

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



PTSD

:

:

:

:	:
	:
	PTSD
	:
	:
:	:
:	/ / :
	:
	:
	PTSD
	PTSD
PTSD	PTSD
	PTSD
	()
	PTSD
()	
PTSD	()

.....

:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

:

.....

.....

.....

.....

.....

.....PTSD

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....PTSD

.....PTSD

.....PTSD

.....PTSD

.....PTSD

.....PTSD

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....(PTCI)

.....

.....

.....

:

.....

.....

.....()

:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

:

.....

(MANOVA)

:

.....

PTSD

:

.....LSD

:

.....

:

.....

(MANOVA)

:

.....

:

.....LSD

PTSD

.....

:

:

.....

(MANOVA)

:

.....

:

.....LSD

PTSD

:

.....

	:
.....	
(MANOVA)	:
.....	
	:
.....LSD	PTSD
()	:
.....	
()	:
.....PTSD	
()	:
.....	

فصل اول:

کلیات پژوهش

مقدمه

انسان امروز در دنیای صنعتی با موقعیت‌های گوناگون خوشایند و ناخوشایندی مواجه است که هر یک از این موقعیت‌ها فشاری را بر وی تحمیل می‌کنند. به نظر می‌رسد عاملی که با زندگی صنعتی و مدرن امروزی پیوند خورده و همواره انسانها در طول زندگی آن را تجربه می‌کنند، استرس است. استرس یکی از عوامل تهدید کننده سلامت روانی است. در بررسی آثار استرس مشخص شده است، که تحمل استرس‌هایی که انسانها با آن روبرو می‌شوند، پیامدهای زیانبار جسمانی و روانی را به همراه دارد (رسینک، کیل پاتریک و دانسکی^۱، ۱۹۹۳).

ضربه‌ی روانی، به عنوان حادثه یا رویدادی فوق ظرفیت روانی فرد، حیطه‌ای است که از دیرباز در گستره‌های روانشناسی، جامعه‌شناسی و زیست‌شناسی مورد بحث و مذاقه بوده است. تحقیقات متعدد و گسترده‌ای در ابعاد تروما انجام گرفته که بخش وسیعی از آن به تغییرات بیولوژیکی و تعامل آن با ویژگی‌های روانشناختی اختصاص دارد (رفیع‌نیا، ۱۳۷۹).

الگوهای متفاوتی در تبیین نقش بالقوه استرس در سبب‌شناسی، تشدید، عود و مزمن شدن بیماری-های روانی و جسمانی مطرح شده است. در نخستین رویکرد، استرس به منزله یک محرک تلقی می‌شود. در این تعریف استرس چیزی است که از بیرون بر فرد تحمیل شده و فرد آن را به عنوان منبع یا علت تنش خود در نظر می‌گیرد. رویکرد دوم، استرس را به عنوان یک پاسخ توصیف می‌کند، که نمایانگر واکنش افراد در برابر رویدادهای استرس‌زا است. این پاسخ دو مؤلفه مرتبط با هم دارد. مؤلفه روان-شناختی که در برگیرنده الگوی فکر و هیجان است و مؤلفه‌ی فیزیولوژیک که مشتمل بر افزایش برانگیختگی جسمانی، ضربان قلب، فشار خون و سرعت تنفس است. در سومین رویکرد، استرس به منزله‌ی فرایندی محسوب می‌شود که بر چگونگی ادراک فرد از موقعیت تاکید می‌کند. در این رویکرد

1 - Resenck, Kilpatrick, Dansky

موقعیتها به خودی خود استرسزا نیستند، بلکه ناشی از عدم توازنی است که میان ادراک فرد از فشارهای محیط اطراف و ارزشیابی او از توانایی خود در پاسخ به آنها به وجود می‌آید (دادستان، ۱۳۷۷).

نقش استرس و تاثیر آن بر سلامت و بهداشت روانی انسان و کارکردهای بهنجار او کاملاً مشخص است. یافته‌های محققان نشان می‌دهد که مواجهه شدن طولانی مدت با استرس باعث ایجاد اختلالات روان‌شناختی می‌شود (یانگ، یهودا، شالو، مک فارلن^۱، ۲۰۰۰).

دو اختلالی که در آن استرس نقش محوری دارد، اختلال استرس پس از سانحه^۲ (PTSD) و اختلال استرس حاد^۳ است. بیماران مبتلا به این دو اختلال دوره استرس‌زایی را پشت سر گذاشته‌اند که تحمل استرس ناشی از حوادث فراتر از توان آنها بوده است و پیامد تحمل این فشار سنگین بروز اختلال روانی است (ICD 10، ۱۹۹۲).

