

مقایسه بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد در مرکز پزشکی قانونی استان مازندران

فرشته بخشیان* - دکتر عباس ابوالقاسمی** - دکتر محمد نریمانی***

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، مسوول مکاتبات

** دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

*** استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

چکیده

مقدمه: اختلال استرس حاد با نشانه‌های تجزیه‌ای، تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی بیش از حد مشخص می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مورد شاهده است. نمونه‌های این پژوهش شامل ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال استرس حاد مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی استان مازندران و ۴۰ فرد بهنجار مراجعه‌کننده به این مرکز که با سانه روبرو شده ولی تشخیص اختلال استرس حاد دریافت نکردند، بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی، آزمون استروپ، مقیاس شناخت‌های پس از آسیب و مقیاس ضربه رویداد- تجدید نظر شده استفاده شد.

نتایج: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی مختل در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد از افراد بهنجار به طور معناداری بیشتر است. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی ۹۱٪ از واریانس علائم اختلال استرس حاد را به طور معنی‌داری تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بیان می‌کنند که بیماران مبتلا به استرس حاد بازداری پاسخ بیشتر و ارزیابی شناختی مختل‌تری دارند. ارزیابی منفی‌تر از خود و جهان در این بیماران به احساس تهدید منجر شده و به نوبه خود سبب بازداری پاسخ بیشتری می‌شود.

واژگان کلیدی: بازداری پاسخ، ارزیابی شناختی، اختلال استرس حاد

تأیید مقاله: ۱۳۹۲/۳/۲۲

وصول مقاله: ۱۳۹۱/۴/۱۲

نویسنده پاسخگو: مازندران، قایم‌شهر، خیابان ساری، خیابان شرافت، کوچه مهر ۷، ساختمان مهیار ۲، طبقه دوم، واحد سمت راست

مقدمه

مواجهه با رویداد آسیب‌زا نسبتاً رایج است. این میزان در دامنه‌ای از ۲۶٪ تا ۸۴٪ برای جمعیت عمومی گزارش شده است. مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۸۰٪ بازماندگان آسیب که در ابتدا از استرس حاد رنج می‌برند، ۶ ماه بعد با ملاک‌های PTSD مطابقت دارند (۷-۵) و بین ۷۵٪ تا ۸۰٪ ۲ سال پس از آسیب از PTSD رنج خواهند برد (۵). به دنبال بروز اختلال، متغیرهای روان‌شناختی مختلفی تحت تأثیر قرار می‌گیرند که از جمله می‌توان به ارزیابی شناختی، سبک‌های اسناد، عزت نفس و راهبردهای کنترل فکر اشاره کرد (۱۴-۸).

از جمله متغیرهایی که در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد آسیب می‌بیند، بازداری پاسخ^۱ است. بازداری پاسخ عنصر اصلی در کنترل اجرایی می‌باشد که برای رفتارهای انطباقی در محیط پویا و غیرقابل پیش‌بینی مهم است. ناتوانی در بازداشتن پاسخ‌های نامتناسب

اختلال استرس حاد (acute stress disorder) یک پاسخ آسیب حاد است که به وسیله تجزیه، تجربه مجدد، اجتناب و علائم بیش برانگیختگی توصیف می‌شود (۱) و پیش‌بینی‌کننده اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد (۲). در DSM IV (۱۹۹۴) تشخیص اختلال استرس حاد به عنوان کوششی برای شناختن افراد آسیب‌دیده حاد که PTSD (post-traumatic stress disorder) 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 (۳).

1 - response inhibition

به دست آمده است (۲۱). در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد که بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد ارزیابی شناختی مختل بیشتری را نسبت به بیماران گروه کنترل نشان دادند (۳). پژوهشگران در مطالعه‌ای دریافتند که شناخت‌های منفی پس از آسیب به طور معناداری با تشخیص اختلال استرس حاد و شدت آن مرتبط است (۲۳). وولگاست و همکاران (۲۴) ارزیابی شناختی و پذیرش را به عنوان دو راهبرد تنظیم هیجان مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که در مقایسه با گروه کنترل، ارزیابی شناختی و پذیرش باعث کاهش معناداری در پریشانی ذهنی آزمودنی‌ها شد. بودن و همکاران (۲۵) در بررسی خود یافتند که ترکیب سطوح بالای وضوح هیجانی و فراوانی استفاده از ارزیابی شناختی با شدت پایین‌تر PTSD مرتبط است.

