پردازش شناختی

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران، پست الکترونیک:

masumeh.shafiei62@gmail.com

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه^۱، یکی از اختلالات شایع روان‌پزشکی و روان‌شناختی است که متعاقب مواجهه‌ی شخص با یک فاجعه یا حادثه‌ی دلخراش ایجاد و موجب ناتوانی و از کارافتادگی قابل توجهی در شخص می‌شود (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۵). یکی از عمده‌ترین شرایط استرس‌زای پدیدآورنده این اختلال، حضور فرد در جنگ است. به گونه‌ای که اولین تشخیص‌های این اختلال در سربازان جنگ‌های داخلی آمریکا، جنگ جهانی دوم و بازماندگان اردوگاه‌های نازی، بمباران اتمی ژاپن بوده است (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۰۵). بر اساس آمار و اطلاعات موجود، این بیماری علاوه بر آن که فرد را مبتلا می‌سازد، سبب ناراحتی و تولید بار روانی و مالی عمده‌ای بر خانواده‌های این افراد و اجتماع می‌شود (کالهن، بکهام، یوسورد^۴، ۲۰۰۲). در مطالعه‌ای روی سربازان ویتنامی، مشخص شد حدود ۶۰ تا ۸۰ درصد آن‌ها مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه هستند (کالهن و همکاران^۵، ۲۰۰۲). کشور ایران نیز با تحمل بار عظیم جنگ تحمیلی عراق علیه ایران، یکی از بزرگترین استرس‌های پدیدآورنده‌ی این اختلال را دارا می‌باشد. افراد زیادی به این اختلال، مبتلا شدند به گونه‌ای که شیوع بالای اختلال استرس پس از سانحه در بین بازماندگان و جانبازان جنگ تحمیلی، گزارش شده است. در مطالعه‌ی شفافی کمال‌آبادی، بیگدلی، علوی و کیان ارثی (۱۳۹۳) نشان داده شد که ۳۹ درصد جانبازان شهر تهران علائم اختلال استرس پس از سانحه را دارند. در مطالعه‌ای که توسط محقق مطلق و همکاران (۱۳۹۲) انجام گرفت، شیوع اختلال استرس پس از سانحه را در گروه جانبازان شیمیایی و غیرشیمیایی به ترتیب ۴۰ درصد و ۲۸/۱ درصد اعلام کردند. اختلال استرس پس از سانحه به ویژه با اعتیاد به مواد، همبودی زیادی دارد و مصرف مواد در بین افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه، شیوع زیادی دارد (گراداس^۶ و همکاران^۷، ۲۰۱۶). مطالعات نشان داده، استفاده‌ی نیکوتین در میان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شایع است، افرادی که اختلال استرس پس از سانحه را تجربه کرده‌اند گرایش

1. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
2. Sadock, & Sadock

3. Calhoun, Beckham, & Bosworth
4. Gradus

بیشتری به مصرف نیکوتین دارند (اسنایی، آلپرت، مک‌لین، و فوآ^۱، ۲۰۱۵؛ بگیت، کمپبل، چانگ، ماگید، ریگوتی^۲، ۲۰۱۶). همچنین مطالعات نشان داده علائم اختلال استرس پس از سانحه در معتادان شدیدتر از مبتلایان غیر معتاد است (رید، برون، کاهلر^۳، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد در افراد معتاد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بازنمایی عواطف منفی^۴ بیشتری وجود داشته باشد. در مطالعات متمرکز بر بازنمایی‌های شناختی و عاطفی منفی بر اساس مدل پردازش اطلاعات انطباقی (شاپیرو^۵، ۲۰۰۹)، که یک مدل پردازش اطلاعات تسریع شده است، نتایج حاکی از آن بوده‌اند که باورهای منفی، رفتارها و خصوصیات شخصیتی نتیجه‌ی خاطرات و حافظه‌های ناکارآمد پیشین است (زرگی، زالی، تهراندوست، ۲۰۱۳؛ شاپیرو، ۲۰۰۲). از این نظرگاه خود شناخت‌واره‌ها، هیجان‌ها و احساس‌های بدنی منفی همگی نشانگانی هستند که دلیلی فراتر از رویدادهای فعلی دارند. بر اساس این مدل، این نشانگان به دلیل وجود حافظه‌های پردازش نشده‌ی رویدادهای پیشین زندگی که در حال حاضر فعال شده‌اند، شکل می‌گیرند (شاپیرو، ۲۰۱۲). از طرفی بازنمایی‌های فرد تحت تأثیر شیوه‌ی پردازش اطلاعات^۶ و درک فعلی او از خاطرات، هدف‌ها و خلق و خوی فعلی و بسیاری از عوامل دیگر قرار دارد (کوندا^۷، ۱۹۹۹). مطالعه‌ی بومیا و لانگ^۸ (۲۰۱۶) نشان داد که تداوم رفتار مزاحم و اجتناب از این افکار در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه رایج است. همچنین پروکمن^۹ و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که اجتناب تجربی به طور معنی‌داری با کاهش تعاملات مثبت و کناره‌گیری و پریشانی روانی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و با عاطفه منفی در طول تعاملات مثبت همراه بود.

