



دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی

رساله دکتری تخصصی (Ph. D) در رشته روان شناسی

موضوع:

مقایسه اثر بخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های مقابله ای در کاهش
بیش انگیزتگی و کرختی هیجانی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

استاد راهنما:

دکتر فرامرز سهرابی اسمرود

استادان مشاور:

دکتر علی دل‌اور

دکتر احمد برجلی

استادان داور:

دکتر حمید علیزاده

دکتر ابوالقاسم یعقوبی

تحقیق و نگارش:

محمد رضا ذوقی پایدار

شهریور ماه ۱۳۹۰

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

تقدیر و تشکر

بدین وسیله، از همکاری های صمیمانه و بی دریغ و راهبانهی های ارزنده و دقیق استاد ارجمندم جناب آقای دکتر فرامرز سهرابی اسمرود، از مشاوره های راهگشای و دقیق استادان ارجمندم جناب آقای دکتر احمد برحلی و جناب آقای دکتر علی دلاور و از دقت نظر علمی و ارزنده استادان ارجمندم جناب آقای دکتر ابوالقاسم یعقوبی و جناب آقای دکتر حمید علنیراده کمال پاسکزاری را داشته و برای آن ها در تمامی مراحل زندگی آرزوی سربلندی و موفقیت می کنم. همچنین از زحمات بی شائبه و خالصانه تمامی استادان عزیزم که در دوران تحصیل از وجود پربار علمی و معرفتی آن ها بهره بردم و تمامی کارمندان با اخلاص کادر اداری و آموزشی دانشگاه علامه طباطبائی و مسئولان محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران استان و شهرستان بهمان و مخصوصاً بخش های بهداشت و درمان، مددکاری و مرکز مشاوره شاهد و ایثارگر، که هر کدام به نحوی در این دوران یار و همراه من بودند تقدیر و تشکر می کنم و برای تک تک آن ها آرزوی توفیق دارم.

تقدیم

تقدیم به تمامی شهدا، آزادگان و جانبازان عزیز که در راستای اعلامی اسلام و وطن از جان خود مایه گذاشتند

تقدیم به پدر و مادر عزیزم که همواره دعای خیرشان بهمراهم بوده است

تقدیم به همسر و فرزندان عزیزم که با همه کم و کاستی مادر دوران تحصیل یار و همراه من بودند و کوتاهی ام را در نقش پدرانه با مهربانی

مدار کردند

چکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از ضربه نوعی اختلال اضطرابی است که در افرادی که در معرض حوادث آسیب رسان قرار گرفته اند بروز می کند. بیش انگیزختگی و کرختی هیجانی از ملاک های تشخیصی اختلال استرس پس از ضربه می باشد. زوج درمانی شناختی- رفتاری برای اختلال استرس پس از ضربه (مانسون و فریدمن، زیر چاپ) مدل درمانی جدیدی می باشد که برای کاهش شدت نشانه های اختلال استرس پس از ضربه و بهبودی سازگاری ارتباطی طراحی شده است. آموزش بیماران برای استفاده از مهارت های مقابله ای اثربخش، بخشی از درمان اختلال استرس پس از ضربه می باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت های مقابله ای در کاهش شدت نشانه های بیش انگیزختگی و کرختی هیجانی اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ جانبازان همدان بود.

روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری می باشد. تعداد ۳۶ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ، به صورت تصادفی به سه گروه؛ دو گروه مداخله (زوج درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت های مقابله ای) و کنترل تقسیم شدند. آزمودنی های گروه زوج درمانی شناختی- رفتاری به مدت ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته، در جلسات زوج درمانی شناختی- رفتاری شرکت کردند و آزمونی های گروه آموزش مهارت های مقابله ای به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته، تحت آموزش مهارت های مقابله ای قرار گرفتند. فهرست اختلال استرس پس از ضربه ویرایش نظامی (PCL-M) برای جمع آوری داده ها استفاده شد. داده های حاصل با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، تحلیل واریانس چند متغیری، کوواریانس، تی مستقل، تی وابسته و آزمون های تعقیبی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج حاصل آشکار ساخت که میان گروه های مداخله و کنترل از لحاظ شدت بیش انگیزختگی و کرختی هیجانی، پس از خاتمه جلسات درمانی تفاوت معناداری وجود دارد. زوج درمانی شناختی - رفتاری و آموزش مهارت های مقابله ای بطور معناداری شدت نشانه های بیش انگیزختگی و کرختی هیجانی را کاهش داده بود و تغییرات پس از پیگیری ۲ ماهه ماندگار بوده و ادامه داشت. گروه های آزمایش (زوج درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت های مقابله ای) تفاوت معناداری در کاهش شدت نشانه های بیش انگیزختگی و کرختی هیجانی نداشتند.

نتیجه گیری: زوج درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت های مقابله ای در کاهش شدت نشانه های بیش انگیزختگی و کرختی هیجانی موثر هستند.

