

## بررسی ارتباط پرخاشگری با شدت بالینی اختلال استرس پس از سانحه

دکتر سیما نومی<sup>۱\*</sup>، دکتر ماهیار آذر<sup>۲</sup>، دکتر علیرضا شفیعی کندجانی<sup>۳</sup>، دکتر سید عباس تولایی<sup>۴</sup>، دکتر غلامرضا کریمی<sup>۴</sup>،  
دکتر شکوفه رادفر<sup>۵</sup>، دکتر علی تاجیک<sup>۶</sup>، سمیه سادات انوری<sup>۷</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** پرخاشگری یکی از اختلالاتی است که به طور شایع در میان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) دیده می‌شود. این مطالعه به منظور ارزیابی ارتباط بین شدت PTSD با وجود یا عدم وجود پرخاشگری انجام شده است. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه تحلیلی بر روی ۱۲۰ بیمار مبتلا به PTSD که به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان بقیه الله تهران مراجعه کرده‌اند، انجام شده است. برای ارزیابی وجود یا عدم وجود پرخاشگری از پرسشنامه خودساخته و برای بررسی شدت بیماری PTSD از پرسشنامه مقیاس اثر حادثه (IES) استفاده شده است.

**یافته‌ها:** میانگین سنی بیماران مورد بررسی ۳۵/۹±۱۰/۱ سال بود. ۷۶/۷ درصد از بیماران مذکر و ۲۳/۳ درصد مؤنث بودند. ۷۲/۵ درصد از بیماران پرخاشگری داشتند. نتایج نشان داد که ۷۲/۵ درصد از بیماران غیر پرخاشگر مبتلا به PTSD تحت بالینی بوده‌اند، در حالی که ۲۴/۱ درصد از افراد پرخاشگر دارای بیماری شدید بودند. ارتباط آماری معنی داری بین شدت PTSD و پرخاشگری یافت شد ( $p=0/001$ ). **نتیجه گیری:** با درمان بموقع PTSD و جلوگیری از تشدید بیماری می‌توان از ایجاد خشونت تا حد زیادی جلوگیری کرد که به مثابه پیشگیری ثانویه در قالب پیشگیری اولیه است.

**واژگان کلیدی:** پرخاشگری، اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب

### مقدمه

یکی از اختلالات روانپزشکی که با علایم اضطرابی و خشونت‌های ناگهانی و پرخاشگری شناخته می‌شود، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است (۵). اختلال استرس پس از سانحه سندرمی است که به دنبال مواجهه با فشار روانی فوق العاده شدید پدید می‌آید. این مواجهه می‌تواند به صورت مشاهده، حضور یا شنیدن باشد. تجربه جنگ، شکنجه، بلایای طبیعی، حمله، تجاوز و سوانح جدی نظیر تصادف و آتش سوزی، از عوامل ایجاد کننده اختلال استرس پس از سانحه شناخته می‌شوند (۶). شیوع PTSD در حوادث اجتماعی و استرس‌های شدید افزایش می‌یابد. به عنوان مثال، پس از حادثه ۱۱ سپتامبر در ایالات متحده حدود ۹/۸ درصد از افراد ساکن نیویورک

اختلالات روانپزشکی ارتباطی قوی با رفتارهای خشونت‌آمیز دارند، به گونه‌ای که تعداد زیادی از افرادی که تظاهرات رفتار پرخاشگرانه دارند، دارای یک تشخیص روانپزشکی بوده‌اند (۱). پنجاه و شش درصد از افراد همسر آزار و ۶۹ درصد از کودکان آزاران سابقه تشخیص بیماری روانپزشکی را در یک دوره از زندگی خود داشته‌اند (۲). رفتارهای پرخاشگرانه بیماران بستری در نظام‌های مراقبتی یکی از مشکلات عمده آن مراکز محسوب می‌شود (۳)، مضاف بر اینکه بیماران پرخاشگر نیازمند دفعات بستری و استفاده از خدمات مراقبتی و مصرف داروهای ضد جنون بیشتری در مقایسه با مبتلایان به سایر اختلالات روانپزشکی هستند (۴).