یکی دیگر از سازه‌هایی که با اختلال استرس پس از سانحه در ارتباط است رفتارهای خودتخریبی^{۱۰} می‌باشد. رفتارهای خودتخریبی عبارت است از: ارتکاب اعمالی از قبیل

1. Asnaani, Alpert, McLean, & Foa
2. Baggett, Campbell, Chang, Magid, & Rigotti
Read, Brown, & Kahler. 7
4. emotional representation
5. Shapiro

1. processing information
7. Kunda
8. Bomyea, & Lang
9. Brockman
10. self-destructive behavior

خودآزاری عمدی، اقدام تعمدی مهلک یا غیر مهلک، خواه فیزیکی، خواه مسمومیت با علم به احتمال خطرناک بودن آن‌ها و در مورد مسمومیت دارویی اطلاع داشتن از این موضوع که مقدار مصرفی بیشتر از اندازه مورد نیاز است (پورافکاری، ۱۳۸۵). ملک و افتخار (۲۰۱۶)، در پژوهشی نشان دادند رفتارهای خودتخریبی در میان سوء مصرف کننده گان مواد مخدر زیاد است. خودآزادی و خشم تا حد زیادی رفتارهای خود تخریبی در سوء مصرف کننده گان مواد را پیش‌بینی می‌کنند. شورت^۱ و همکاران (۲۰۱۵)، در پژوهشی به بررسی اختلال خواب و رفتارهای خودتخریبی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پرداختند که نتایج پژوهش نشان داد افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌توانند پیش‌بینی کننده اختلال خواب و رفتارهای خودتخریبی باشند. کالدرانی^۲ و همکاران (۲۰۱۴)، در پژوهشی نشان دادند تعامل قوی بین رفتارهای خودتخریبی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد.

یکی از درمان‌هایی که اخیراً در زمینه تروما و اختلال استرس پس از سانحه تأثیر گذار بوده، درمان پردازش شناختی می‌باشد. درمان پردازش شناختی یک روش درمان شناختی - رفتاری متمرکز بر تروما است که در اوایل سال ۱۹۹۰ توسط رسیک^۳ و همکارانش برای اولین بار روی قربانیان تجاوز جنسی ابداع شد. سپس روی جمعیت‌های مختلف مواجه شده با تروما به کار گرفته شد. درمان پردازش شناختی بر پایه یک نظریه پردازش اطلاعات درباره‌ی اختلال استرس پس از سانحه قرار دارد. این روش درمانی به جای این که علائم تروما را نتیجه طحاره‌ی بالقوه ترس بدانند با آن‌ها به عنوان ۱- پیامد ناتوانی بیمار برای حل تعارضات بین حادثه تروماتیک و باورهای خود در مورد خود و افراد دیگر که مقدم بر تروما هستند؛ ۲- اطلاعات تقویتی برای باورهای ناکارآمد قبلی برخورد می‌کند (رسیک، اسپچنیک^۴، ۱۹۹۶). نقطه تمرکز این روش درمانی، دستیابی به خاطرات حوادث تروماتیک و بازشناسی آن‌ها و داشتن احساسات مداعی با آن‌ها هست. تا جایی که آن‌ها واقعاً از هم بپاشند. درمان همچنین باورهای ناکارآمد درباره‌ی حادثه، خود و دیگران و

1. Short
2. Calderani

3. Resick
4. Schnicke

دنیای بیماران را هدف قرار می‌دهد. مطالعات زیادی نشان داده‌اند درمان پردازش شناختی بر علائم اختلال استرس پس از سانحه و سابقه‌ی آسیب‌های مغزی در میان نظامیان (بوید، ردجرس، آپرلی، جک، ۲۰۱۶)؛ علائم اختلال استرس پس از سانحه در نظامیان (واچن، و همکاران، ۲۰۱۶)؛ علائم اختلال استرس پس از سانحه، سوء مصرف مواد و افسردگی در جانبازان (هالر، و همکاران، ۲۰۱۶)؛ علائم افراد سیگاری مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (ددرت، و همکاران، ۲۰۱۶) موثر است.