کلید واژه: اختلال استرس پس از ضربه، بیش انگیزختگی، کرختی هیجانی، زوج درمانی شناختی- رفتاری، مهارت های

مقابله ای

Abstract

Comparison of Effectiveness Cognitive- Behavioral Couple Treatment and Coping Skills Instruction In Reduction of Hyperarousal and Emotional Numbing on Post Traumatic Stress Disorder in veterans

Introduction: Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) is an anxiety disorder which can develop after exposure to any event which results from psychological trauma. Hyperarousal and emotional numbing are diagnostic criteria for PTSD. Cognitive-behavioral couple therapy for PTSD (CBCT for PTSD; Monson & Fredman, in press) is a new treatment model which is designed to decrease PTSD symptoms and improve relationship adjustment. Training the patients in the use of effective coping skills is a type of treatment for PTSD. The aim of the present research was to study the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and coping skills instruction in the reduction of the severity of hyperarousal and emotional numbing symptoms of war veterans PTSD in Hamadan, Iran.

Methods: This research is a quasi- experimental design study with pre-test, post-test and follow-up. 36 veterans suffering from PTSD were divided randomly into two intervention (CBCT and Coping Skills) and control groups. CBCT group were administered 12 sessions of Cognitive-behavioral couple therapy 1/5 hours weekly and Coping Skills group were administered 10 sessions of coping skills training 2 hours weekly. PTSD checklist- military version (PCL-M) was used to collect data, which were analyzed using repeated measure, MANOVA, ANCOVA, dependent and independent t- test and post hoc test.

Results: There was a significant difference between two intervention and control groups in hyperarousal and emotional numbing after the final session of intervention. Cognitive-behavioral couple therapy and coping skills instruction significantly decreased the severity of hyperarousal and emotional numbing symptoms in the intervention group. The changes were persistent in 2 months of follow-up. There was not a significant difference between the experimental groups (CBCT and Coping Skills) in decreased the severity of hyperarousal and emotional numbing symptoms.

Discussion: Cognitive-behavioral couple therapy and coping skills instruction are both effective in the reduction of the severity of hyperarousal and emotional numbing symptoms.

Key Words: Post-traumatic Stress Disorder, Hyperarousal, Emotional Numbing, Veterans, Cognitive-behavioral couple therapy, Coping Skills,

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	مقدمه
۲	بیان مساله
۷	اهمیت و ضرورت پژوهش
۸	اهداف پژوهش
۸	اهداف کاربردی
۹	فرضیه های پژوهش
۹	سوال های پژوهش
۹	متغیر های پژوهش
۱۰	تعریف مفهومی متغیر های پژوهش
۱۱	تعریف عملیاتی متغیر های پژوهش

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۱۴	مبانی نظری
۱۴	تاریخچه اختلال استرس پس از ضربه
۱۵	سندرم جنگ خلیج فارس
۱۵	اختلال استرس پس از ضربه
	ملاك هاي تشخيص بر اساس متن تجديد نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)
۱۷	TR) برای اختلال استرس پس از ضربه
	ملاك هاي تشخيص بر اساس متن پیشنهادی پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V(5) برای اختلال
۱۹	استرس پس از ضربه
۲۳	مقایسه ملاک های تشخیصی DSM-IV-IR و DSM-V(5) برای اختلال استرس پس از ضربه
۲۴	مدل های مربوط به خوشه بندی نشانه های اختلال استرس پس از ضربه
۲۴	مدل سه عاملی
۲۴	مدل دو عاملی
۲۶	مدل چهار عاملی
۳۱	کرختی هیجانی و بیش انگیزگی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۳۱	مکانیزم فیزیولوژیکی انگیختگی
۳۳	مکانیزم کرختی هیجانی
۳۷	افسردگی و اختلال استرس پس از ضربه
۳۸	جهت گیری نظریه های حوادث آسیب زا
۳۹	مبانی شناختی- رفتاری اختلال استرس پس از ضربه
۳۹	الگوی رفتاری
۴۰	الگوی شناختی
۴۱	درمان های مربوط به اختلال استرس پس از ضربه
۴۱	درمان شناختی - رفتاری
۴۲	درمان های متمرکز بر زوجین و خانواده
۴۵	زوج درمانی
۴۵	درمان نشانه های تجربه مجدد
۴۶	درمان نشانه های اجتناب و کرختی
۴۶	درمان نشانه های بیش انگیختگی
۴۷	زوج درمانی رفتاری
۴۸	زوج درمانی شناختی
۵۰	زوج درمانی شناختی - رفتاری
۵۱	مسایل اخلاقی
۵۲	زوج درمانی شناختی - رفتاری برای اختلال استرس پس از ضربه
۵۲	بنیان نظری زوج درمانی شناختی - رفتاری برای اختلال استرس پس از ضربه
۵۳	مکانیزم های رفتاری
۵۴	مکانیزم های شناختی
۵۶	مهارت های مقابله ای
۵۴	مقابله با حوادث آسیب زا
۵۸	انواع مهارت های مقابله ای
۵۹	تدابیر و منابع مقابله ای
۶۰	انواع مقابله های کارآمد
۶۰	مقابله متمرکز بر مساله