با توجه به میزان بالای بروز حوادث در کشور، پایداری اختلال استرس حاد و تبدیل آن به اختلال استرس پس ضربه، پژوهش‌های بسیار معدود در این زمینه، نتایج متفاوت درباره متغیرهای مورد بررسی و تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های علایم اختلال، انجام این پژوهش از اهمیت و ضرورت بالایی برخوردار است. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار و نقش این متغیرها در پیش‌بینی علایم اختلال استرس حاد می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش از نوع مورد - شاهدهی است که به صورت گذشته‌نگر انجام شده است. در این پژوهش بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی به عنوان متغیرهای وابسته در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار مورد مقایسه قرار گرفته است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی استان مازندران بود که به علت بروز سانحه آسیب‌زای تصادف جاده‌ای و فشار استرس ناشی از آن، تشخیص اختلال استرس حاد دریافت کردند. ۴۰ بیمار مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی استان مازندران که در اثر مواجهه با سانحه آسیب‌زای تصادف جاده‌ای و فشار استرس ناشی از آن، تشخیص اختلال استرس حاد را دریافت کردند به عنوان گروه آزمون انتخاب شدند. سپس ۴۰ نفر از افرادی که در شرایط استرس‌زای سانحه آسیب‌زای تصادف جاده‌ای قرار داشتند ولی تشخیص اختلال استرس حاد دریافت نکرده بودند، به عنوان افراد گروه شاهد انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. برای اطمینان از تشخیص روان‌پزشک، از مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی استفاده شد و سپس از آزمودنی‌ها خواسته شد که با دقت به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های پژوهش با روش‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) و رگرسیون چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از مطالعات قبلی (۲۶) و با آلفای ۰/۰۵ و بتای ۰/۸۰

با چندین اختلال شایع نظیر وسواس عملی، اوتیسم، اختلالات پس از سانحه و اختلال بیش فعالی / نقص توجه ارتباط دارد (۱۵). بازداری پاسخ سه فرایند پیوسته را در بردارد: ۱) بازداری پاسخ غالب ۲) توقف پاسخ جاری و ایجاد فرصت درنگ در تصمیم‌گیری برای پاسخ دادن یا ادامه پاسخ و ۳) حفظ این دوره درنگ و پاسخ‌های خود فرمان^۲ که در این دوره اتفاق می‌افتند (۱۶). وقتی بازداری پاسخ روی می‌دهد، احتمالاً قابل شناسایی نیست زیرا پاسخ بازداری شده 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 (۱۷). ریگر و گوگل (۱۸) بازداری پاسخ‌های مداوم را در افراد مبتلا به آسیب مغزی با بیماران دارای مشکلات ارتوپدیک مقایسه کردند. برخلاف انتظار، افراد مبتلا به آسیب مغزی عملکرد بدتری نسبت به گروه مورد مقایسه نشان ندادند. جان استون و همکاران (۱۹) در مطالعه بازداری پاسخ و کنترل تداخل در کودکان مبتلا به ADHD به این نتیجه رسیدند که کودکان مبتلا به ADHD در تکالیف مربوط به بازداری پاسخ برای دقت بیشتر سرعت را کاهش می‌دهند. ماسویی و نومورا (۲۰) در بررسی تأثیرات پاداش و تنبیه بر بازداری پاسخ در افراد ضداجتماعی غیربالینی به این نتیجه دست یافتند که افراد دارای شدت بیشتر رفتارهای ضداجتماعی در شرایط پاداش و تنبیه کم افزایش بازداری پاسخ را نشان دادند.

از نقش واسطه‌ای ارزیابی‌ها (appraisals) در رابطه با مشکلات رفتاری و عاطفی و هیجانی حمایت شده است. در الگوی زیستی-روانی - اجتماعی (۲۱) نیز استرس شامل سه مولفه است: مولفه‌های خارجی شامل رویدادهای محیطی است که مقدم بر بازشناسی استرس هستند و می‌توانند واکنش استرس را برانگیزند. مولفه دوم مولفه درونی استرس می‌باشد که شامل مجموعه‌ای از واکنش‌های عصبی و فیزیولوژیکی به استرس است. مولفه سوم، تعامل مولفه‌های داخلی و خارجی، یعنی فرایندهای شناختی فردی هستند.