با توجه به این که مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا اثرات وسیع و ویرانگری بر کارکردهای روانی و رفتاری (مانند بازنمایی عواطف منفی و رفتارهای خودتخریبی در معتادان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه) می‌گذارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بازنمایی‌های عاطفی منفی و کاهش خودتخریبی معتادان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام گرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری این پژوهش معتادان بستری شده در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر ارومیه در سال ۹۶-۱۳۹۵ بودند. ابتدا برای سرند کردن معتادانی که با حادثه استرس‌زای روبه‌رو بوده‌اند، مقیاس می‌سی‌سی‌پی^۵ بر روی نمونه‌ای به تعداد ۱۷۰ نفر اجرا شد. از تعداد ۱۷۰ نفر که انتخاب شده بودند، نمونه‌ای به تعداد ۶۵ نفر در مقیاس اختلال استرس پس از سانحه، نمره ۱۰۷ و بالاتر گرفته بودند انتخاب شدند. در این مقیاس دامنه کل نمرات فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ است و نمره‌ی ۱۰۷ و بالاتر بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه است (کیان، کادل و تیلور، ۱۹۹۸). بعد از این تعداد ۴۰ نفر از این معتادان به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین گشتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- اعتیاد داشتن

حداقل به یکی از موادی که اعتیاد آور باشند؛ ۲- دارا بودن سواد خواندن و نوشتن؛ ۳- در مدت پژوهش تحت مشاوره دیگری نباشند. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- عدم رضایت فرد برای شرکت در پژوهش؛ ۲- غیبت بیش از دو جلسه؛ ۳- انجام ندادن برنامه‌های طرح درمانی (تمرین کار در کلینیک) بود.

ابزار

۱- مقیاس اختلال استرس پس از سانحه: یک مقیاس خود گزارشی است که توسط کیان و همکاران در سال ۱۹۸۸ تدوین شده و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به کار می‌رود. دارای ۳۵ سوال بوده و پاسخ‌دهی به آن در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (غلط، درست، گاهی درست، خیلی درست، کاملاً درست) است. دامنه کل نمرات ۳۵ تا ۱۷۵ بوده و نمره‌ی بالاتر از ۱۰۷ بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (کیان و همکاران، ۱۹۸۸). این مقیاس در ایران توسط گودرزی (۱۳۸۲) اعتباریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ گزارش شده است. جهت تعیین روایی همزمان این مقیاس از سه ابزار فهرست وقایع زندگی، فهرست بررسی اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بازنمایی‌های عاطفی منفی و کاهش خودتخریبی معتادان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و سیاهه پادوا استفاده شده است. ضریب همبستگی مقیاس استرس پس از سانحه با هر یک به ترتیب ۰/۲۳، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ گزارش شده است (گودرزی، ۱۳۸۲).

۲- مقیاس تجدیدنظر شده‌ی تأثیر حوادث: این مقیاس خودسنجی شامل سه بعد اصلی افکار مزاحم، برانگیختگی و اجتناب است. دارای ۲۲ گویه بوده که ۸ گویه‌ی آن مربوط به علائم و خرده‌مقیاس اجتنابی^۱ ۸ گویه مربوط به خرده‌مقیاس افکار مزاحم^۲ و ۶ گویه‌ی آن مربوط به خرده‌مقیاس علائم برانگیختگی^۳ می‌باشد. نمره‌گذاری هر سه خرده‌مقیاس بر مبنای طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از صفر تا چهار) انجام می‌شود. این پرسش‌نامه با ملاک‌های چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در خصوص

اختلال استرس پس از سانحه مطابقت دارند و توسط خود فرد تکمیل می‌شود. از فرد درخواست می‌شود که با توجه به علائم خود در هفت روز گذشته پرسش‌نامه را تکمیل نماید. نسخه‌ی فارسی توسط انستیتو روان‌پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت و روان ترجمه و اعتباریابی شده و دارای سازگاری درونی مناسب با آلفای کرونباخ بین ۰/۸۷-۰/۶۷ و اعتبار خوب بازآزمایی ۰/۹۸-۰/۸ است. پناغی، حکیم شوشتری و عطاری مقدم (۱۳۸۵) نسخه فارسی این مقیاس را اعتباریابی کردند که دارای همسانی درونی مناسب با ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ می‌باشد.

۳- پرسش‌نامه سنجش رفتارهای خودتخریب‌گرایانه: از این پرسش‌نامه محقق ساخته به منظور بررسی میزان شیوع رفتارهای خودتخریبی استفاده شد. دارای ۳۱ سوال به صورت فهرستی از رفتارهای خودتخریب‌گرایانه می‌باشد که ابتدا با بلی یا خیر نوع رفتار را مشخص می‌کند؛ اگر فرد آن نوع رفتار را گزارش نمود، در ۳ سطح (کمی، زیاد و به شدت) میزان شدت رفتارها را اعلام می‌کند. شواهد مربوط به اعتبار و روایی از تحقیقی که بر روی ۸۷۳ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد صورت گرفته به دست آمده است. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۴ می‌باشد.