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۶۱	مقابله متمرکز بر هیجان
۶۲	مقابله‌های ناکارآمد
۶۳	مهارت‌های مقابله با اختلال استرس پس از ضربه
۶۴	مهارت مدیریت استرس
۶۶	مهارت مدیریت خشم
۷۰	مهارت‌های ارتباطی
۷۲	مهارت حل مساله
۷۷	منابع علمی و پیشینه پژوهش
۷۷	مطالعات و پژوهش‌های انجام شده در مورد زوج درمانی
۸۱	مطالعات و پژوهش‌های انجام شده در مورد مهارت‌های مقابله‌ای

فصل سوم: روش پژوهش

۸۸	طرح تحقیق
۸۹	جامعه آماری
.....
۹۸	نمودار
۹۸	نمودار
۹۸	نمودار
۹۸	نمودار
۹۸	نمودار
۹۸	نمودار
۹۸	نمودار
۹۸	نمودار
۸۹	گروه نمونه و شیوه گزینش آن
۹۰	فرایند اجرای پژوهش
۹۲	روش تحلیل داده‌ها
۹۴	ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش

۹۴	..... فهرست اختلال استرس پس از ضربه و پیرایش نظامی
۹۷	..... پرسشنامه افسردگی بک

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

۹۶	..... مقدمه
۹۶	..... توصیف داده‌ها
۱۰۷	..... تحلیل داده‌ها

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری
۱۴۰	..... مقدمه و جمع‌بندی
۱۴۲	..... نتایج و بحث و نتیجه‌گیری در چارچوب فرضیه‌های پژوهش
۱۴۳	..... فرضیه اول
۱۴۷	..... فرضیه دوم
۱۵۱	..... فرضیه سوم
۱۵۳	..... فرضیه چهارم
۱۵۶	..... سوال اول
۱۵۶	..... سوال دوم
۱۵۷	..... مشکلات و محدودیت‌های پژوهش
۱۵۸	..... پیشنهادهای پژوهشی
۱۵۹	..... پیشنهادهای کاربردی

منابع داخلی

منابع خارجی

پیوست

فهرست جداول

شماره و عنوان	صفحه
جدول شماره ۱-۲- خوشه بندی نشانه های اختلال استرس پس از ضربه براساس مدل های مختلف	۲۹
جدول شماره ۱-۳- ساختار جلسات زوج درمانی شناختی - رفتاری	۸۸
جدول شماره ۲-۳- محتوای جلسات آموزشی مهارت های مقابله ای	۸۹
جدول شماره ۱-۱-۴- توزیع آزمودنی ها برحسب گروه های مورد مطالعه و گروه های سنی	۹۷
جدول شماره ۲-۱-۴- توزیع آزمودنی ها برحسب گروه های مورد مطالعه و گروه بندی درصد جانبازی	۹۹
جدول شماره ۳-۱-۴- توزیع آزمودنی ها برحسب گروه های مورد مطالعه و تحصیلات	۱۰۱
جدول شماره ۴-۱-۴- توزیع آزمودنی ها برحسب گروه های مورد مطالعه و نوع حضور در جنگ	۱۰۳
جدول شماره ۵-۱-۴- توزیع آزمودنی ها برحسب گروه های مورد مطالعه ومدت حضور در جنگ	۱۰۵
جدول شماره ۱-۲-۴- مقایسه نمره بیش انگیزتگی/کرختی هیجانی آزمودنی ها برحسب زوج درمانی شناختی- رفتاری	۱۰۷
جدول شماره ۲-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات کرختی هیجانی/بیش انگیزتگی درپیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری برحسب زوج درمانی شناختی- رفتاری	۱۰۸
جدول شماره ۳-۲-۴- مقایسه نمره بیش انگیزتگی وکرختی هیجانی آزمودنیها برحسب زوج درمانی شناختی- رفتاری	۱۱۰
جدول شماره ۴-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات کرختی هیجانی و بیش انگیزتگی درپیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری برحسب زوج درمانی شناختی- رفتاری	۱۱۱
جدول شماره ۵-۲-۴- مقایسه نمره بیش انگیزتگی/کرختی هیجانی آزمودنی ها برحسب آموزش مهارت های مقابله ای	۱۱۴
جدول شماره ۶-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات کرختی هیجانی/بیش انگیزتگی برحسب آموزش مهارت های مقابله ای	۱۱۵
جدول شماره ۷-۲-۴- مقایسه نمره بیش انگیزتگی و کرختی هیجانی آزمودنی ها برحسب آموزش مهارت های مقابله ای	۱۱۷