فوا و اهرلس به طور خاص، سه نوع از ارزیابی‌هایی که ممکن است با اختلالات پس از سانحه مرتبط باشند را مشخص کردند: ۱) شناخت‌های منفی درباره خود ۲) شناخت‌های منفی درباره جهان و ۳) خودسرزنی. اگر، کندی و کینگ دریافتند که شناخت‌های منفی درباره خود و جهان با شدت علایم اختلال استرس حاد در بیماران دارای آسیب‌های نخاع شوکی همبستگی معناداری دارند (۹). در مطالعه‌ای بر روی اختلال استرس پس از سانحه کودکان، به این نتیجه دست یافتند که بیشتر واریانس استرس پس از سانحه توسط ارزیابی‌های منفی درباره خطر آینده قابل توجیه می‌باشد. همچنین در مطالعه‌ای بین شناخت‌های منفی درباره خود و جهان با شدت علایم اختلالات پس از سانحه در زمان اقامت در بیمارستان و سه ماه بعد از ترخیص در بیماران مبتلا به سکت، همبستگی معناداری

۴- **مقیاس ضربه رویداد-تجدید نظر شده:** مقیاس ضربه رویداد-تجدید نظر شده ۲۲ آیتم دارد که به صورت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در دامنه‌ای از ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ به دست آمده است (۳۲). همچنین در ایران ضریب همسانی درونی این آزمون بالا (آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ - ۰/۷۹) و پایایی بازآزمایی آن خوب گزارش شده است (۳۳). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در ایران ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۰).

روش اجرا

در ابتدا با دریافت معرفی‌نامه از آموزش دانشکده برای مراجعه به پزشکی قانونی، افرادی که با رویداد آسیب‌زا مواجه شده و تشخیص اختلال استرس حاد را دریافت نموده‌اند، شناسایی شدند. در مرحله بعد برای اطمینان از تشخیص روان‌پزشک، مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی برای اختلال استرس حاد در مورد آن‌ها اجرا شد. بعد از تشخیص، پرسشنامه‌های مورد نظر در اختیار بیماران قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که با دقت به سوالات پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در نمونه مورد مطالعه ۵۷/۵٪ افراد استرس حاد را مردان و ۴۲/۵٪ را زنان تشکیل می‌دهند. در گروه استرس حاد ۱۰٪ دارای مدرک سیکل، ۳۷/۵٪ دیپلم، ۲۵٪ فوق دیپلم، ۲۷/۵٪ لیسانس و بالاتر هستند. در گروه بهنجار ۲۲/۵٪ دارای مدرک سیکل، ۲۵٪ دیپلم، ۲۷/۵٪ مدرک فوق دیپلم و ۲۵٪ لیسانس و بالاتر می‌باشند. میانگین و انحراف استاندارد سنی افراد مبتلا به اختلال استرس حاد ۳۷/۰۵ (۷/۶۷) با دامنه ۵۰-۲۵ است. همچنین میانگین و انحراف استاندارد سن افراد بهنجار، ۳۹/۶۰ (۷/۷۳) با دامنه ۵۰-۲۵ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمرات ارزیابی شناختی در افراد مبتلا به استرس حاد و افراد بهنجار به ترتیب ۱۷۷/۷۱ (۱۱/۱۴) و ۸۴/۵۵ (۲۲/۶۰) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات تعداد خطا در افراد مبتلا به استرس حاد و افراد بهنجار به ترتیب ۱۲/۴۰ (۶/۰۳) و ۳/۸۲ (۲/۸۴) است. میانگین و انحراف معیار نمرات زمان پاسخ نیز در افراد مبتلا به استرس حاد و افراد بهنجار به ترتیب ۲۳۰/۷۷ (۲۷/۰۱) و ۱۴۳/۵۱ (۲۰/۰۵) است. میانگین و انحراف معیار علائم پس از آسیب در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و بهنجار به ترتیب ۸۶/۲۵ (۸/۸۷) و ۴۳/۳۸ (۸/۴۶) است. میانگین و انحراف معیار مولفه‌های ارزیابی شناختی نیز در جدول فوق آمده است (جدول ۱). قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد.

مجموعاً ۸۰ نفر (هر گروه ۴۰ نفر) انتخاب گردید. همچنین در پژوهش‌های مورد - شاهدی، تعداد آزمودنی‌ها حداقل ۳۰ نفر پیشنهاد شده است (۲۷) که در این تحقیق برای افزایش اعتبار بیرونی تحقیق در هر گروه ۴۰ آزمودنی انتخاب شد.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: سن ۲۵ تا ۵۰ سال، مدرک تحصیلی حداقل سیکل، متاهل بودن، داشتن تشخیص اختلال استرس حاد، فقدان سابقه بیماری‌های روانی قبلی و فقدان بیماری جسمی مزمن.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

۱- **مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی:** مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی نسخه اصلی ۱/۲ در ایران ترجمه و تدوین شده است (۲۱). این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی اعتبار خوبی دارد. از نظر اعتبار مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی، شاخص ویژگی (specificity) برای اکثر اختلالات روان‌پزشکی بالاست (بالای ۰/۸۵)، شاخص حساسیت (sensitivity) برای تشخیص‌ها تا حدی پایین‌تر است به خصوص برای اختلالات شدید روان‌پزشکی مانند اسکیزوفرنی. سنجش پایایی ابزار به روش بازآزمایی نشان داد که برای اکثر اختلالات روان‌پزشکی پایایی تشخیص‌گذاری در حد قابل قبول است (کاپا بالاتر از ۰/۴) ولی برای اسکیزوفرنی این رقم پایین‌تر بود. نتایج به دست آمده در دو سیستم تشخیصی DSM-IV و ICD تا حد زیادی مشابه یکدیگر بود (۲۸).