\*۱. نویسنده مسؤول: استادیار، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، مرکز تحقیقات علوم رفتاری. آدرس برای مکاتبه: تهران، میدان ونک، خیابان ملاصدرا، کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بقیه الله، طبقه دوم، مرکز تحقیقات علوم رفتاری. E-mail: Snoohir2005@yahoo.com

۲. استادیار، گروه روانپزشکی، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳. دستیار روانپزشکی، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴. استادیار، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

۵. روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

۶. روان شناس

۷. پزشک عمومی

محققان و بر اساس علایم و شاخص‌های پرخاشگری و خشونت تنظیم شد ۳۵ امتیاز داشت و بر اساس مطالعات اولیه افرادی که بیش از ۱۴ امتیاز می‌گرفتند دارای خشونت فرض می‌شدند.

۱۵ سؤال نیز در قالب پرسشنامه مقیاس اثر حادثه (IES) که به منظور تعیین شدت اختلال اضطرابی پس از سانحه بود، در اختیار بیماران قرار می‌گرفت. سؤالات این پرسشنامه شامل ۲ قسمت بود. یک سری از سؤالات (حاوی ۷ سؤال) به افکار مزاحم فرد و بخش دیگر (شامل ۸ سؤال) به پرهیز بیمار از یادآوری حادثه اختصاص داشت. از آنجا که هر سؤال چهار گزینه داشت و بر اساس جواب انتخابی، فرد می‌توانست از صفر تا ۵ امتیاز از هر سؤال کسب کند، در مجموع، امتیاز هر بیمار می‌توانست محدوده‌ای از صفر تا ۷۵ را شامل شود که بر اساس امتیاز اکتسابی در یکی از چهار گروه تحت بالینی، خفیف، متوسط و شدید قرار می‌گرفت. پرسشنامه IES را که در ۱۹۷۹ هورویتز و همکارانش (۱۰) طراحی کردند، علاوه بر اینکه برای تخمین شدت اثر وقایع در مورد کلیه بیمارانی که حادثه خاص و اثرگذاری در زندگی شان داشته‌اند (که از ذهن آنها پاک نمی‌شود) کاربرد دارد، می‌تواند برای بررسی پیشرفت درمان نیز به کار برود (۱۱ و ۱۰). میزان قابلیت اعتماد این آزمون در مطالعات پیشین ۰/۸۷ اعلام شده است که در مورد سؤالات قسمت برانگیختگی تا ۰/۸۹ نیز می‌رسد. میزان اعتبار این آزمون نیز در مطالعه انجام شده توسط هورویتز (۱۰)، ۸۵-۳۸ درصد و در مطالعه زیلبرگ و ویس (۱۲)، ۸۹-۴۴ درصد اعلام شده است.

پس از بررسی اطلاعات مربوط به ۱۲۰ بیمار مراجعه کننده، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۳ و با بهره‌گیری از آزمون‌های کروسکال - والیس و مجذور کای داده‌های حاصل تجزیه و تحلیل شد. در تفسیر نتایج، عدد ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری لحاظ گردید.

### یافته‌ها

میانگین سنی بیماران مورد بررسی ۳۵/۹±۱۰/۱ سال بود و پنجاه درصد از بیماران، سن بالای ۳۷ سال داشتند. تعداد ۹۲ بیمار (۷۶/۷٪) مذکر و ۲۸ نفر (۲۳/۳٪) مؤنث بودند. تنها ۴ بیمار (۳/۳٪) بی‌سواد بودند و ۳۹، ۴۰ و ۳۷ نفر به ترتیب سواد زیر دیپلم، دیپلم و بالاتر از دیپلم داشتند.