روند اجرا

بعد از انتخاب نمونه و تقسیم بندی تصادفی، شرکت کنندگان گروه آزمایش ۱۲ جلسه برنامه درمان پردازش شناختی را دریافت کردند (۴ هفته، هفته‌ای سه روز و هرروز یک ساعت) و گروه کنترل هیچ‌گونه برنامه‌ای را دریافت نکردند و به روال عادی خود ادامه دادند. پس از پایان جلسات پردازش شناختی، پس آزمون اخذ شد. خلاصه جلسات درمان پردازش شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان پردازش شناختی

جلسات	محتوا
در جلسات اول و دوم پس از ایجاد راپورت درمانی با درمان‌جویان، درباره مشکلات فعلی آنها، دانش و آگاهی داده شد و مشکلات درمان‌جو ارزیابی شد. ساختار جلسات درمانی ارزیابی شدند.	اول و دوم
اختلالات موجود در درمان‌جو تبیین شناختی شده و منطق درمان ارائه شد. در آخر جلسه دوم خواسته شد درباره حادثه تروماتیک خود توصیف حادثه بنویسند.	دوم

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان پردازش شناختی

جلسات	محتوا
سوم و چهارم	<p>شناسایی معنای حادثه تروماتیک: از درمان جویان خواسته شد تا توصیف حادثه‌ی نوشته‌شده را در طول جلسه درمان با صدای بلند بخوانند. درمانگر نیز با آن‌ها در مورد معنای آن حادثه بحث کند. مواجهه‌سازی نوشتاری: کمک به درمان جویان در بیان و مدیریت احساسات‌شان در زمان یادآوری تروما؛ آشنا کردن درمان جویان با خودبازبینی باهدف کمک به آن‌ها در شناسایی ارتباط بین افکار و احساسات. با کاربرد جدول ABC از درمان جویان خواسته شد حوادث فعال‌کننده^۱، باورها^۲ (آنچه آن‌ها در پاسخ به آن حادثه به خودشان می‌گویند) و پیامدها^۳ (احساسات و رفتارهای نهایی آن‌ها) را مشخص کنند.</p>
پنجم و ششم	<p>بازسازی شناختی اجرا شد. معرفی بازسازی شناختی به درمان جویان، کمک به درمان جویان برای شروع ارزیابی باورها درباره حادثه تروماتیک (معمولاً باورهایی که نقاط وقعه‌رانشان می‌دهند). با کاربرد فهرستی از سؤالات چالش‌انگیز (برای مثال: دلیل و شاهد این باور شما چیست؟ آیا شما تفکر همه‌یاهیچ دارید؟). همچنین کمک به درمان جویان تا به این امر توجه کنند که چگونه این سؤالات می‌توانند در مورد باورهایی که او به وجود آورده به کار بسته شود.</p>
ششم تا دوازدهم	<p>به باورهای خاص ایجادشده به وسیله تروما چون اعتماد، امنیت، عزت‌نفس و غیره پرداخته شد. کار کردن بر روی باورها: شناسایی باورهای بیش از حد تعمیم‌داده‌شده^۴ و افراطی^۵ در مورد خود و کمک به حل و فصل آن‌ها. اعتماد: کمک به درمان جویان تا رویکرد همه‌یاهیچ خودنسبت به اعتماد را ارزیابی کرده و راهبردهایی را به کار برند تا به وسیله آن‌ها به دیگران اعتماد داشته باشند. عزت‌نفس: شناسایی مفروضاتی که بر عزت و احترام و خلق تأثیر می‌گذارند. کشف اثرات تروما بر رشد یا تقویت این مفروضات. صمیمیت: بحث بر روی اثر حادثه بر صمیمیت با دیگران و اثر آن بر صمیمیت نسبت به خود، شناسایی تمام تلاش‌های بیرونی مشکل‌زا بر روی خودتسکین‌دهی (برای مثال، استفاده از الکل یا دارو، پر خوری و کم خوری و خرج کردن افراطی). آمادگی برای اتمام جلسه درمان: مرور معنای تروما با درمان جویان مخصوصاً با این درخواست از آن‌ها که گزارشی درباره حادثه تروماتیک نوشته و گزارش قبلی را تجدیدنظر نمایند. کمک به درمان جویان تا توجه کنند چگونه باورهای‌شان تغییر یافته‌اند و یادآوری تمام باورهای باقی‌مانده و یا نکات وقعه که تحت تأثیر مداخله روان‌شناختی بهتر شده‌اند. کمک به درمان جویان تا مهارت‌های را مرور کنند. کمک به درمان جویان در درک نقش خودشان در ایجاد بهبودی.</p>