- جدول شماره ۸-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات کرختی هیجانی و بیش انگیزتگی در پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری برحسب آموزش مهارت های مقابله ای..... ۱۱۸
- جدول شماره ۹-۲-۴- نمرات بیش انگیزتگی/کرختی آزمودنی ها در دو گروه آزمایشی با توجه به سه دوره زمانی..... ۱۲۱
- جدول شماره ۱۰-۲-۴- مقایسه اثرات اصلی و تعاملی گروه های مداخله ۱۲۲
- جدول شماره ۱۱-۲-۴- نمرات کرختی هیجانی آزمودنی ها در دو گروه آزمایشی با توجه به سه دوره زمانی..... ۱۲۴
- جدول شماره ۱۲-۲-۴- مقایسه اثرات اصلی و تعاملی گروه های مداخله و نوع آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری)..... ۱۲۵
- جدول شماره ۱۳-۲-۴- نمرات بیش انگیزتگی آزمودنی ها در دو گروه آزمایشی با توجه به سه دوره زمانی ۱۲۷
- جدول شماره ۱۴-۲-۴- مقایسه اثرات اصلی و تعاملی گروه های مداخله (زوج درمانی شناختی - رفتاری) و (مهارت های مقابله ای) و نوع آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری)..... ۱۲۸
- جدول شماره ۱۵-۲-۴- مقایسه گروه های مطالعه از نظر تاثیر آنها در کاهش شدت نشانه های بیش انگیزتگی و کرختی هیجانی..... ۱۳۰

فهرست جداول

شماره و عنوان	صفحه
جدول شماره ۱۶-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات گروه های مورد مطالعه از نظر تاثیر آنها در کاهش شدت نشانه های بیش انگیزتگی/کرختی هیجانی.....	۱۳۱
جدول شماره ۱۷-۲-۴- مقایسه گروه های مطالعه از نظر تاثیر آنها در کاهش شدت نشانه های کرختی هیجانی.....	۱۳۲
جدول شماره ۱۸-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات گروه های مورد مطالعه از نظر تاثیر آنها در کاهش شدت نشانه های کرختی هیجانی.....	۱۳۳
جدول شماره ۱۹-۲-۴- مقایسه گروه های مطالعه از نظر تاثیر آنها در کاهش شدت نشانه های بیش انگیزتگی.....	۱۳۴
جدول شماره ۲۰-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات گروه های مورد مطالعه از نظر تاثیر آنها در کاهش شدت نشانه های بیش انگیزتگی.....	۱۳۵
جدول شماره ۲۱-۲-۴- نتایج تحلیل کواریانس نمرات بیش انگیزتگی/کرختی هیجانی.....	۱۳۶
جدول شماره ۲۲-۲-۴- میانگین و انحراف معیار نمرات بیش انگیزتگی/کرختی هیجانی با تعدیل نمرات افسردگی.....	۱۳۶
جدول شماره ۲۳-۲-۴- اثر عامل گروه در بیش انگیزتگی /کرختی هیجانی بر اساس آزمون (PCL-M).....	۱۳۷
جدول شماره ۲۴-۲-۴- مقایسه گروه های مورد مطالعه از نظر تاثیر آن ها در کاهش شدت نشانه های بیش انگیزتگی و کرختی هیجانی بر اساس آزمون (PCL-M).....	۱۳۸

فهرست نمودارها

شماره و عنوان	صفحه
نمودار شماره ۱-۱-۴- توزیع آزمودنی ها برحسب گروه های سنی	۹۸
نمودار شماره ۲-۱-۴- توزیع آزمودنی ها برحسب درصد جانبازی	۱۰۰
نمودار شماره ۳-۱-۴- توزیع آزمودنی ها برحسب تحصیلات	۱۰۲
نمودار شماره ۴-۱-۴- توزیع آزمودنی ها برحسب نوع حضور در جنگ	۱۰۴
نمودار شماره ۵-۱-۴- توزیع آزمودنی ها برحسب مدت حضور درجنگ	۱۰۶
نمودار شماره ۱-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات کرختی هیجانی/بیش انگیزتگی برحسب زوج درمانی شناختی- رفتاری	۱۰۹
نمودار شماره ۲-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات کرختی هیجانی برحسب زوج درمانی شناختی- رفتاری	۱۱۲
نمودار شماره ۳-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات بیش انگیزتگی برحسب زوج درمانی شناختی- رفتاری	۱۱۳
نمودار شماره ۴-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات کرختی هیجانی/بیش انگیزتگی برحسب آموزش مهارت های مقابله ای	۱۱۶
نمودار شماره ۵-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات کرختی هیجانی برحسب آموزش مهارت های مقابله ای	۱۱۹
نمودار شماره ۶-۲-۴- مقایسه میانگین نمرات بیش انگیزتگی برحسب آموزش مهارت های مقابله ای	۱۲۰
نمودار شماره ۷-۲-۴- مقایسه تاثیر روش های زوج درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت های مقابله ای در کاهش شدت نشانه های بیش انگیزتگی/کرختی هیجانی	۱۲۳
نمودار شماره ۸-۲-۴- مقایسه تاثیر روش های زوج درمانی شناختی - رفتاری و آموزش مهارت های مقابله ای در کاهش شدت نشانه های کرختی هیجانی	۱۲۶

