

روابط علی نگرانی و حمله نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش نگرانی در تعامل با متغیرهای نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی (SSPA)، افکار فاجعه‌ساز با واسطه‌گری سندرم شناختی توجیهی (CAS)، یادآوری ضربه‌ی روانی و تحریک‌پذیری در تداوم و وخامت اختلال استرس پس از سانحه بود. روش: این پژوهش روی نمونه‌ای از زنان و مردان مبتلا به PTSD صورت گرفت. ۱۸۱ نفر (۱۱۲ مرد و ۶۹ زن) با نمونه‌گیری در دسترس از طریق مصاحبه‌ی ساختاریافته بر اساس DSM-IV-TR برای PTSD انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی تشخیصی بر اساس DSM-IV-TR برای PTSD، مقیاس CAS-1، مقیاس شدت نگرانی، مقیاس افکار فاجعه‌ساز، مقیاس نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی، مقیاس یادآوری ضربه‌ی، مقیاس تحریک‌پذیری و مقیاس تجدیدنظر شده‌ی تأثیر رویداد (IES-R) جمع‌آوری و با روش‌های آماری تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که متغیرهای SSPA و افکار فاجعه‌ساز به واسطه‌ی مؤلفه‌های CAS، یادآوری ضربه‌ی روانی و تحریک‌پذیری در رابطه‌ی بین نگرانی و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به طور متوسط واسطه شده‌اند. نتیجه‌گیری: نگرانی با فعال‌سازی شبکه‌ی ترس در افراد مبتلا به PTSD موجب تداوم و وخامت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در این افراد می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌کنند که تمرکز بر نگرانی به‌عنوان مفهومی فراتشخیصی در مداخله‌های مربوط به PTSD می‌تواند اثر افزایش‌دهنده‌ی بر بهبود ناشی از درمان داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: نگرانی، حمله‌ی نگرانی، اختلال استرس پس از سانحه

نعمت اله سنایی نسب

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی،

دانشگاه خوارزمی

علیرضا مرادی*

دکتری روان‌شناسی بالینی، استاد گروه

روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی، پژوهشگاه

علوم شناختی

جعفر حسنی

دانشیار دانشگاه خوارزمی

*نشانی تماس: گروه روان‌شناسی دانشگاه

خوارزمی

رایانامه: moradi90@yahoo.com

Casual relations between worry, worry attacks among patients with PTSD

Introduction: This research investigates the role of anxiety in posttraumatic stress disorder (PTSD). To explore how worsens PTSD, we examine a path model of anxiety to see whether certain key variables (e.g. SSPA, Catastrophic thoughts, CAS, trauma recall, irritability) mediate the relationship between anxiety and PTSD. **Method:** The research was carried out on a sample of men and women with PTSD. 181 patients (112 males, 69 females) were selected by convenience sampling through a Diagnostic Structured Interview based on the DSM-IV-TR for PTSD. Data were collected using a CAS questionnaire, anxiety scale, catastrophizing thoughts scale, the scale of the Somatic symptoms of panic attack, trauma recall scale, irritability scale and revised scale of the impact of the event (IES-R) and obtained data were analyzed using the statistical methods of path analysis and structural equation modeling. **Results:** Result showed that Cognitive-attentional syndrome, trauma recall and irritability were mediated to some extent between anxiety, Somatic symptoms of panic attack and Catastrophic cognitions and posttraumatic stress disorder. **Conclusion:** The findings suggest that focused on worry as a transdiagnostic concept can enhance the effect of the treatment.

Keywords: worry, SSPA, Catastrophic thoughts, CAS, trauma recall, irritability

Nematollah Sanaenasab

MSc Student of kharazmi university in clinical psychology

Alireza Moradi*

Professor of kharazmi university in Clinical Psychology

Jaafar Hasani

Associate Professor of kharazmi university in clinical psychology

*Corresponding Author:

Email: moradi90@yahoo.com

مقدمه

تکراری و در ارتباط با موضوعات مختلف استفاده شود، یک فرایند نزولی^۳ ارادی، تبدیل به فرایندی صعودی^۴ و کنترل ناپذیر در نظام شناختی می شود (۸) که به جای تمرکز بر حل مسأله‌ی موقعیت‌های پیش‌رو، آنها را به صورت حوادثی تهدیدآمیز تلقی کرده و به نوبه‌ی خود باعث هدر رفتن منابع کنترل توجهی و تخصیص آنها به محتوای نگرانی می شود. در چنین شرایطی، موقعیت‌ها نه یک مسأله‌ی حل شدنی، بلکه نوعی تهدید تلقی می شوند. اصرار بر استفاده‌ی مستمر از نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، در نهایت موجب شکل‌گیری سندرم شناختی توجهی^۵ (CAS) خواهد شد (۹). این سندرم به کنترل- ناپذیری و آسیب‌زا بودن نگرانی منجر می شود و اگر فرد بر این باور باشد که برای رویارویی با درخواست‌های چالش‌برانگیز بیرونی منابع کافی در اختیار ندارد، ارزیابی عوامل استرس‌زا باعث تشدید تهدید شده و برانگیختگی و احساس تحریک‌پذیری را افزایش می دهد (۱۰، ۱۱).

مدل اجتنابی نگرانی اظهار می دارد که نگرانی، فرایندی زبانی، کلامی و تفکرمحور است (۳) که از تصویر ذهنی زنده، که با برانگیختگی هیجانی و جسمانی همراه است، بازداری می کند. بازداری از تجارب جسمانی و هیجانی مانع پردازش هیجانی ترس، که به لحاظ نظری به بازداری موفقیت‌آمیز و خاموشی نیاز دارد، می شود (۱۲). لذا، نگرانی در کوتاه‌مدت در ارتباط با بیش برانگیختگی و نشانه‌های جسمانی (تپش قلب، سرگیجه، تنگی نفس و درد قفسه‌ی سینه) نقش کاهنده و در درازمدت به دلیل کنترل ناپذیر بودن نقش فزاینده خواهد داشت (۱۳). بنابراین نگرانی در تعامل با نشانه‌های جسمانی به تقویت نشانه‌ها منجر می شود که این به نوبه‌ی خود از یک طرف با فعال‌سازی سندرم شناختی توجهی و از طرف دیگر با تحریک تصاویر ذهنی مربوط به خاطره‌ی رویداد

در دنیای پیچیده‌ی امروز، ضربه‌ی روانی بخشی از شرایط مشکل‌آفرین و بعضاً اصلاح‌ناپذیر همه‌ی انسان‌ها شده است. ضربه‌ی روانی تحت تأثیر آسیب‌پذیری‌های زیستی و روان‌شناختی (۱) می تواند تبدیل به مجموعه‌ای از نشانه‌های مشخص شود که اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۱ نام دارد. اختلالی که با سه دسته نشانه‌ی اصلی در پاسخ به یک حادثه‌ی آسیب‌زای روانی شکل می گیرد؛ تجربه‌ی مجدد حوادث حادثه‌ی آسیب‌زا، اجتناب از محرک‌های همانند با ضربه‌ی روانی و افزایش برانگیختگی و اضطراب در مواجهه با یادیارهای ضربه‌ی روانی.

همان‌گونه که ذکر شد یکی از ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه، شناخت‌واره‌های سوگیرانه، منفی و در جامانده در سطوح مختلف پردازش شناختی است (۲). نگرانی به عنوان سبکی از اجتناب شناختی (۳) به طور ویژه در اختلالات اضطرابی نقش محوری دارد (۴)، اگرچه یکی از جنبه‌های کمتر پرداخته شده در آسیب‌شناسی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه است. پژوهش‌هایی که به نقش تداوم‌بخش نگرانی در اختلال استرس پس از سانحه پرداخته‌اند، به وضوح نشان داده‌اند که نگرانی نه فقط به عنوان بخشی از نشانه‌شناسی، بلکه بر نگهداری و تداوم این اختلال اثرگذار است (۵). در نظر گرفتن نقش اساسی نگرانی در فراخوانی شبکه‌ی ترس (۶) مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه، با القای نشانه‌های جسمانی حمله‌های وحشت‌زدگی^۲ (SSPA) و افکار فاجعه‌ساز (۷) می تواند راه‌گشای متخصصان در ارتباط با علل تداوم‌بخش این اختلال و نیز درمان آن باشد.