1. active events
2. beliefs
3. consequences

4. over-generalized beliefs
5. excessive

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	نوع آزمون	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
افکار اجتنابی	پیش آزمون	آزمایش	۴۰/۶۵	۳/۸۴۳
		کنترل	۳۴	۲/۸۲۸
	پس آزمون	آزمایش	۳۶/۶۰	۳/۶۴۸
		کنترل	۳۲/۷۵	۲/۷۵۱
افکار مزاحم	پیش آزمون	آزمایش	۵۱/۷۰	۴/۱۸۱
		کنترل	۳۹/۵۵	۳/۷۲۱
	پس آزمون	آزمایش	۴۷/۰۵	۲/۸۹
		کنترل	۴۱/۱۸	۵/۲۷۴
علائم برانگیختگی	پیش آزمون	آزمایش	۱۷/۳۰	۲/۱۳۰
		کنترل	۱۴/۹۵	۱/۷۰۱
	پس آزمون	آزمایش	۹/۰۵	۱/۶۰۵
		کنترل	۱۳/۳۰	۲/۱۷۴
رفتارهای خودتخریبی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵/۵۵	۱/۶۳۸
		کنترل	۱۳/۶۵	۲/۲۷۷
	پس آزمون	آزمایش	۹/۸۹	۲/۶۶۳
		کنترل	۱۳/۶۰	۲/۳۴۹

برای بررسی فرضیه پژوهش می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده شود. قبل از استفاده از این آزمون باید پیش فرض‌های مهم مورد بررسی قرار گیرند. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیروف نشان داد که افکار اجتنابی ($z=0.71, P>0.05$)، افکار مزاحم ($z=0.66, P>0.05$)، علائم برانگیختگی ($P>0.05$)، و رفتارهای خودتخریبی ($z=0.78, P>0.05$) دارای توزیع نرمال می‌باشند. نتایج آزمون لون نیز نشان از برابری واریانس‌های خطا در تمام متغیرها داشت. پیش فرض

دیگر برابری ماتریس واریانس-کواریانس بود که نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($F=0/882, P>0/05, M=2/773$ باکس). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت ($F=48/360, P<0/001, \lambda=0/266$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی الگوهای اثربخشی در مولفه‌ها

متغیرها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
افکار اجتنابی	۱۴۲۵۳/۱۵۱	۱۴۲۵۳/۱۵۱	۵۳/۲۷۸	۰/۰۰۰۵	۰/۵۱
افکار مزاحم	۶۳۹۲/۵۸۹	۶۳۹۲/۵۸۹	۴۹/۴۰۶	۰/۰۰۰۵	۰/۳۸
علائم برانگیختگی	۵۵۴/۹۳	۵۵۴/۹۳	۲۶/۶۲۶	۰/۰۰۰۵	۰/۳۳۲
رفتارهای خودتخریبی	۳۹۴/۲۱۷	۳۹۴/۲۱۷	۲۲/۰۶۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۸۷

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود درمان پردازش شناختی در همه مولفه‌ها

اثربخشی بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بازنمایی عواطف منفی و رفتارهای خودتخریبی در معنادان مواجه با تروما بود. نتایج پژوهش نشان داد درمان پردازش شناختی بر بازنمایی عواطف منفی و رفتارهای خودتخریبی تاثیر معناداری داشته است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های بوید و همکاران، (۲۰۱۶)؛ واجن و همکاران، (۲۰۱۶)؛ هالر و همکاران، (۲۰۱۶)؛ ددرت و همکاران، (۲۰۱۶)؛ مولن و همکاران، (۲۰۱۴)؛ جفریس و همکاران، (۲۰۱۴)؛ مکیلوان و همکاران، (۲۰۱۳) همسو می‌باشد. طبق نظر لازاروس، فرد در رویارویی با یک رویداد بزرگ یا فشار روانی شدید با دو منبع استرس روبه‌رو است. نخست خود موقعیت استرس‌آمیز بوده که ممکن است زندگی فرد و سلامتی وی را تهدید کند و باعث کاهش مراقبت فردی شود و دوم واکنش فرد به این موقعیت ممکن است به همان اندازه تهدیدکننده باشد. اضطراب شدید، آشفتگی و ناامیدی می‌تواند کنترل بر رفتار فرد را کاهش داده و از توانایی او برای حل مسئله بکاهد (توئیتس،