نمودار شماره ۹-۲-۴- مقایسه تاثیر روش های زوج درمانی شناختی - رفتاری و آموزش مهارت های مقابله ای در کاهش شدت نشانه های بیش انگیزگی ۱۲۹

فهرست اشکال

شماره و عنوان	صفحه
شکل شماره ۱-۲- مدل سه عاملی برای علائم اختلال استرس پس از ضربه.....	۲۴
شکل شماره ۲-۲- مدل دو عاملی برای علائم اختلال استرس پس از ضربه.....	۲۵
شکل شماره ۳-۲- مدل چهار عاملی برای علائم اختلال استرس پس از ضربه.....	۲۸
شکل شماره ۴-۲- زوج درمانی شناختی - رفتاری برای اختلال استرس پس از ضربه.....	۵۵
شکل شماره ۱-۳- دیاگرام طرح پژوهش حاضر.....	۸۷

مقدمه

تجربه آسیب زاء، رویداد مصیبت بار یا بسیار تاثرآوری است که پیامدهای روانی و جسمی شدیدی دارد. از جمله رویدادهای آسیب رسان، مواردی نظیر مصیبت های درگیر بودن در حادثه ای جدی، قربانی خشونت بودن، یا تجربه کردن بلایای مهلک هستند. در انتهای دیگر این طیف رویدادهای مهلکی مانند آتش سوزی، زمین لرزه، شورش، و جنگ هستند که تعداد زیادی از افراد را تحت تاثیر قرار می دهند هالچین و ویتبورن (۲۰۰۳)، ترجمه سیدمحمدی (۱۳۸۴). قربانیان این

حوادث ممکن است رویدادها را روزها، هفته ها یا ماه ها با یادآوری درد و رنج ناشی از آن و یا به شکل کابوس هایی، مجددا تجربه کنند. در پاره ای از موارد، محرک هایی که رویداد را به یاد می آورند ممکن است موجب شوند تا فرد، صحنه رویداد و سانحه را مدام در ذهن خود زنده کند. در عین حال در قربانیان چنین اختلال هایی، کاهش واکنش نسبت به محیط کنونی یعنی نوعی (بی حسی هیجانی^۱) مشاهده می شود. به عنوان مثال توانایی پاسخدهی نسبت به محبت اطرافیان را ندارند و یا آنکه نسبت به آنچه قبلا برایشان رغبت انگیز بوده، توجهی نشان نمی دهند. معمولا از نشانه های جسمانی مانند بیخوابی یا کاهش تمایلات جنسی، رنج می برند و حساسیت آن ها نسبت به سروصدا آنقدر افزایش می یابد که حتی باز شدن یک در، موجب می شود تا از جای خود بجهند. افزون بر این غالبا دچار افسردگی می شوند، آستانه تحمل آن ها کاهش می یابد و کمترین ناکامی می تواند آن ها را برانگیخته کند (دادستان، ۱۳۷۸). بر اساس ضوابط تشخیصی راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی ویرایش چهارم کسانی که در معرض حوادث آسیب زا قرار گرفته اند سه دسته از علائم، شامل تجربه مجدد سانحه آسیب زا، اجتناب از محرک های مرتبط با سانحه یا کرختی عمومی در پاسخدهی و افزایش برانگیختگی را نشان می دهند. اگر علائم، بین دو روز تا یک ماه پس از سانحه دیده شود، اختلال افشار روانی حاد تشخیص داده می شود. در صورتی که علائم بیشتر از یک ماه ادامه داشته باشد تشخیص اختلال استرس پس از ضربه^۲ گذاشته می شود (کرینگ، دیویسون، نیل و جانسون (۲۰۰۷)، ترجمه شمسی پور، ۱۳۸۸).

جنگ، یک ضربه روان شناختی عمده است، که خارج از تجربه طبیعی انسان بوده و برای هرکس به طور بالقوه تهدید کننده است. به همین دلیل نیروهای نظامی با توجه به ماهیت و شرایط شغلی در موقعیت های جنگی، تنوعی از انواع فشارهای روانی از قبیل ترس های شدید و متوالی، خستگی مفرط ناشی از حضور در شرایط سخت و طاقت فرسای جنگی، دوری از محل زندگی، جدایی از خانواده، تغییر الگوی خوراک، پوشاک و خواب، در انتظار حادثه بودن، ترس از نقص عضو و مجروح شدن و اسارت، از دست دادن دوستان و بسیاری از موقعیت های استرس زای دیگر که هر کدام به تنهایی به عنوان عامل آسیب زا یا استرسور تلقی می شوند را، به طور مکرر تجربه می کنند (احمدی زاده، ۱۳۸۹).