میانگین نمره خشونت بیماران، ۲۱/۳±۹/۲ امتیاز بود. ۵۰ درصد از بیماران امتیاز بیش از ۲۱ داشتند. پس از تقسیم کردن بیماران به دو گروه دچار پرخاشگری (امتیاز بالای ۱۴) و بدون پرخاشگری (امتیاز

دچار PTSD شدند. همچنین ۳۰/۹ درصد از مردان و ۲۶/۹ درصد از زنان آمریکایی شرکت کننده در جنگ ویتنام دچار PTSD شده و ۲۲/۵ درصد دیگر از مردان و ۲۱/۲ درصد از زنان به اشکال تحت بالینی بیماری مبتلا شده‌اند (۷).

شیوع اختلال استرس پس از سانحه در جمعیت عادی ۱ تا ۹ درصد گزارش شده است، اما در بین حادثه دیدگان اساساً بالاتر و تا حدود ۱۹ تا ۷۰ درصد عنوان شده است. شیوع بیماری‌های همراه اختلال استرس پس از سانحه زیاد است، به گونه‌ای که حدود دو سوم این بیماران به دو اختلال دیگر نیز به صورت همزمان مبتلا هستند. بیماری‌های شایع همراه عبارتند از اختلال افسردگی، اختلال مرتبط با مواد، سایر اختلالات اضطرابی و اختلالات دو قطبی (۶). آمار موجود نشان داده‌است که این بیماری علاوه بر آنکه فرد را مبتلا می‌سازد، سبب ناراحتی و تحمیل بار روانی و حتی مالی عمده‌ای بر روی خانواده‌های این افراد و اجتماع می‌شود (۸ و ۹). میزان شیوع طلاق در مبتلایان به PTSD دو برابر افراد غیر مبتلا است (۷).

با توجه به مشکلات عدیده ناشی از تظاهرات پرخاشگرانه مبتلایان به اختلالات روانپزشکی از نظر اجتماعی در سطح خانواده و جامعه، همچنین تحمیل هزینه‌های بستری، درمان و مراقبت‌های بالینی این بیماران، شناخت افراد پرخاشگر و بررسی علل و عوامل زمینه ساز ایجاد این رفتارها ضرورت دارد. نظر به اینکه بخش عمده‌ای از رفتارهای پرخاشگرانه، زمینه‌های روان شناختی دارد و در صورت شناسایی و درمان این علل می‌توان در جهت کاهش پرخاشگری اقدام کرد، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین شدت اختلال استرس پس از سانحه و رفتارهای پرخاشگرانه در بین جمعیت مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان بقیه الله تهران انجام شده است.

### مواد و روش‌ها

این سن تحقیق مشاهده‌ای - تحلیلی بر روی بیمارانی که طی سال ۱۳۸۴ به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان بقیه الله تهران مراجعه کرده و برای آنها بر اساس معیارهای DSM-IV-TR تشخیص اختلال استرس پس از سانحه مطرح شده بود، انجام گرفت. پس از آن که بیمار مبتلا به این بیماری شناخته می‌شد، دو پرسشنامه در اختیار وی قرار می‌گرفت. پرسشنامه اول حاوی اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش‌هایی در مورد رفتارهای پرخاشگرانه شامل ۷ سؤال هریک با ۵ گزینه بود. این گزینه‌ها شدت رفتار پرخاشگرانه را براساس دفعات تکرار آن در واحد زمان نشان می‌دادند. پرسشنامه که توسط