بر اساس دیدگاه بارلو (۱)، وقتی اضطراب مزمن شود، تلاش برای مقابله با هیجان منفی و بر انگیزاننده‌های آن باعث می شود از درون فرایند اضطراب یک یا دو پی‌آمد غالب به وجود آید. نخست اجتناب از بافت موقعیت یا عواطف منفی همراه آن و دوم نگرانی به عنوان یک فرایند کلامی- زبانی. اگر از نگرانی به صورت در جامانده و

1- Posttraumatic stress disorder

2- Somatic symptoms of panic attack

3- Top-Down

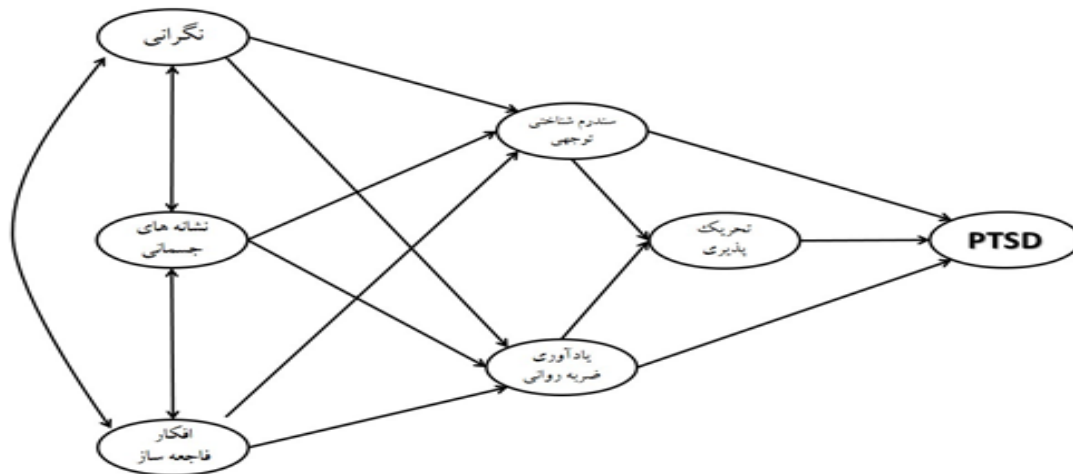
4- Bottom-Up

5- Cognitive-attentional syndrome

اختلال استرس پس از سانحه می‌انجامد. این توضیح لازم است که فرض مدل پیشنهادی پژوهش حاضر این است که تأثیرات متقابل نگرانی، نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی (۱۴، ۱۵) و افکار فاجعه‌ساز به‌عنوان متغیرهای برون‌زاد به وسیله‌ی سندرم شناختی توجهی (۱۵) و یادآوری ضربه‌ی روانی موجب برافراشتگی متغیر تحریک‌پذیری شده که این حالت هیجانی منفی می‌تواند به وخامت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه منجر شود.

آسیب‌زا، موجب فراخوانی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌شود. در همین راستا و از مسیر دیگری، نگرانی مرضی و کنترل‌ناپذیر موجب فعال‌سازی و تداوم افکار فاجعه‌سازی می‌شود که از یک‌طرف بر بی‌کفایتی فردی در مدیریت هیجان‌ها و نشانه‌های جسمانی و از طرف دیگر بر خطرناک بودن جهان متمرکز است که از یک مسیر موجب فعال‌سازی سندرم شناختی توجهی می‌شود و از مسیر دیگر با فعال‌سازی تصاویر ذهنی مربوط به خاطره‌ی رویداد آسیب‌زا به تداوم نشانه‌های

شکل ۱- مدل فرضی چگونگی تأثیر نگرانی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، در تعامل با نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی و افکار فاجعه‌ساز



تداوم نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه را مرکز توجه خود قرار داده است. در ادبیات تحقیق، از نگرانی و نشخوار ذهنی به‌عنوان دو سبک تفکر منفی در جامانده یاد می‌شود (۱۸). با توجه به اینکه اختلال استرس پس از سانحه در تازه‌ترین نسخه‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱۹) به‌عنوان طبقه‌ی تشخیصی جداگانه با نشانه‌های مرضی مجزا گسترش یافته است، تأکید چشم‌گیر بر عواملی همچون تغییرات خلقی و شناخت‌واره‌های تحریف‌شده در سبب‌شناسی و تداوم اختلال استرس پس از سانحه، مؤید غلبه‌ی مؤلفه‌های پردازش شناختی بر ادبیات تحقیق و نیز نقش کلیدی آنها در این اختلال است. از آنجا که تأکید و توجه نسبتاً کمی بر نحوه‌ی اثر این فرایندهای شناختی (از جمله نگرانی و افکار فاجعه‌ساز)