اختلال PTSD ناشی از جنگ در اواسط قرن ۱۹ مورد توجه قرار گرفت. در طی جنگ‌های داخلی آمریکا (۱۸۶۱-۱۸۶۵)، به مسئله عوارض روانی جنگ توجه و آن را تحت عنوان "غم غربت یا دوری از یار و دیار" بیان شد (تایلور و اسپینول^۴، ۱۹۹۶). این اختلال در جنگ‌های داخلی آمریکا به علت آناتومی قلب سرباز نام گرفت و در سال ۱۹۰۰ به دلیل نفوذ روانکاوی در آمریکا تشخیص نوروز تروماتیک گرفت. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی (DSM)، طبقه‌بندی تشخیصی مربوط به فشار روانی وجود نداشت. اما پس از جنگ ویتنام به دلیل مشکلات بسیار زیاد بازماندگان جنگ، نیاز به این طبقه‌بندی احساس شد. اختلال استرس پس از سانحه، در سال ۱۹۸۰ با ضوابط مشخص در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی جای گرفت. با توجه به اینکه استرس، جزء جدایی‌ناپذیر زندگی مدرن امروزی است و انسانها با انواعی از موقعیت‌های استرس‌زا اعم از بلایای طبیعی و غیرطبیعی روبرو می‌شوند، به طوری که شیوع آن بیش از گذشته به نظر می‌رسد (سلیمی، ۱۳۸۶).

اختلال استرس حاد یک پاسخ آسیب حاد است که توسط علائم تجزیه‌ای، تجربه مجدد و اجتناب و بیش‌برانگیختگی مشخص شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) که پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلال استرس پس از سانحه است (بریانت، ۲۰۰۳؛ هاروی و بریانت، ۲۰۰۲). نظر به اینکه اکثریت قربانیان

1 - Young, Yehuda, Shalve & Mcfarlane
3 - Acute Stress Disorder

2- Posttraumatic Stress Disorder
4- Taylor & Aspinwell

آسیب مانند تصادفات جاده‌ای و تجاوز، بعد از مدتی بهبود می‌یابد (اسکولز، تورپین و ماسون، ۲۰۰۷) اما این رنج از استرس حاد می‌تواند حامل عامل خطر برای گسترش PTSD باشد. تشخیص اختلال استرس حاد با ظهور DSM-IV (انجمن روانپزشکی، ۱۹۹۴) در سال ۱۹۹۴ برای توصیف واکنش‌های غیرطبیعی جاری در مدت ۳۰ روز اول پس از آسیب معرفی شد، این تشخیص به طور خاص برای شناسایی افرادی که احتمالاً تشخیص اختلال استرس پس از سانحه را گسترش می‌دهند، مطرح شده است (رسبام و فوا، ۱۹۹۳). رسته‌ی استرس حاد با افراد آسیب‌دیده در فاصله‌ی زمانی دو تا چهار هفته پس از وقوع آسیب مرتبط است (بریانت و هاروی، ۱۹۹۷). شواهد زیادی برای توصیف دامنه‌ای از علائم اضطرابی تجربه شده به دنبال مواجهه با رویداد آسیب‌زا وجود دارد. همچنین شواهد مستندی از میزان بالای سستی و کرختی (فینستین، ۱۹۸۹)، آگاهی کاهش یافته از محیط فرد (براه و همکاران، ۱۹۸۴)، مسخ واقعیت (کاردنا و اسپیگل، ۱۹۹۳)، مسخ شخصیت (فرینکل، ۱۹۹۴)، فراموشی تجزیه‌ای (کاردنا و اسپیگل، ۱۹۹۳)، افکار ناخوانده و مزاحم (فینستین، ۱۹۹۳)، رفتارهای احتیابی (بریانت و هاروی، ۱۹۹۶)، بیخوابی (کاردنا و اسپیگل، ۱۹۹۳)، نقصان در توجه (نورس و همکاران، ۱۹۸۹)، بیقراری (اسلوآن، ۱۹۸۸) و برانگیختگی خودکار (فینستین، ۱۹۸۹) در مورد بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد وجود دارد. این شواهد حاکی است که سطوح معنی داری از آشفتگی در دامنه‌ای از آسیب‌ها در خلال ماه اولیه پس از آسیب بروز پیدامی‌کند (به نقل از بریانت، ۲۰۰۳).