## بحث

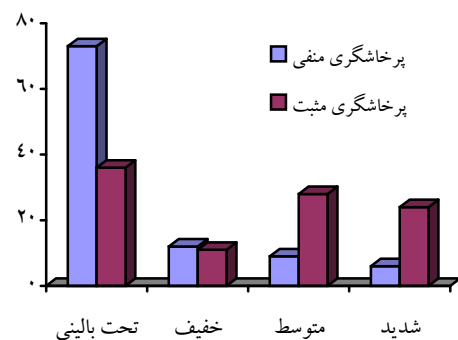
با ظهور تمدن صنعتی به تدریج مناسبات جامعه سنتی و اخلاق فرو می‌ریزد و در فاصله میان وضع پیشین تا رسیدن به وضع جدید که نظم نوین صنعتی استقرار می‌یابد جامعه دچار بی‌هنجاری می‌شود (۱۳). هنجارهای سنتی متزلزل شده و یا از میان رفته‌اند اما اخلاق و نظم و هنجارهای تازه‌ای جایگزین آن نشده است. در این وضعیت آنومیک آمار خشونت و قتل و خودکشی سیر صعودی می‌یابد (۱۴). تبیین جامعه‌شناختی موضوع این است که کثرت خشونت‌ها و آزارها ناشی از افزایش فروپاشی در ارزش‌ها و بی‌هنجاری یا به اصطلاح جامعه‌شناسان حالت آنومیک است (۱۵). هنگامی که جامعه دچار بحران ارزشی و هنجاری شود افراد آن گرفتار بحران هویت نیز می‌شوند و "خود" را گم یا فراموش می‌کنند. فرد تعادل عقلی و روانی و ثبات شخصیتی اش آسیب می‌بیند. نظریه ناکامی - پرخاشگری رایج‌ترین تئوری در روانشناسی برای تبیین رفتارهای خشونت آمیز است (۱۶).

عوامل متعددی در هم تنیده می‌شوند و خشونت را به وجود می‌آورند که از آن جمله می‌توان به محرومیت، طرد، فقر، مورد خشونت دیگران قرار گرفتن، آزار بدنی، جنسی یا عاطفی و شاهد اعمال خشونت آمیز اعضای خانواده بودن اشاره کرد. بر این اساس شاید بتوان نتایج مطالعه حاضر را چنین تفسیر کرد که افراد دچار PTSD نیز به نوعی شاهد یک یا چند عامل خشونت بار از سوی دیگران بوده‌اند که در بالا به عنوان یکی از دلایل خشونت ذکر شد و لذا انتظار می‌رود همانگونه که شدت بیماری و تأثیر ناشی از یادآوری آن بیشتر می‌شود، خشونت فرد نیز افزایش یابد که ارتباط آماری معنی دار بین شدت بیماری و وجود خشونت مؤید همین مطلب است. همانطور که مشاهده شد تقریباً از هر ۴ بیمار پرخاشگر دچار PTSD، یک نفر به شکل شدید بیماری مبتلا بوده است و در عوض از هر ۴ بیمار غیر پرخاشگر ۳ نفر به شکل تحت بالینی بیماری مبتلا هستند.

ارتباط مسایلی مانند نوع استرس و شدت PTSD پیش از این مورد بررسی قرار گرفته و به تأیید رسیده است. استین و همکاران در مطالعه‌ای چنین عنوان کرده‌اند که زنانی که سابقه تجاوز جنسی در دوران کودکی داشته‌اند نسبت به آن گروه از زنانی که توسط شوهران خود مورد آزار و تحت استرس قرار می‌گیرند شدت بالاتری از PTSD دارند (۱۸). در مطالعه‌ای که به صورت مشابه بر روی سربازان حاضر در جنگ ویتنام انجام شده است ارتباط آماری معنی داری را بین خشونت و شدت PTSD یافتند (۱۹). در مطالعه

زیر (۱۴) مشخص شد که ۸۷ بیمار (۷۲/۵٪) پرخاشگر هستند و ۳۳ نفر (۲۷/۵٪) پرخاشگر نیستند. شصت و هشت نفر (۷۸/۲٪) از بیماران پرخاشگر را مردان و ۱۹ نفر (۲۱/۸٪) را زنان تشکیل می‌دادند (غیر معنی دار). میانگین سنی افراد پرخاشگر،  $36.8 \pm 9.4$  و افراد غیر پرخاشگر  $33.3 \pm 11.4$  سال بود (غیر معنی دار). افراد با سطح تحصیلات دیپلم و بالای دیپلم، بیشترین گروه (هر یک ۳۶/۴٪) را در میان بیمارانی که پرخاشگری نداشتند، تشکیل می‌دادند و در سوی مقابل، افراد زیر دیپلم بیشترین گروه (۳۵/۶٪) بیماران پرخاشگر را شامل می‌شدند (غیر معنی دار). دو گروه بیماران پرخاشگر و غیر پرخاشگر از لحاظ عوامل جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت و سطح تحصیلات هیچ تفاوتی با یکدیگر نداشتند.