۱۹۸۶؛ به نقل از میکائیلی منبع، عیسی زادگان، خلیل زاده، ۱۳۹۶). می توان گفت درمان پردازش شناختی بر پایه یک نظریه پردازش اطلاعات درباره اختلال استرس پس از سانحه قرار دارد. این روش درمانی به جای این که علائم اختلال استرس پس از سانحه را نتیجه یک طحاره بالقوه ترس بداند با آن ها به عنوان ۱- پیامد ناتوانی بیمار برای حل تعارضات بین حادثه تروماتیک و باورها یا ۲- اطلاعات تقویتی برای باورهای ناکارآمد قبلی برخورد می نمایند (رسیک، ۱۹۹۶). به طور خاص، این روش درمانی بر پایه ی نظریه پردازش اطلاعات در مورد اختلال استرس پس از سانحه طرح ریزی شده است که فرض می کند اطلاعات مربوط به حادثه تروماتیک در مغز در قالب شبکه های ترس ذخیره می شوند. این شبکه حاوی خاطراتی درباره یادآوری های خاطرات تروماتیک و پاسخ های همراه با معانی آن ها هست. در واقع کل این شبکه برای تحریک اجتناب رفتاری در بازمانده تروما جهت پیش گیری از تهدید آینده طراحی می شود. متأسفانه، همان گونه که پژوهشگران کشف کرده اند به نظر می رسد که این شبکه های ترس، مسئول باورها و انتظاراتی در بازماندگان تروما هست که آن ها را وادار می سازند نسبت به شواهد مربوط به تهدید و ابهام، سوگیری های توجهی داشته باشد. توجه به سرنخ های تهدید به عنوان عوامل به وجود آورنده پاسخ های ترس جهت فرار و اجتناب فرد تروماتیزه عمل می کنند. به نظر می رسد که این پدیده مسئول علائم تجربه مجدد به عنوان یکی از علائم اصلی اختلال استرس پس از سانحه هست. بنابراین می توان گفت از آنجایی که نتایج نشان دادند که باورهای منفی، رفتارها و خصوصیات شخصیتی نتیجه ی خاطرات و حافظه های ناکارآمد پیشین است؛ از این منظر نشانگان اختلال استرس پس آسیبی همگی علائمی هستند که دلیلی فراتر از رویدادهای فعلی دارند و به دلیل وجود حافظه های پردازش نشده ی رویدادهای پیشین زندگی که در حال حاضر فعال شده اند، شکل می گیرند (شاپیرو، ۲۰۱۲).

در استفاده از این درمان با تأکید بر همین مدل در پژوهش حاضر به دلیل تأکید ویژه ای که در آن بر خاطره ی تروماتیک حل و فصل نشده و هیجانات و عواطف منفی می شود، سهم موثری در بهبود اختلال بررسی اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بازنمایی های عاطفی منفی و کاهش خودتخریبی معتادان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و حالات

عاطفی منفی دارد. در درجه دوم استفاده از یک برنامه‌ی مداخله‌ای چندوجهی متکی بر پردازش شناختی به جای فن حساسیت‌زدایی و یا مواجهه‌ی طولانی، را می‌توان عامل مؤثری در تغییرات حاصله به شمار آورد.

در تبیین اثربخشی درمان پردازش شناختی بر رفتارهای خودتخریبی معنادان مواجه با تروما، نتایج این پژوهش نشان داد بیشترین رفتارهای خودتخریبی در افراد مصرف دائم مواد و سیگار می‌باشد. این یافته همسو با یافته‌های بریگهام است که اعلام داشت رفتارهایی از قبیل مصرف مواد، سیگار کشیدن، مصرف الکل و داروها برای رفع تنش و رژیم غذایی نامناسب جزء رفتارهای خودتخریب‌گرایانه و از عوامل اصلی مرگ در امریکا است. به عبارت دیگر از آنجایی که نمرات بالا در رفتارهای خودتخریبی نشانگر عدم توجه به سلامت جسمانی می‌باشد؛ و با توجه به اینکه مواد مخدر، پس از مدتی وابستگی ایجاد کرده و فرد را معتاد می‌کند؛ افراد معتاد در کنار مصرف مواد، انواع دیگر رفتارهای خودتخریبی را از خود نشان می‌دهند. می‌توان این‌گونه بیان کرد که افراد معتاد روش‌های مثبت کنترل رفتار را در اختیار ندارند، و از طریق روش‌های نامعقول مانند سیگار، مواد مخدر و داروهای روان‌گردان سعی در افزایش انگیزتگی خود دارند و نسبت به سلامتی خود بی‌اهمیت هستند (دوم، ۲۰۰۶). بنابراین اگرچه استفاده از مواد در کوتاه مدت و میزان پایین ممکن است به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای انطباقی جلوگیری باشد، لیکن در بلندمدت راهبرد غیر انطباقی است، زیرا وابستگی ایجاد می‌کند و در ارتباط با عاطفه منفی است (ابوالقاسمی، ۲۰۰۷). مطالعات نشان داده رفتارهای خودتخریبی در افراد معتاد با باورهای شناختی و فراشناختی ارتباط دارد (کاشفی، ۱۳۹۲). در درمان پردازش شناختی به افراد کمک می‌شود تا با استفاده از توصیف الگوهای تفکر مشکل‌دار متداول و نقش آن‌ها در ایجاد افکار و رفتارهای خودکار منفی، شروع به ارزیابی افکار منفی خودکار کنند. همچنین کمک به درمان‌جویان تا به ارتباط این سوگیری‌ها و علائم جاری آن توجه داشته باشند. درمان‌جویان به نحوه استفاده از کاربرگ باورهای چالش‌برانگیز (که به آن‌ها کمک