ویس و همکاران (۱۹۹۲) براساس یک بررسی به این نتیجه دست یافته اند که از دو میلیون و هفتصد هزار سرباز آمریکایی که در جنگ ویتنام شرکت کرده بودند، حدود پانصد تا هفتصد هزار نفر یعنی بین ۲۰ تا ۲۵ درصد آن ها هنوز از

^۱ - emotional anesthesia

^۲ - Post Traumatic Stress Disorder(PTSD)

اختلال استرس پس از ضربه رنج می برند (نقل از دادستان، ۱۳۷۸). براساس گزارش مرکز مشاوره ارتش آمریکا، یک سوم از ۱۲۰۰۰۰ سرباز شرکت کننده در جنگ آمریکا و متحدانش علیه عراق که از خدمات درمانی استفاده کرده اند، یک تشخیص اولیه از اختلالات روانی را داشته و بیشترین فراوانی هم مربوط به اختلال استرس پس از ضربه بوده است (اندرز^۳، ۲۰۰۶ نقل از احمدی زاده، ۱۳۸۹). در ایران آمار دقیقی از مبتلایان به این اختلال در میان رزمندگان بازگشته از جنگ در دست نمی باشد، ولی برخی بررسی ها، شیوع آن را بین ۲۰ تا ۳۰ درصد ذکر کرده اند (علیپور و لرستانی، ۱۳۸۷).

بیان مسأله

عوارض و پیامدهای ناشی از جنگ به عنوان یکی از مهمترین مباحث روان شناختی و روان پزشکی مطرح در جهان می باشد که، در طی زمان های مختلف توجه متخصصان مربوطه را به خود جلب کرده است. جنگ تحمیلی عراق بر علیه ایران نیز یکی از این جنگ ها بود که قریب ۲۲ سال از پایان آن می گذرد. گرچه این جنگ با ره آورده های مثبت خود موجبات تسریع روند رشد و تعالی جامعه و کشور از جمله، جنبه های معنوی، ایثار و از خودگذشتگی و بالاخص خودکفایی در موضوعات مختلف را موجب شده است، اما در کنار آن خسارات مالی و جانی جنگ بر کسی پوشیده نیست. مخصوصاً در بعد انسانی، جانبازان و آزادگان باز مانده از جنگ، دو گروه عمده ای هستند که آسیب های روانی و جسمی آنان بر کسی پوشیده نیست و ارائه خدمات در زمینه های گوناگون، از جمله خدمات درمانی برای افزایش سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برای آنان ضروری است. با گذشت ۳۰ سال از شروع جنگ تحمیلی و ۲۲ سال از پایان آن، جانبازان و ازجمله جانبازان اعصاب و روان از اختلالات گوناگونی رنج می برند.

ملکی (۱۳۷۹) با بررسی وضعیت روانی- اجتماعی جانبازان اعصاب و روان و شیمیایی به این نتیجه رسید که درکل وضعیت روانی جانبازان مناسب نبوده و بالاترین نمرات این افراد به ترتیب در مقیاس های افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و حساسیت در روابط بین فردی دیده می شود. احمدی ابهری (۱۳۷۹) با بررسی اثرات دراز مدت جنگ بر وضعیت روانی- اجتماعی جانبازان اعصاب و روان به این نتیجه رسید که گذشت زمان بخودی خود به نفع بهبودی بیماری نیست بلکه با افزایش سن علائم بیماری مخصوصاً علایمی مثل؛ واکنش های ناگهانی، کابوس های شبانه و تحریک پذیری تشدید می

³ - Landers

شوند. میرزایی (۱۳۷۹) با بررسی میزان همخوانی تشخیص های بالینی اختلال استرس پس از ضربه با آزمون های روان شناختی به این نتیجه رسید که در جانبازان اعصاب و روان سرپایی، بالاترین میزان مربوط به تحریک پذیری^۴ در ۱۰۰ درصد جانبازان و بعد به ترتیب مشکل در تمرکز^۵، گوش به زنگی^۶، واکنش های فیزیولوژیک^۷ و محدود شدن عواطف^۸ در ۹۵ درصد از جانبازان و واکنش از چاپریدن یا هول کردن^۹ و اشکال در به خواب رفتن^{۱۰} در ۹۰ درصد به عنوان بالاترین میزان و فراموشی روانزا^{۱۱} در ۶۵ درصد و اجتناب از افکار و احساسات^{۱۲} مربوط به ضایعه روانی در ۵۵ درصد از پائین ترین علائم گزارش شدند. خاطری (۱۳۷۹) با بررسی سیمای بالینی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن به این نتیجه می رسد که شایعترین علامت اصلی در بیماران مورد مطالعه عبارتست از تحریک پذیری و عصبانیت ۴۸ درصد و پس از آن نشانه های اصلی دیگر به ترتیب شیوع، افسردگی و پرخاشگری بوده و همچنین شایعترین علامت فرعی به ترتیب، بی حوصلگی، بی خوابی، بی علاقگی به زندگی و احساس دلتنگی و غمگینی می باشد.