همچنین به دنبال بروز اختلال، متغیرهای روانشناختی مختلفی تحت تاثیر قرار می‌گیرند که از آن جمله می‌توان به ارزیابی شناختی^۱ (لوئیس فیلد و همکاران^۲، ۲۰۰۸؛ بال و همکاران^۳، ۲۰۰۹)، سبک‌های اسناد (فیرینگ و کلند^۴، ۲۰۰۷؛ باروکلاف و همکاران^۵، ۲۰۰۸)، عزت نفس (کاشدن و همکاران^۶، ۲۰۰۶)، راهبردهای کنترل فکر^۷ (بنت و همکاران^۸، ۲۰۰۹؛ اسکارپا و همکاران^۹، ۲۰۰۹) اشاره کرد. بدین منظور در پژوهش حاضر راهبردهای کنترل فکر، ارزیابی شناختی و بازداری پاسخ در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد، PTSD و افراد بهنجار مورد مقایسه قرار می‌گیرد.

1- Cognitive appraisal

4- Feiring & Cleland

7- Thought control strategies

2- Louise Field et al

5- Barrowclough et al

8- Bennet at al

3- Ball et al

6- Kashden et al

9- Scarpa et al

بیان مسأله

متخصصان بهداشت روانی تلاش می‌کنند تا واکنش‌های نابهنجار افراد را در رویارویی با منابع استرس مورد بررسی قرار دهند. برای نخستین بار در میان سربازان جنگ جهانی دوم نشانگان روان-شناختی و رفتارهای نابهنجار در رویارویی با وقایع استرس‌زای جنگ شناسایی شد که بعدها در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به عنوان یکی از گروه‌های فرعی اختلالات روانی قرار گرفت و آن را اختلال استرس پس از سانحه نامیدند (بیلز، من سان و شور^۱، ۲۰۰۲).

اختلال استرس پس از سانحه سندرمی است که پس از مشاهده، درگیر شدن یا شنیدن یک عامل استرس‌زای تروماتیک بسیار شدید روی می‌دهد. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رویداد را در ذهن خود مکرراً زنده می‌کند و معمولاً در زمینه‌های مهم زندگی فرد نظیر خانواده و شغل تداخل می‌نماید. در بیمارانی که علائم کمتر از یک ماه طول کشیده است، تشخیص مناسب ممکن است اختلال استرس حاد باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). در زمینه سبب‌شناسی اختلال استرس پس از سانحه، عقیده بر این است که یک اختلال چند علتی است و برخی عوامل نیز شخص را برای ابتلا به این اختلال مستعد می‌سازند.

اختلال استرس حاد نیز یک پاسخ آسیب حاد است که به وسیله‌ی تجزیه، تجربه‌ی مجدد، اجتناب، و علائم بیش برانگیختگی توصیف می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد (بریانت و همکاران^۲، ۲۰۰۳؛ السیسر، سارتوری، تاکنبرگ^۳، ۲۰۰۵؛ به نقل از السیسر و همکاران، ۲۰۰۹). در DSM IV (۱۹۹۴) تشخیص اختلال استرس حاد به عنوان کوششی برای شناختن افراد آسیب‌دیده‌ی حاد که PTSD را گسترش خواهند داد، عنوان شده است. این تشخیص، واکنش‌های استرس را در ماه اولیه بعد از آسیب توصیف می‌کند. تفاوت عمده بین معیارهای اختلال استرس حاد و PTSD، تأکید اختلال استرس حاد بر علائم تجزیه حاد است (کوپمن و همکاران^۴، ۱۹۹۴).

1- Beals & manson & shore

2- Bryant et al

3- Elsesser, Sartory, Tackenberg

4- Koopman et al

اختلال استرس پس از سانحه از جمله معدود اختلالاتی است که محققان و متخصصان بالینی قادرند به عوامل تکوین آن اشاره کرده و عوامل خطر و تاب‌آوری را در افرادی که با برخی رویدادهای ناخوشایند زندگی دست به گریبان‌اند، مورد مطالعه قرار دهند. هیجان‌ات نیرومند، واکنش‌های زیست-شناختی، افکار، گریز و اجتناب رفتاری در جریان یا بلافاصله بعد از رویداد آسیب‌زا روی می‌دهند و با آن مرتبط‌اند (کرایگد و همکاران^۱، ۲۰۰۸).