می‌کند به طور منظم باورهای خود را با شناسایی احساسات و افکار برانگیخته شده به وسیله حوادث فعال ساز به چالش بکشند)، به چالش کشیدن این افکار (با استفاده از سؤالات چالش برانگیز و نیز فهرست سوگیری‌های پردازش شناختی) و همچنین ایجاد افکار فرعی دیگر و فاجعه آمیز زدایی کردن آن افکار، در به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد و خودتخریبی افراد کمک می‌کند (رسنیک و همکاران، ۲۰۰۷). از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن نمونه پژوهشی به یک کلینیک و عدم امکان تعمیم نتایج به جامعه معتادان، عدم امکان پیگیری طولانی مدت نتایج و تعیین اثربخشی درمان به صورت طولانی مدت، نبود انگیزه‌ی کافی برای حضور در درمان به دلیل خستگی و همچنین شرکت در جلسات NA به صورت طولانی مدت و استفاده صرف از پرسش نامه جهت گردآوری داده‌ها و عدم اجرای مصاحبه بود. پیشنهاد می‌شود اجرای آزمون در نمونه‌های گسترده‌تر، اجرای آزمون پیگیری در تحقیقات آتی جهت اطمینان از ثبات تغییرات انجام شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ احمدی آملی، محسن؛ کیا مرئی، آذر (۱۳۸۶). بررسی ارتباط فرانشاخت و کمال گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۱)، ۷۹-۷۳.
- پناغی، لیلی؛ حکیم شوشتری، میترا؛ عطاری مقدم، جعفر (۱۳۸۵). اعتباریابی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر یافته تأثیر حوادث. *مجله دانشکده پزشکی تهران*، ۶۴(۳)، ۶۰-۵۲.
- شفیعی کمال آبادی، مرضیه؛ هل بیگدلی، ایمان؛ علوی، کاوه؛ و کیان ارثی، فرحناز (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال استرس پس از سانحه و همبودی آن با اختلالات شخصیت در بین جانبازان شهر تهران. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۱)، ۷۵-۶۵.
- کاشفی، طیبه (۱۳۹۲). رابطه باورهای فرانشاختی و رفتارهای خودتخریب گرایانه در افراد معتاد به مواد مخدر. *مجله طنین سلامت*، ۱(۲)، ۴۵-۳۹.
- گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۲). اعتبار و روایی مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی (اشل). *مجله روان‌شناسی*، ۷(۲)، ۱۷۷-۱۵۳.

محقق مطلق، جعفر؛ ممتازی، سعید؛ موسوی نسب، سید نورالدین؛ عرب، عطیه؛ صبوری، الهام؛ صبوری، امین (۱۳۹۲). بررسی علائم استرس پس از سانحه در جانبازان شیمیایی در مقایسه با جانبازان مذکر غیرشیمیایی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۵۶(۶)، ۳۶۸-۳۶۲.

میکائیلی منبع، فرزانه؛ عیسی زادگان، علی؛ خلیل زاده، نوراله (۱۳۹۶). رابطه مشکلات تنظیم هیجانی و عاطفه منفی با ولع مصرف با توجه به میانجی گری افسردگی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۲۱۲-۱۹۸.