اضطراب، افسردگی و اختلالات مربوط به الکل، از رایج ترین اختلالات همپوش با اختلال استرس پس از ضربه جاری در سربازان شرکت کننده در جنگ کره و جنگ جهانی دوم بوده است (ساتکر و آلین،^{۱۳} ۱۹۹۶). افسردگی، اختلال افسرده خویی، وابستگی و سوء استفاده از الکل، اختلال اضطراب فراگیر اختلالات همپوش در با نشانه های اختلال استرس پس از ضربه در سربازان از جنگ بر گشته قدیمی می باشد (هرمان و اریاوس^{۱۴}، ۱۹۹۴، کاپ^{۱۵} و همکاران، ۱۹۹۴). اختلال استرس پس از ضربه پیچیده^{۱۶} معمولاً با مشکلات رفتاری (از قبیل تکانشی بودن، پرخاشگری، برانگیختگی جنسی^{۱۷}، اختلالات خوردن، سوء استفاده دارویی و الکل و اعمال به خود صدمه زننده^{۱۸}) و مشکلات هیجانی شدید (از قبیل خشم

4-irritability
5-concentration problems
6-hypervigilance
7-physiologic reactions
8-restricted of affect
9-startle response
10-sleep disturbance
11-psychogetic amnesia
12-avoid thought or feeling
13- Sutker & Allain
14-Hermann & Eryavec
15- Kaup
16-complex PTSD
17-sexual acting out
18-self-destructive

شدید^{۱۹}، افسردگی و وحشتزدگی) و مشکلات روانی (از قبیل افکار پراکنده^{۲۰}، گسستگی و فراموشی) همراه می باشد. باتوجه به اینکه اختلال استرس پس از ضربه معمولاً با یک اختلال روانی اساسی دیگر مانند؛ افسردگی، اختلال وحشتزدگی، و دیگر اختلالات اضطرابی ارتباط دارد، وقتی که این اختلالات با همدیگر درمان شوند نسبت به زمانی که جدا از هم درمان می شوند نتیجه بهتری بدست می آید(خدمات پشتیبانی اختلال استرس پس از ضربه^{۲۱}).

در متن تجدید نظرشده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)^{۲۲} نشانه های اختلال استرس پس از ضربه را در سه گروه شامل: ملاک B؛ تجربه مجدد^{۲۳}، ملاک C؛ اجتناب و کرختی^{۲۴} و ملاک D؛ بیش انگیزختگی^{۲۵} قرار می دهد.

بعد از چاپ تجدید نظر سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۷)^{۲۶} بسیاری از مطالعات اخیر که نشانه های اختلال استرس پس از ضربه را از طریق روش تحلیل عاملی بررسی کرده اند، به این نتیجه رسیده اند که کرختی هیجانی، بیشتر با نشانه های بیش انگیزختگی رابطه دارد، نه با نشانه های اجتناب، به همین منظور تغییراتی در زیر گروه ها ایجاد کرده اند. در این پژوهش ها مدل های مختلفی ارائه شدند که از جمله می توان به مدل های دوعاملی فووا، زینبارگ، و روتباوم^{۲۷} (۱۹۹۲)، تیلور، کاج، کراکت، و پاسی^{۲۸} (۱۹۹۸) و مدل های چهار عاملی کینگ، لسکین، کینگ و ویتزرز^{۲۹} (۱۹۹۸) و سیمز، واتسون و دویبلینگ^{۳۰} (۲۰۰۲) اشاره کرد. این مدل ها به صورت مبسوط در فصل دوم توضیح داده شده است.

برای درمان علائم اختلال استرس پس از ضربه و اختلالات همراه آن با توجه به دیدگاه های مختلف حاکم بر سبب شناسی این اختلال، روشهای درمانی گوناگونی مانند: مهارت های مقابله ای گوناگون، آموزش روانی خانواده، درمان

¹⁹ -intense rage

²⁰ -fragmented thoughts

²¹ - [PTSD Support Services](#)

²² - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition-Text Revision (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000)

²³ -reexperiencing

²⁴ -avoidance & numbing

²⁵ - hyperarousal

²⁶ - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third Edition, Revision (DSM- III-R) (American Psychiatric Association, 1987)

²⁷ -Foa, Zinbarg, Rathbaum

²⁸ -Taylor, Koch, Koch, Crockett & Passey

²⁹ - King, Leskin, King, & Weathers

³⁰ - Simms, Watson, & Doebbeling

پردازش شناختی، آموزش تلقیح استرس، مواجهه درمانی، مواجهه درمانی طولانی مدت، حساسیت زدایی منظم، حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم، درمان روان پویشی کوتاه مدت، هیپنوتیزم، مشاوره همتایان، توان بخشی روانی اجتماعی، شناخت درمانی، بازسازی شناختی، درمان های خانواده و زناشویی، گروه درمانی، گروه درمانی متمرکز بر آسیب، مداخلات دارویی و ارائه شده است. با توجه به موضوع پیشنهادی برای پژوهش، گزیده ای از درمان های مبتنی بر زوج درمانی شناختی-رفتاری و آموزش مهارت های مقابله ای ارائه می شود.