۲- **پرسشنامه شناخت‌های پس از سانحه:** این پرسشنامه برای سنجش افکار و عقاید مرتبط با آسیب ساخته شده است. پرسشنامه شناخت‌های پس از سانحه یک پرسشنامه خودگزارشی ۳۳ آیتمی است که هر آزمودنی به این آیتم‌ها در یک مقیاس ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ برای این آزمون ۰/۹۷ است (۲۹). در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را در خرده مقیاس‌های ارزیابی منفی از خود، ارزیابی منفی از جهان و خودسرزنشی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ گزارش کردند (۹). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در ایران ۰/۹۶ گزارش شده است (۳۰).

۳- **آزمون رنگ-واژه استروپ:** آزمون رنگ-واژه استروپ در شکل اصلی خود شامل چهار کارت است: خواندن واژه (کارت اول)، نامیدن رنگ (کارت دوم) خواندن واژه‌ها بدون توجه به رنگ (کارت سوم) و گفتن رنگ واژه‌ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده است (کارت چهارم). هر کارت ۲۵ محرک را نشان می‌دهد که به ترتیب در ۵ سطر و ۵ ستون تنظیم شده‌اند. ضریب پایایی بازآزمایی برای زمان واکنش مرحله اول ۰/۶ و برای تعداد خطاهای همین مرحله ۰/۵۵ به دست آمد. در مرحله دوم آزمایش زمان واکنش ضریب پایایی ۰/۸۳ و برای تعداد خطاها ضریب ۰/۷۸ محاسبه گردید و در مرحله سوم آزمایش ضریب پایایی برای زمان واکنش ۰/۹۷ و برای تعداد خطاها ۰/۷۹ بود (۳۱).

جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار بازداری پاسخ، ارزیابی شناختی و علایم استرس حاد در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و بهنجار

متنی	استرس حاد M± SD	بهنجار M± SD
ارزیابی منفی از خود	۹۸/۸۷±۸/۶۴	۳۱/۴۲±۱۹/۶۴
ارزیابی منفی از جهان	۳۴/۳۵±۴/۴۶	۳۳/۹۷±۴/۸۴
خودسرزنشی	۲۳/۲۰±۱/۹۷	۱۵/۹۵±۶/۱۸
کل	۱۷۷/۷۱±۱۱/۱۴	۸۴/۵۵±۲۲/۶۰
تعداد خطا	۱۲/۴۰±۶/۰۳	۳/۸۲±۲/۸۴
زمان پاسخ	۲۳۰/۷۷±۲۷/۰۱	۱۴۳/۵۱±۲۰/۰۵
علایم پس از آسیب	۸۶/۲۵±۸/۸۷	۴۳/۳۸±۸/۴۶

نمرات ارزیابی منفی از خود ($F=116/09$)، ارزیابی منفی از جهان ($F=385/79$) و بازداری پاسخ ($F=49/51$) به طور معنی داری در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد از افراد بهنجار بیشتر است ($p<0/01$) (جدول ۳) اما میانگین نمرات خودسرزنشی در افراد مبتلا به استرس حاد و افراد بهنجار تفاوت معناداری ندارد.

برای مقایسه میانگین نمرات کل ارزیابی شناختی از آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات ارزیابی شناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد از گروه بهنجار به طور معنی داری بیشتر است ($t=38/27$, $df=78$, $p<0/01$).

برای تعیین تاثیر هر یک از متغیرها، ارزیابی شناختی و بازداری پاسخ به عنوان متغیر پیش بین و علایم اختلال استرس حاد به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون چند متغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که ۹۱٪ از واریانس علایم توسط متغیرهای مولفه های ارزیابی شناختی و بازداری پاسخ تبیین می شوند. با توجه به مقادیر بتا، ارزیابی منفی از خود ($Beta=0/932$)، بازداری پاسخ ($Beta=0/249$) و ارزیابی منفی از جهان ($Beta=0/100$) به ترتیب به عنوان قوی ترین پیش بینی کننده های علایم اختلال استرس حاد در افراد مبتلا می باشند ($p<0/01$) (جدول ۴).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار بود. نتایج نشان داد که افراد مبتلا به اختلال استرس حاد در مقایسه با افراد بهنجار ارزیابی شناختی مختل تری دارند. نتایج به دست آمده نشان می دهد که افراد PTSD ارزیابی منفی تری از خود دارند. این یافته ها در راستای تحقیقات دیگر قرار دارند (برای مثال ۲۹، ۳۴، ۹). نظریات شناختی اخیر (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰) بیان می کنند که ارزیابی منفی از رویداد و پیامدهای آن به ایجاد احساس تهدید جاری منجر شده و باعث نگهداری اختلال می شود. ارزیابی ها به طور گسترده در دو گروه رخ می دهد: آن هایی که مرتبط با خود است و آن هایی که بر جهان متمرکز است. ارزیابی های منفی خود به دنبال آسیب می تواند بر تغییرات منفی دیرپا درباره

براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($BOX=18/27$, $F=1/14$, $P=0/51$). بر اساس آزمون لون و عدم معنی داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده است.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مولفه های ارزیابی شناختی، بازداری پاسخ معنی دار می باشد [$Wilks\ Lambda=0/125$, $F(74,4)=12/92$, $P<0/001$]. آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا) را مجاز شمرد. نتایج نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است و میزان این تفاوت ۸۸٪ است. یعنی ۸۸٪ واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین

جدول ۲ - نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین ارزیابی شناختی و بازداری پاسخ در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	p	ضریب اتا
ارزیابی منفی از خود	۲۱۴۵/۷۴	۱	۲۱۴۵/۷۴	۱۱۶/۰۹	۰/۰۰۰	۰/۶۰۱
ارزیابی منفی از جهان	۸۹۹۶۶/۳۹	۱	۸۹۹۶۶/۳۹	۳۸۵/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۸۳۴
خودسرزنشی	۲/۹۱	۱	۲/۹۱	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۰۰۲
بازداری منفی	۱۰۵۴/۱۶	۱	۱۰۵۴/۱۶	۴۹/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۷۷۵

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری ارزیابی شناختی و بازداری پاسخ بر علایم اختلال استرس حاد

متغیرهای پیش‌بین	MR	ARS	B	SE	Beta	t(Sig)
Constant			۹/۳۶۳	۶/۱۵۷	—	۱۱/۸۲(۰/۰۰۱)
ارزیابی منفی از خود	۰/۹۳۲	۰/۸۶۶	۰/۵۸۵	۰/۰۲۶	۰/۹۳۲	۲۲/۵۱(۰/۰۰۱)
بازداری پاسخ	۰/۹۴۹	۰/۸۹۸	۰/۸۵۷	۰/۱۷۳	۰/۲۴۹	۴/۹۴(۰/۰۰۱)
ارزیابی منفی از جهان	۰/۹۴۵	۰/۹۰۷	۰/۵۰۳	۰/۱۷۴	۰/۱۰۰	۲/۸۹(۰/۰۰۱)

مبتلا به استرس حاد از افراد بهنجار به طور معناداری بیشتر است. این نتایج حاکی است که افراد مبتلا به استرس حاد نسبت به افراد بهنجار زمان واکنش بیشتری در کارت‌های آزمون استروپ دارند. در تعداد خطاها نیز افراد مبتلا به استرس حاد از افراد بهنجار به طور معناداری تعداد خطای بیشتری را گزارش کردند. این نتایج در راستای یافته‌های دیگر می‌باشد (۳۹، ۳۸). بازداری پاسخ توانایی فرد برای سرکوب محرک‌های نامربوط و مزاحم است (۴۰). تحقیقات در زمینه بازداری پاسخ در مورد اختلالات پس از سانحه بسیار محدود است اما ادبیات موجود، بیانگر آن است که بازداری پاسخ ممکن است دلیلی برای دشواری‌های این افراد در سرکوب افکار، تصاویر و تکانه‌های مزاحم باشد. وقتی فکر مزاحمی بروز پیدا می‌کند، می‌تواند با آشفتگی هیجانی، برانگیختگی فیزیولوژیکی و تداخل در تمرکز یا تکمیل تکالیف مربوط باشد که می‌تواند مدت‌ها ادامه داشته باشد. بنابراین وجود افکار مزاحم باعث تداخل در تمرکز شده و بروز تعداد خطای بیشتر و زمان واکنش طولانی‌تر را به دنبال دارد. اخیراً مدل‌های شناختی برای مفهوم‌سازی روان‌شناختی در زمینه اختلالات پس از سانحه و درمان شناختی رفتاری مانند مواجهه سازی غلبه دارند و یکی از بهترین مداخلات روان‌شناختی معتبر به حساب می‌آید (۴۱). نظریات شناختی تاکید دارند که جلوه‌های هیجانات منفی مثل اضطراب باعث سوگیری در پردازش اطلاعات شده و نتیجه آن اشتغال ذهنی فرد و پاسخ به خطر ادراک شده است. بدین سان سیستم باورهای شخص یا طرحواره‌های شناختی ممکن است یک عامل زمینه‌ساز مهم در گسترش اختلالات پس از سانحه باشد. به طور خاص، وقوع افکار مزاحم و غیرقابل قبول، بخشی از تجربه بهنجار هستند اما افرادی که اختلالات پس از سانحه را گسترش می‌دهند باورهای انعطاف‌ناپذیری درباره معنای شخصی از این افکار و معنای فاجعه‌آمیز آن‌ها دارند. بنابراین طرحواره‌های شناختی ممکن است برای توضیح منشاء و نگاه داری سطوح بالای هیجانات منفی به‌خصوص اضطراب و گناه که مشخصه اختلالات پس از سانحه است مورد استفاده قرار گیرند (۴۲).