میانگین نمره کل شدت PTSD،  $20.4 \pm 21.5$  بود که این میانگین در مورد افکار مزاحم  $21.1 \pm 12.8$  و در مورد سؤالات مربوط به پرهیز  $8.3 \pm 10.3$  امتیاز بود. در تقسیم‌بندی انجام شده، ۵۵ نفر (۴۵/۸٪) از نظر شدت بیماری در گروه تحت بالینی، ۱۴ بیمار (۱۱/۷٪) در گروه خفیف، ۲۸ نفر (۲۳/۳٪) در گروه متوسط و ۲۳ بیمار (۱۹/۲٪) در گروه شدید قرار گرفتند. توزیع فراوانی هر یک از این چهار گروه در بیماران با یا بدون پرخاشگری بدین ترتیب بود که ۲۴ نفر (۷۲/۷٪) از کسانی که پرخاشگری نداشتند، در گروه تحت بالینی حضور داشتند. در مقابل تنها ۳۱ نفر (۳۵/۶٪) از بیماران دچار پرخاشگری در گروه تحت بالینی قرار می‌گرفتند (نک به نمودار). از سوی دیگر، ۲۱ بیمار (۲۴/۱٪) از گروه پرخاشگر دارای درجه شدید بیماری بودند، در حالی که تنها ۲ نفر (۶/۱٪) از گروهی که پرخاشگری نداشتند، به درجه شدید PTSD مبتلا بودند ( $P=0.001$ ).



نمودار توزیع فراوانی شدت بیماری PTSD بر اساس وجود یا عدم وجود پرخاشگری

استرس پس از سانحه نسبت به افراد با سطح تحصیلات پایین و بی سواد می‌شوند.

نکته قابل انتظار موجود در این مطالعه شیوع بالای پرخاشگری در مردان در مقایسه با زنان بود. این مسأله را می‌توان بدین صورت تبیین کرد که نحوه توزیع جنسی پرخاشگری به عوامل هورمونی و نقش احتمالی هورمونهای جنسی و حتی عواملی مانند واکنش دهنده‌های فاز حاد مانند CRP در PTSD و پرخاشگری برمی‌گردد (۲۱).

در مجموع می‌توان چنین عنوان کرد که با استفاده از درمان صحیح و بموقع اختلال استرس پس از سانحه می‌توان علاوه بر جلوگیری از پیشرفت آن، در مورد خشونت نیز پیشگیری به عمل آورد. این امر به منزله نوعی پیشگیری ثانویه در قالب یک پیشگیری اولیه است که از اهمیت بیشتری نسبت به درمان برخوردار است و حتی می‌تواند سبب کاهش میزان شیوع اختلالات روانپزشکی همراه با PTSD مانند افسردگی شود (۲۲).

دیگری بیرن و ریگز گزارش کردند که ۴۲ درصد از افراد دچار PTSD دچار خشونت فیزیکی بوده‌اند و ۹۲ درصد از آنها خشونت لفظی دارند (۲۰).

میانگین سنی افراد پرخاشگر در این مطالعه ۳۶/۸ سال بوده است که می‌تواند زنگ خطری برای جامعه باشد. این مسأله نشان می‌دهد که افراد پرخاشگر، علاوه بر اینکه توانایی پرخاشگری لفظی دارند، با توجه به سن و سال خود و نیروی جسمانی موجود توانایی بالقوه بالایی را برای خشونت جسمی خواهند داشت.