آسیب‌شناسی اختلال استرس پس از سانحه توسط شکست‌هایی در شناخت و حافظه که در ملاک‌های DSM IV منعکس شده‌اند، برجسته شده است. از آن جمله می‌توان به یادزدودگی رویداد، اجتناب از تصاویر و افکار مرتبط با آسیب، ارزیابی‌هایی از داشتن آینده‌ای شکننده اشاره کرد. مشکلات مربوط به تمرکز که می‌تواند انعکاس دهنده‌ی مشکلاتی در توجه باشد، مانند انگیختگی، از دیگر ملاک‌های شناختی تلقی می‌شوند. نظریه‌پردازان و محققان متذکر شده‌اند که افراد آسیب‌دیده مشکلاتی در یادآوری و فراموشی رویداد آسیب‌زا دارند و ویژگی فرآیند شناختی به طور برجسته‌ای تلاش‌های فرد برای مقابله با هیجان‌ات و خاطرات مزاحم می‌باشد. شناخت‌ها می‌توانند به صورت فرآیند یا محتوای شناختی مورد توجه قرار گیرند. فرآیند شناختی شامل تلاش‌های شناختی برای مقابله با یادآوری‌های مزاحم رویداد (مثلاً سرکوبی افکار، انطباق زیاد) یا سوگیری توجه برای هدایت توجه به نشانه‌های بالقوه خطرناک است. محتوای شناختی باورهای خاصی‌اند که نابهنجار شده یا نتیجه‌ی فرآیندهای شناختی و حافظه می‌باشند (کرایگد و همکاران، ۲۰۰۸).

افکار پریشان‌کننده‌ی مزاحم که ممکن است شکلی از عقاید، تصاویر یا تکانه‌های ناخواسته و ناگوار پنداشته شود، تجارب بهنجار و جهانی هستند (راچمن و دسیلوا^۲، ۱۹۷۸). تحقیقات نشان داده‌اند که مردم تنوعی از راهبردها را برای مقاومت یا کنترل این قبیل تعدی‌ها^۳ مورد استفاده قرار می‌دهند، و تعدادی از این راهبردها با پریشانی عاطفی ارتباط دارند (کلارک^۴، ۲۰۰۴؛ ولز و دیویس^۵، ۱۹۹۴؛ به نقل از شالو، ۲۰۰۲).

1- Craighead et al

2- Rachman & Desilva

3- Intrusion

4- Clark

5- Wells & Davies

مدل فراسناختی PTSD بر نقش راهبردهای کنترل فکر تأکید دارد. بر مبنای این مدل، جهت‌گیری تعدی‌ها، انگیزختگی و توجه، نوعاً معطوف به علایم 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. اگرچه این فرایند بازداری نشده انجام می‌شود، اما نیازمند انعطاف در توانایی‌های شناختی فرد است و تحت تأثیر راهبردهای مقابله‌ای فرد قرار دارد. همچنین، الگوهای ناسالم سازگاری در زمان مقرر برای باورهای فراسناختی فرد پدیدار می‌شوند. برای مثال، اعتقاد به اینکه نگرانی درباره‌ی یک تهدید، توانایی فرد برای اجتناب از گزند را افزایش می‌دهد، فرد را برای تهدید بالقوه بسیار حساس خواهد کرد و سرانجام مشکل آفرین خواهد شد (اسکارپا و همکاران، ۲۰۰۹).

ولز و دیویس (۱۹۹۴) توجه‌برگردانی، ارزیابی مجدد، کنترل اجتماعی، نگرانی و خودتنبیهی را به عنوان راهبردهای کنترل فکر معرفی کردند. تحقیقات اخیر بیان می‌کنند که راهبردهای نگرانی و تنبیه به صورت مثبت با آسیب‌شناسی روانی مرتبط‌اند. به عنوان مثال، نشانه‌های افسردگی و PTSD به دنبال رویدادهای منفی زندگی ظاهر می‌شوند (رینولدز^۱ و ولز، ۱۹۹۹؛ روسیس^۲ و ولز، ۲۰۰۸). آمیر و همکاران^۳ (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 استفاده می‌کنند (واردا همکاران^۴، ۱۹۹۸). رینولدز و ولز (۱۹۹۹) رابطه‌ی معکوسی بین ارزیابی مجدد و توجه‌برگردانی و نشانه‌های افسردگی یافتند. 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).