- Asnaani, A., Alpert, E., McLean, C.P., Foa, E. B. (2015). Resilient but addicted: The impact of resilience on the relationship between smoking withdrawal and PTSD. *Journal of Psychiatric Research*, 65, 146-153.
- Baggett, T. P., Campbell, E. G., Chang, Y., Magid, L. M., Rigotti, N. A. (2016). Posttraumatic stress symptoms and their association with smoking outcome expectancies among homeless smokers in Boston. *Oxford Journals*, 18(6), 1526-1532.
- Bomyea, J., Lang, A. J. (2016). Accounting for intrusive thoughts in PTSD: Contributions of cognitive control and deliberate regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*, 192, 184-190.
- Boyd, B., Rodgers, C., Aupperle, R., Jak, A. (2016). Case Report on the Effects of Cognitive Processing Therapy on Psychological, Neuropsychological, and Speech Symptoms in Comorbid PTSD and TBI. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(2), 173-183.
- Brockman, C., Snyder, J., Gewirtz, A., Gird, S. R., Quattlebaum, J., Schmidt, N. ... Zettle, R. (2016). Relationship of service members' deployment trauma, PTSD symptoms, and experiential avoidance to postdeployment family reengagement. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 52-62.
- Calderani, E., Carmassi, C., Bertelloni, C. A., Manni, C., Gemignani, S., Massimetti, G., Dell'Osso, L. (2014). DSM-5 PTSD reckless or self-destructive behaviors in survivors of a massive earthquake: role of age, gender and proximity to the epicenter. *European Neuropsychopharmacology*, 24(2), 604, Abstracts of the 27th ECNP Congress.
- Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 15, 205-212.
- Dedert, E. A., Resick, P. A., McFall, M. E., Dennis, P. A., Olsen, M., & Beckham, J. C. (2016). Pilot cases of combined cognitive processing therapy and smoking cessation for smokers with posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 47(1), 54-65. DOI: 10.1016/j.beth.2015.09.002.

- Dom, G., Hulstijn, W., Sabbe, B. (2006). Differences in impulsivity and sensation seeking between early and late- onset alcoholics. *Addictive Behaviors*, 31(2), 298-308.
- Gradus, J. L., Leatherman, S., Curreri, A., Myers, L. G., Ferguson, R., & Miller, M. (2017). Gender differences in substance abuse, PTSD and intentional self-harm among veterans' health administration patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 171, 66-69. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.11.012.
- Haller, M., Norman, S. B., Cummins, K., Trim, R. S., Xu, X., Cui, R. ... & Tate, S. R. (2016). Integrated Cognitive Behavioral Therapy Versus Cognitive Processing Therapy for Adults With Depression, Substance Use Disorder, and Trauma. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 62, 38–48.
- Jeffreys, M. D., Nair, C. P. V., Garcia, H. A., Mata-Galan, E., & Rentz, T. O. (2014). Evaluating treatment of posttraumatic stress disorder with cognitive processing therapy and prolonged exposure therapy in a VHA specialty clinic. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 108–114.
- Keane, T. M., Caddell, J. M. & Taylor, K. L. (1988). Mississippi scale for combat-related stress disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 185-190.
- Malik, S., Iftexhar, A. (2016), Anger and Every Day Hassles as Related to Self Destructive Behavior among Substance Abusers. *Imperial Journal of Interdisciplinary Research*, 2(9), 23-31.
- McIlvain, S. M., Walter, K. H., & Chard, K. M. (2013). Using cognitive processing therapy—cognitive in a residential treatment setting with an OIF veteran with PTSD and a history of severe traumatic brain injury: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 375–382.
- Mullen, K., Holliday, R., Morris, E., Raja, A., & Surís, A. (2014). Cognitive processing therapy for male veterans with military sexual trauma-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 761–764.
- Read, J., Brown, P., & Kahler, C. (2004). Substance use and posttraumatic stress disorders: Symptom interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviors*, 29, 1665–1672.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2007). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. Department of Veterans' Affairs; Washington, DC.
- Resick, P. A., Schnicke, M. K. (1996). *Cognitive processing therapy for rape victims*. London: Sage Publications. Kathleen M. Chard.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, Williams & Wilkins.
- Shapiro E. (2012). EMDR and early Psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 241-251.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 993-946.
- Short, N. A., Ennis, CH. R., Oglesby, M. E., Boffa, J. W., Joiner, T. E., & Schmidt, N. B. (2015). The mediating role of sleep disturbances in the relationship between posttraumatic stress disorder and self-injurious behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 68-74.
- Wachen, J. S., Dondanville, K. A., Pruiksma, K. E., Molino, A., Carson, C. S., Blankenship, A. E. ... & Resick, P. A. (2016). Implementing cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder with active duty U.S. military personnel: Special considerations and case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(2), 133-147.
- Zarghi, A., Zali, A., & Tehranidost, M. (2013). Methodological aspects of cognitive rehabilitation with eyes movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Basic Clinical Neuroscience*, 4(1), 97-103.