اگر چه، افراد پرخاشگر به طور تقریباً مساوی بین سه گروه با سواد زیر دیپلم، دیپلم و بالای دیپلم پخش شده بودند، تعداد کمی از افرادی که PTSD داشتند، بی‌سواد بودند. شاید نتوان علت دقیقی برای شیوع بیشتر PTSD در بین افراد تحصیل کرده پیدا کرد ولی محتمل‌ترین توجیه موجود این است که هر چه افراد تحصیلات بالاتری داشته باشند، بیشتر عهده دار مشاغل و مسؤولیت‌های مهم و سرنوشت ساز می‌شوند و در نتیجه در مواجهه بیشتری با استرس و اضطراب قرار می‌گیرند و نهایتاً متحمل موارد بیشتری از اختلالات

## REFERENCES

1. Bland R, Orn H. Family violence and psychiatric disorder. *Can J Psychiatry*. 1986 Mar; 31(2): 129-37.
2. Bland RC, Orn H. Psychiatric disorders, spouse abuse and child abuse. *Acta Psychiatr Belg*. 1986 Jul-Aug; 86(4): 444-9.
3. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*. 1998 Feb; 155(2): 226-31.
4. Gibbons P, Gannon M, Wrigley M. A study of aggression among referrals to a community-based psychiatry of old age service. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997 Mar; 12(3): 384-8.
5. Martenyi F. Posttraumatic stress disorder (PTSD). *Orv Hetil*. 2004 Nov 14; 145(46): 2315-22.
6. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust NZ J Psychiatry*. 2000 Dec; 34(6): 967-74.
7. Kulka RA. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner/Mazel. 1990; pp: 573-7.
8. Calhoun PS, Beckham JC, Bosworth HB. Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J Traumatic Stress* 2002; 15: 205-212.
9. Jordan BK, Marmar CB, Fairbank JA, Schlenger WE, Kulka RA, Hough RL, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult and Clin Psychol*. 1992; 60: 916-926.
10. Horowitz M, Wilner M, Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*. 1972; 41: 209-218.
11. Corcoran K, Fischer J. Measures for clinical practice. A Sourcebook 3rd ed. New York: The Free Press, 1994; pp: 105-7.
12. Weiss D, Marmar C. The Impact of Event Scale - Revised. In: Wilson J, Keane T (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford 1997; pp: 399-411.

13. Oulis P, Lykouras L, Dascalopoulou E, Psarros C. Aggression among psychiatric inpatients in Greece. *Psychopathol.* 1996; 29(3):174 -80.
14. Casada JH, Roache JD. Behavioral inhibition and activation in posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2005 Feb; 193(2): 102-9.
15. Cheung P, Schweitzer I, Tuckwell V, Crowley KC. A prospective study of aggression among psychiatric patients in rehabilitation wards. *Aust NZ J Psychiatry.* 1996 Apr; 30(2): 257-62.
۱۶. باقی عمادالدین. گونه شناسی حقوق پایمال شده کودکان در ایران. فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی. بهار ۱۳۸۴: شماره ۱۶، صفحات ۴ تا ۹.
17. Snow BR, Stellman JM, Stellman SD, Sommer JF. Post-traumatic stress disorder among American Legionnaires in relation to combat experience in Vietnam: associated and contributing factors. *Environ Res.* 1988 Dec; 47(2): 175-92.
18. Astin MC, Ogland-Hand SM, Coleman EM, Foy DS. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women. *J Consult Clin Psychol.* 1995 Apr; 63(2): 308-12.
19. Beckham JC, Feldman ME, Kirby AC, Hertzberg MA, Moore SD. Interpersonal violence and its correlates in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol.* 1997 Dec; 53(8): 859-69.
20. Byrne CA, Riggs DS. The cycle of trauma: Relationship of aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims,* 1996; 11: 213-225.
21. Sondergaard HP, Hansson LO, Theorell T. The inflammatory markers C-reactive protein and serum amyloid A in refugees with and without posttraumatic stress disorder. *Clin Chim Acta.* 2004 Apr; 342(1-2): 93-8.
22. Nixon RD, Resick PA, Nishith P. An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *J Affect Disord.* 2004 Oct; 82(2): 315-20.