یکی از متغیرهایی که در بیماران مبتلا به PTSD و اختلال استرس حاد دچار مشکل می‌شود، ارزیابی‌هایی شناختی است. فوآ و روسبام^۵ (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^۶ و کلارک (۲۰۰۰) بیان می‌کنند که PTSD مزمن

1- Reynolds

4- Warda et al

2- Rousiss

5- Foa & Rothbaum

3- Amir et al

6- hlers

وقتی روی می‌دهد که آسیب و یا نتایج آن به روشی پردازش شوند که منجر به احساس تهدید شدید شود. این تهدید می‌تواند بیرونی (مثلاً، جهان مکان بسیار خطرناکی است) و یا درونی (مثلاً، شخص دیدگاه مناسبی از خودش به عنوان توانا و باصلاحیت ندارد) باشد. 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 حافظه‌ی مربوط به شرح حال. مطالعات اخیر رابطه‌ی معناداری بین ارزیابی‌های منفی (درباره‌ی خود، جهان، آینده) و شدت علائم PTSD متعاقب رویدادهای آسیب‌زا نشان داده‌اند (اهلرس، مایو^۱ و بریانت، ۲۰۰۳؛ فیبربرادر و راجمن^۲، ۲۰۰۶؛ مایو، اهلرس و بریانت، ۲۰۰۲؛ به نقل از لویس فیلد و همکاران، ۲۰۰۸).

فوا و اهلرس (۱۹۹۹) به طور خاص، سه نوع از ارزیابی‌هایی که ممکن است با PTSD مرتبط باشد را مشخص کردند: (۱) شناخت‌های منفی درباره‌ی خود (مثلاً، "من ناقص هستم")، (۲) شناخت‌های منفی درباره‌ی جهان (مثلاً، "دنیا مکان خطرناکی است")، (۳) خودسرزنی (مثلاً، رویداد به این علت اتفاق افتاد که من اینطور عمل کردم"). فوا و همکاران (۱۹۹۹) بین هر سه ارزیابی شناختی و شدت علائم PTSD در یک نمونه‌ی 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 درباره‌ی خود و جهان با شدت علائم PTSD در یک نمونه از بیماران دارای آسیب-های نخاع شوکی مرتبط بوده‌اند (به نقل از لویس فیلد و همکاران، ۲۰۰۸).

شواهد تأییدکننده‌ای برای چندپارگی حافظه‌ی رویداد و اجتناب شناختی از راه سرکوبی فکر و نیز سوگیری توجه به سوی نشانه‌های تهدید وجود دارد. تحقیقات درمورد چندپارگی و محتوای حافظه برای رویداد آسیب‌زا نشان داده‌اند که بهبودی از رویداد آسیب‌زا مستلزم سازماندهی خاطرات آسیب‌زا است (فوا و کوزاک^۴، ۱۹۸۶). همچنین شواهدی در مورد رابطه‌ی بین آشفتگی محتوای شناختی و PTSD وجود دارد. همبستگی نیرومندی بین باورهای ناسازگارانه راجع به ایمنی، اعتماد، اعتبار یا صمیمیت و نشانه‌های PTSD در بازماندگان سوء استفاده‌ی جنسی در کودکی بدست آمده است

1- Mayou
4- kozak

2- Fairbrother

3- Agar, Kennedy & King

(ونینگر^۱ و اهلرس، ۱۹۹۸). دونمور^۲، کلارک و اهلرس (۱۹۹۹) در مطالعه‌ی بازماندگان تجاوز، گزارش کردند که این افراد ارزیابی منفی‌تری از نشانه‌های اولیه‌ی پس از آسیب، ادراک منفی‌تری از پاسخ‌های خود، ادراک مثبت کمتری از پاسخ‌های خود و ادراک زیادتری از آسیب پایدار ادراک شده دارند. متغیر دیگری که در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد و PTSD آسیب می‌بیند، بازداری پاسخ است. بازداری پاسخ عنصر مرکزی در کنترل اجرایی می‌باشد که برای رفتارهای انطباقی در محیط پویا و غیرقابل پیش‌بینی مهم است. ناتوانی در بازداشتن پاسخ‌های نامتناسب با چندین اختلال شایع نظیر وسواس عملی، اوتیسم، اختلالات پس از سانحه و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه ارتباط دارد (جونز و گلد^۳، ۲۰۰۹). بازداری پاسخ سه فرایند پیوسته را در بر دارد: (۱) بازداری پاسخ غالب، (۲) توقف پاسخ جاری و ایجاد فرصت درنگ در تصمیم‌گیری برای پاسخ دادن یا ادامه‌ی پاسخ و (۳) حفظ این دوره‌ی درنگ و پاسخ‌های خود فرمان‌که در این دوره اتفاق می‌افتند (علیزاده، ۱۳۸۴). وقتی بازداری پاسخ روی می‌دهد، احتمالاً قابل شناسایی نیست زیرا پاسخ بازداری شده‌ی موفقیت‌آمیز- حداقل به صورت رفتاری- به سادگی پدیدار نمی‌شود. بازداری پاسخ فرآیندی است که نیازمند میزان نسبتاً زیادی کنترل شناختی می‌باشد و مستلزم آماده شدن برای پاسخدهی و عملکرد بازبینی است. این فرایند به وسیله‌ی هماهنگی نواحی مختلفی مانند کرتکس کمری و نواحی پیشانی و آهیانه‌ای انجام می‌شود (کانا و همکاران^۴، ۲۰۰۷).

پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین راهبردهای کنترل فکر، ارزیابی شناختی و بازداری پاسخ در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد، اختلال استرس پس از سانحه و افراد بهنجار تفاوتی وجود دارد؟

ضرورت و اهمیت پژوهش

مطالعات انجام شده براساس معیارهای DSM-IV-TR حاکی از آن است که ۶۰/۷ درصد مردان و ۵۱/۲ درصد زنان حداقل یک حادثه آسیب‌زا را در زندگیشان تجربه می‌کنند. همچنین ۱۹/۷ درصد

1- Wenninger
4- self- directing

2- Dunmore
5- Kana et al

3- Jones & Gold

مردان و ۱۱/۴ درصد زنان حداقل با دو حادثه آسیب‌زا در زندگی روبرو می‌شوند (کسلر و همکاران^۱، ۱۹۹۵). لذا با توجه به شیوع و میزان بالای مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا و امکان ابتلا به اختلال استرس حاد یا اختلال استرس پس از سانحه در میان افراد آسیب‌دیده، انجام این پژوهش اهمیت زیادی دارد.

با وجود شیوع واکنش‌های استرس حاد، شواهد قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهد که نوعی انطباق برای بهبود در ماه‌های بعد از مواجهه با آسیب وجود دارد. برای مثال، در مطالعه‌ای، ۷۰ درصد زنان و ۵۰ درصد مردان به طور متوسط ۱۹ روز بعد از تجاوز، به عنوان PTSD تشخیص داده شدند؛ میزان PTSD در ۴ ماه پیگیری تا ۲۱ درصد برای زنان و صفر درصد برای مردان کاهش یافته بود (ریگز و همکاران^۲، ۱۹۹۵). به طور مشابه، تحقیق دیگری نشان داد درحالی که ۹۴ درصد از قربانیان تجاوز نشانه‌های PTSD را ۲ هفته پس از آسیب نشان دادند، این میزان، ۱۱ هفته پس از آن تا ۴۷ درصد کاهش یافت (روسبام و همکاران، ۱۹۹۲). دامنه‌ای از علائم PTSD به دنبال آسیب اولیه تجربه می‌شوند اما اکثریت این واکنش‌ها در ماه‌های بعدی کاهش می‌یابد. این یافته‌ها به دو نتیجه‌ی مهم اشاره دارند؛ اول، تنها بخشی کمی از بازماندگان آسیب، PTSD بلند مدت را گسترش خواهند داد. دوم اینکه، تمیز بازماندگانی که از واکنش‌های استرس گذرا رنج می‌برند و آنهایی که تجربه‌ی واکنش‌های استرس را در بلندمدت و به صورت پایدار تجربه می‌کنند، از اهمیت بسزایی برخوردار است (به نقل از بریانت، ۲۰۰۳).

اختلال استرس پس از سانحه مستقیماً توسط یک رویداد که زندگی فرد یا انسجام جسمانی فرد را تهدید کند، پیش‌بینی می‌شود و پاسخ ترس، درماندگی، وحشت را برمی‌انگیزد. در سال‌های اخیر مشخص شده است که تنها یک نسبت از این مواجهه با رویداد ترس‌زا، PTSD را گسترش داده یا ننگه می‌دارند. بنابراین، به نظر می‌رسد که یک چالش مهم، انحراف در پاسخ ترس بهنجار است که اختلال روانپزشکی مرتبط با آسیب را پیش‌بینی می‌کند (یهودا و همکاران، ۱۹۹۸).

نظر به رابطه‌ی بین مواجهه با آسیب و PTSD، تمایز بین پاسخ حاد و مزمن به رویداد آسیب‌زا مفید است. بیشتر افرادی که با رویداد آسیب‌زا مواجه شده‌اند، علائمی در ماه‌های اولیه بعد از رویداد از