زوج درمانی شناختی - رفتاری برای درمان اختلال استرس پس از ضربه^{۳۱} (مانسون و فریدمن^{۳۲} زیر چاپ) رویکردی در زوج درمانی می باشد که از ترکیب روش ها و فنون نظریه های رفتاری و شناختی برای درمان مشکلات زوجینی که یکی از آنها یا هر دو آنها به نحوی از اختلال استرس پس از ضربه رنج می برند استفاده می کند. زوج درمانی شناختی- رفتاری برای اختلال استرس پس از ضربه فرض می کند که ارتباط بین اختلال استرس پس از ضربه و آشفتگی^{۳۳} در رابطه صمیمی، پیچیده و دو طرفه می باشد. نشانه های اختلال استرس پس از ضربه در آشفتگی های همسران تاثیر گذاشته و در مقابل آشفتگی همسران باعث تشدید و تقویت نشانه های اختلال استرس پس از ضربه می شود. فرایندهای زیر بنایی این ارتباط احتمالاً شامل؛ نقص های ارتباطی و اجتناب رفتاری می باشد. در حوزه شناختی فرض می شود که تعامل فرایند افکار ناسازگارانه و محتوای مربوط به حوادث آسیب زا باعث تداوم این ارتباط باز گشتی می شود (مانسون، فریدمن و آدایر^{۳۴}، ۲۰۰۸). هدف همزمان زوج درمانی شناختی رفتاری، بهبود نشانه های اختلال استرس پس از ضربه در یک یا هر دو همسر و بهبودی کارکرد های رابطه صمیمی شان بوده و زوجین واحد درمان می باشند (همان منبع).

درمان های شناختی- رفتاری خط مقدم درمان روان شناختی، اختلال استرس پس از ضربه است. مهارت های مقابله ای براساس فنون شناختی- رفتاری شکل گرفته اند. از دیدگاه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) مقابله عبارت است از: تلاش های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می شود. مقابله نیازمند بسیج و آماده سازی نیروها و انرژی فرد است که با آموزش و

³¹ - Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy (CBCT) for PTSD

³² - Monson & Fredman

³³ - distress

³⁴ - Monson, Fredman, & Adair

تلاش به دست می‌آید، لذا با کارهایی که به طور خودکار انجام می‌شود تفاوت اساسی دارد. طبق برنامه سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۹) مهارت‌های مقابله‌ای شامل ۱۰ مهارت می‌شود که عبارتند از: ارتباط موثر، برقراری رابطه بین فردی موثر، تصمیم‌گیری، حل مسأله، تفکر خلاق، تفکر نقاد، آگاهی از خود، همدلی با دیگران، مقابله با هیجانات (افسردگی، شکست، اضطراب و غیره)، و مقابله با استرس می‌باشد (نوری قاسم آبادی و محمدخانی، ۱۳۷۹، نقل از صادقی موحد، نریمانی و رجبی، ۱۳۸۷). نکته مهم این است که همه این مهارت‌ها قابل فراگیری هستند. این مهارت‌ها فرد را در کنترل مشکلاتی مانند: افسردگی، اضطراب، تنهایی، طرد شدگی، گمرویی، خشم، تعارض در روابط بین فردی، شکست و فقدان یاری می‌دهند (نریمانی و رجبی، ۱۳۸۵، نقل از صادقی موحد و همکاران، ۱۳۸۷).

باتوجه به وجود تعداد کثیری از جانبازان مبتلا به مشکلات اعصاب و روان و مخصوصاً اختلال استرس پس از ضربه در کشور و رنج بردن خود جانبازان و تأثیرات منفی این اختلال (مخصوصاً نشانه‌های کرختی و بیش‌انگیختگی) روی مسائل ارتباطی خانواده و جامعه و باتوجه به این که اکثر درمان‌های این افراد دارویی بوده است و در تحقیقات داخل کشور بیشتر پژوهش‌های انجام شده، درمورد اثربخشی درمان‌های انفرادی بوده است و تحقیقات خیلی کمی در مورد اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به خود جانبازان و مخصوصاً رویکرد‌های مختلف خانواده و زوج‌درمانی در کاهش شدت نشانه‌ها و علائم اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ مشاهده می‌شود. و باتوجه به مصاحبه‌ها و مشاوره‌هایی که محقق با جانبازان اعصاب و روان و مخصوصاً افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه داشته است و نشانه‌های کرختی و بیش‌انگیختگی را بیشتر از نشانه‌های تجربه مجدد در آن‌ها مشاهده کرده است این سوالات در ذهن محقق شکل گرفت که آیا زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش شدت نشانه‌های بیش‌انگیختگی و کرختی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه تأثیر دارد؟ و آیا بین میزان اثر بخشی دو روش زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به جانبازان، در کاهش شدت نشانه‌های بیش‌انگیختگی و کرختی هیجانی اختلال استرس پس از ضربه، تفاوت معناداری وجود دارد؟ این پژوهش در راستای پاسخگویی علمی به سوالات پژوهش انجام می‌شود.

اهمیت و ضرورت پژوهش