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی ۹۱٪ از واریانس علایم اختلال استرس حاد را تبیین می‌کند که از این میان ارزیابی منفی از خود و بازداری پاسخ

خود متمرکز باشد. مطابق مدل اهلرز و کلارک در زمینه اختلالات پس از سانحه، این ارزیابی‌های منفی، پاسخ هیجانی فرد به آسیب را تعیین می‌کنند و راهبردهای شناختی و رفتاری را بنیان می‌نهند که بعداً در نگهداری اختلال مشارکت می‌کنند. علی‌رغم اختلافاتی که در نتایج دیده می‌شوند، این همراهی وجود دارد که عقیده درباره خود و ارزیابی منفی منحصر به فرد از خود، نقش مهمی در تکوین و نگهداری واکنش‌های پس از آسیب دارد و این که این دیدگاه منفی از خود ممکن است نقش محوری در مسدود کردن بهبود طبیعی متعاقب رویدادهای آسیب‌زا داشته باشد. آن‌ها معتقدند که یکی از منابع ترس شدید و مداوم فرد، ارزیابی‌هایی است که از سانحه و یا نتایج آن براساس ویژگی‌های خود به عمل می‌آورد، ارزیابی منفی از سانحه شامل ارزیابی منفی از هیجان‌های بروز کرده طی واقعه تکان دهنده و ارزیابی منفی از احساسات و فعالیت‌های پیش آمده در طی واقعه تکان دهنده، ادراک منفی پاسخ‌های دیگران و ادراک تغییر پایدار در زندگی بعد از وقوع سانحه می‌باشد (۸). افراد PTSD نسبت به افراد بهنجار، خطر بیرونی را بیش از حد برآورد می‌کنند. شواهد در زمینه اسناد و اختلالات پس از سانحه حاکی است که اسناد رویداد منفی به علل خارجی، پایدار و غیرقابل کنترل به طور معناداری با علائم پس از آسیب مرتبط هستند (۳۵). در مطالعات دیگر گزارش شده است افرادی که علت رویداد منفی را به یک منبع بیرونی اسناد دادند نسبت به آن‌هایی که اسناد درونی داشتند، سطوح بالاتری از علایم پس از آسیب را نشان دادند (۳۶)، لذا افراد مبتلا به استرس حاد با اسنادهای بیرونی و نسبت دادن رویداد آسیب‌زا به عوامل بیرونی ارزیابی منفی‌تری از جهان به عمل می‌آورند. نتایج نشان داد که میانگین نمرات خودسرزنجی در افراد مبتلا به استرس حاد از افراد بهنجار به صورت معنی‌داری بیشتر است ($P < 0/001$). این یافته‌ها در راستای تحقیقات دیگر قرار دارند (۳۷، ۲۹، ۲۳). این مطالعات نشان داده‌اند که خودسرزنجی در افراد آسیب‌دیده به دنبال رویداد آسیب‌زا به طور معناداری بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد ولی با یافته تحقیقی که رابطه‌ای بین خودسرزنجی و شدت علایم اختلال وجود ندارد، مغایر است (۹).

نتایج پژوهش نیز نشان داد که میانگین بازداری پاسخ در افراد

و ارزیابی منفی از جهان تغییرات مربوط به علایم اختلال استرس حاد را در افراد مبتلا به صورت معنی‌داری تبیین می‌کند ($P < 0/01$). این نتیجه نشان می‌دهد که متغیرهای روان‌شناختی دیگری نیز وجود دارند که در تبیین علایم اختلال استرس حاد دخالت دارند. اهلرس و کلارک پیشنهاد می‌کنند که شناخت‌های منفی احتمالاً به راهبردهای مقابله شناختی و رفتاری مختلفی منجر می‌شوند که اگرچه بر آنند که احساس تهدید جاری را کنترل نمایند اما ممکن است واقعاً نشانه‌های PTSD را به وجود آورده یا تشدید نمایند. یکی از واکنش‌های اساسی به آسیب ناگهانی و غیرمنتظره مانند تجاوز، تصادف، بلایای طبیعی، جنگ و ... دوره‌های بی‌حسی و کرختی هیجانی و افسردگی است که می‌تواند برای مدت‌ها ادامه پیدا کند (۸). وجود افسردگی و بی‌حسی و کرختی روانی در افراد آسیب‌دیده و کندی روانی حرکتی که به عنوان یک خصیصه تشخیصی اساسی به دنبال افسردگی بروز پیدا می‌کند بر عکس‌العمل فرد بر محرک‌ها تأثیر گذاشته و باعث کند شدن عملکرد فرد در مواجهه با محرک‌ها می‌شود. بسیاری از تحقیقات نشان داده است که حداقل ۱۷٪ از افراد به دنبال مواجهه با رویداد آسیب‌زا تشخیص افسردگی را دریافت کرده‌اند که این مقدار تا ۵۷٪ نیز گزارش شده است (۴۱). وجود افسردگی و بی‌حسی و کرختی روانی در افراد آسیب‌دیده و کندی روانی حرکتی که به عنوان یک خصیصه تشخیصی اساسی به دنبال افسردگی بروز پیدا می‌کند بر عکس‌العمل فرد بر محرک‌ها تأثیر گذاشته و باعث کند شدن عملکرد فرد در مواجهه با

محرک‌ها می‌شود.

از آنجایی که اختلال استرس حاد می‌تواند پیش‌زمینه‌ای برای اختلال مزمن PTSD باشد، وجود بخش مشاوره و روان‌درمانی و ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی به افراد آسیب‌دیده در مراکز پزشکی قانونی که مرکز مراجعه اولیه افراد به دنبال رویداد آسیب‌زا همچون تصادف است، می‌تواند از گسترش علائم و تبدیل آن به اختلال مزمن PTSD جلوگیری شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای آن تنها در استان مازندران است. همچنین جمع‌آوری اطلاعات بر اساس مقیاس‌های خودگزارش دهی امکان تحریف اطلاعات به علت دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی را به وجود می‌آورد. پیشنهاد می‌شود این بررسی برای سایر استان‌ها و در گروه‌های سنی مختلف انجام شود تا قابلیت تعمیم دهی نتایج بیشتر شود. همچنین پیشنهاد می‌شود از ابزارهایی که جنبه خودگزارشی ندارند برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. این نتایج تلویحات مهمی در زمینه آسیب شناسی، پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد دارد.

تشکر و قدردانی

از ریاست محترم، معاونت پژوهشی و پرسنل سازمان پزشکی قانونی استان مازندران و کلیه مراجعینی که با همکاری آنان، اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., revised). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2000.
- 2- Bryant RA, Harvey AG, Guthrie R M, & Moulds ML. Acute psychophysiological arousal and posttraumatic stress disorder: a two year prospective study. Journal of Traumatic Stress. 2003; 16, 439-443.
- 3- Elssesser K, Freyth C, Lohrmann T, Sartory G. Dysfunctional cognitive appraisal and psychophysiological reactivity in acute stress disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2009; 23, 979-985
- 4- Koopman C, Classen C, Spiegel D. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/ Berkely, California, firestorm. Am J Psychiatry. 1994; 151: 888-894.
- 5- Kessler TC, Berlund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, & Walters E. Lifetime prevalence and the age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry. 1995; 62: 593-602
- 6- Harvey AG, & Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1998; 66; 507-12.
- 7- Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. Am J Psychiatry 1999; 156; 360-5
- 8- Ehlers A, & Clark D M. A cognitive model of

- posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000; 38, 319–45.
- 9- Louise Field E, Norman P, Barton J. Cross-sectional and prospective associations between cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms following stroke. *Behaviour Research and Therapy*. 2008; 46, 62–70
- 10- Feiring C, Taska L, & Lewis M. The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Maltreatment*. 2007; 3, 129–42
- 11- Barrowclough C, Gregg L, Tarrier N. Expressed emotion and causal attributions in relatives of post-traumatic stress disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*. 2008; 46, 207–18
- 12- Kashdan TB, Uswatte G, Steger MF, Julian T. Fragile self-esteem and affective instability in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44, 1609–19
- 13- Bennett SA, Beck JG, Clapp JD. Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47, 1018–23
- 14- Scarpa A, Wilson LC, Wells AO, Patriquin MA, Tanaka A. Thought control strategies as mediators of trauma symptoms in young women with histories of child sexual abuse. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47, 809–13
- 15- Jones G, & Gold JI. How We Say No: Norepinephrine, Inferior Frontal Gyrus, and Response Inhibition, *BIOL PSYCHIATRY*. 2009; 65, 548–9.
- 16- Alizadeh H. The theory explanation of attentional deficit/ hyperactivity disorder: behavioral inhibition pattern and self-control nature. *Research in Exceptional Children*. 2005; 3: 323–348. [Persian]
- 17- Kana RK, Keller TA, Cherkassky VL, Minshew NJ, Just MA. Sentence comprehension in autism: Thinking in pictures with decreased functional connectivity. *Brain* 129 (Pt 9). 2007; 2484–93.
- 18- Rieger M, Gauggel S. Inhibition of ongoing responses in patients with traumatic brain injury, *Neuropsychologia*. 2002; 40:76–85.
- 19- Johnstone SJ, Barry RJ, Valentina M, Dimoska A, Clarke A R. Response inhibition and interference control in children with AD/HD: A visual ERP investigation. *International Journal of Psychophysiology*. 2009; 72: (2) 145–153.
- 20- Masui K, Nomura M. The effects of reward and punishment on response inhibition in non-clinical psychopathy. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50(1), 69–73.
- 21- Bernard L C & Krupat E. *Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness*, New York, Harcourt Brace College Publishers. 1994.
- 22- Bryant R A, & Guthrie R M. Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: a study of trainee firefighters. *Psychological Science*. 2007; 16, 749– 757.
- 23- Karl A, Rabe S, Zöller T, Maercker A, Stopa L. Negative self-appraisals in treatment-seeking survivors of motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23, 775–781.
- 24- Wolgast M, Lundh LG, Viborg G. Cognitive reappraisal and acceptance: An experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Behaviour Research Therapy*. 2011; 49(12): 858–66
- 25- Boden MT, Bonn-Miller MO, Kashdan TB, Alvarez J, Gross J J. The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of anxiety disorder*, 2012; 26(1), 233–238.
- 26- Warda G, & Bryant R A. Cognitive bias in acute stress disorder. *Behavior Research and Therapy* 1998; 36: 1177–1183
- 27- Delavar A. *The method research of psychology and educational*. Tehran: Virayesh Publisher 2005; 99. [Persian]
- 28- Kaviani H, Alaghband-rad J, Sharifi V, Pournaseh M, Ahmadi Abhari SA. *Composite International Diagnostic Interview*. Tehran: Kavian pub: 2007. [Persian]
- 29- Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, & Orsillo S M. *The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation*. *Psychological Assessment*. 1999; 11: 303–14.
- 30- Bakhshian F. *Comparison of thought control strategies, cognitive appraisal and response inhibition of diseases with Acute stress disorder and Posttraumatic stress disorder* [dissertation]. Ardebil: University of Mohaghegh Ardabili; 2011. [Persian]
- 31- Lezak M. *Neuropsychological assessment*. Oxford university press. New York; 1994.
- 32- Emmerik AAP V, Schoorl M, Emmelkamp PMG, Kamphuis JH. *Psychometric evaluation of the Dutch version of the posttraumatic cognitions*

- inventory (PTCI). Behavior Research and Therapy. 2006; 44: 1053–65.
- 33- Abdi A, Moradi AR, Akramian F. Examining the Relation between Posttraumatic Stress Symptoms caused by War and Autobiographical Memory. Research in Healthy Psychology. 2009; 3: 25- 34.
- 34- Startup M, Makgekgenene L, Webster R. The role of self-blame for trauma as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A self-protective cognition?. Behaviour Research and Therapy. 2007; 45. 395–403.
- 35- Smith K, Bryant RA. The generality of cognitive bias in acute stress disorder. Behaviour Research and Therapy. 2000; 38, 709-15.
- 36- Williams L M. Cognitive inhibition and schizophrenic symptom subgroups. Schizophrenia Bulletin. 1996; 22, 139–51.
- 37- Weiner, B.1986. An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer-Verlag.
- 38- Weiss D, & Marmar C. The impact of event scale – revised. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.), Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford; 1997.
- 39- Constans JI, Mc Claskey MG, Vesterling J, Braily K. & Mathews A. Suppression of attention bias in PTSD. Journal of Abnormal Psychology 2004; 113(2): 315- 23.
- 40- Bannon S, Gonsalvez CJ, Croft RJ. Processing impairments in OCD: It is more than inhibition. Behavior Research and Therapy 2008; 46: 689–700.
- 41- Abramowitz JS. The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. Canadian Journal of Psychiatry. 2006; 51, 407–16.
- 42- Creamer M, Burgess P, & Mcfarlan, Reaction to trauma: a cognitive processing model. Journal of Abnormal Psychology. 2001; 101; 452–9.