در پایان باید گفت که پژوهش‌های زیادی، نقش متغیرهای سهم در شروع، تداوم و وخامت اختلال استرس پس از سانحه را مورد ارزیابی و سنجش قرار داده‌اند. علی‌رغم وجود چنین تحقیقاتی در دهه‌های گذشته، هم‌چنان پرداختن به علل (شناختی و فراشناختی) تداوم و وخامت نشانه‌های این اختلال اهمیت زیادی دارد. از طرفی مرور ادبیات تحقیق در این زمینه نشان می‌دهد که به‌طور کلی تمرکز اصلی موضوعات پژوهش بر مؤلفه‌های گذشته‌نگر بوده است، در صورتی که بر اساس شواهد موجود (۱۶، ۱۷) متغیر آینده‌نگری همچون نگرانی از طریق الگوهایی خاص می‌تواند سهم ویژه‌ای در تداوم و وخامت این اختلال داشته باشند. بر این اساس، پژوهش حاضر به سنجش و ارزیابی مدلی پرداخته است که رابطه‌ی بین نگرانی، حمله‌ی نگرانی و

تکمیل کنند. از آنجا که در متون مربوط به معادلات ساختاری (۲۰) پیشنهاد شده که برای هر مسیر شرکت ۱۵ آزمودنی لازم است، لذا حجم نمونه ۱۸۱ نفر در نظر گرفته شد. در این مطالعه ابزارهای زیر به کاررفته است: **مصاحبه‌ی ساختاریافته (SCID):** مصاحبه‌ای است نیمه ساختاریافته که بر اساس DSM-IV، تشخیص‌هایی را فراهم می‌کند. در بررسی پایایی به روش آزمون-بازآزمون، توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب و کاپای به دست آمده بیشتر از ۰/۶ و توافق کلی یا کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ بود. پایایی به دست آمده به وسیله‌ی تهیه‌کنندگان این ابزار ۰/۶۱ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ و در نسخه‌ی اصلی ۰/۶۸ به دست آمده است. بیشتر مصاحبه‌کنندگان و مصاحبه‌شوندگان قابلیت اجرای نسخه‌ی فارسی مصاحبه‌ی ساختاریافته را مطلوب گزارش کردند (۲۱). ضریب پایایی آزمون-بازآزمون نسخه‌ی فارسی مصاحبه‌ی ساختاریافته (II) به فاصله‌ی یک هفته ۰/۸۷ گزارش شد.

مقیاس تجدیدنظر شده‌ی تأثیر رویداد (IES): این مقیاس را دانیل وایس^۲ و چارلز مارمر^۳ در سال ۱۹۹۷، هماهنگ با ملاک‌های DSM-IV و برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه تدوین کردند. این مقیاس شامل ۲۲ ماده است. از این ۷ ماده، ۶ مورد آن علایم بیش‌انگیزختگی (مثل خشم، تحریک‌پذیری، پاسخ شدید به محرک‌های غیرمنتظره، مشکل در تمرکز، گوش‌به‌زنگ بودن) را در برمی‌گیرد آیتم جدید افکار ناخواسته که تجربه‌ی مجدد شبه‌گسستگی در زمان وقوع واپس‌رانی واقعی را می‌سنجد. خرده‌مقیاس بیش‌انگیزختگی، مقیاس جدید افکار ناخواسته و اجتناب، با ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه در DSM-IV مطابقت دارند. آزمودنی‌ها می‌بایست هر ماده را در مقیاس صفر

در ارتباط با دیگر متغیرهای درگیر در اختلال استرس پس از سانحه شده است، لذا پرداختن به این متغیرها حائز اهمیت ویژه‌ای است (۱۷).

روش

روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی است و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر و تحلیل «مدل‌یابی معادلات ساختاری» استفاده شده است که به موجب آن، روابط علی متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار لیزرل^۱ استفاده شد. جامعه‌ی پژوهش حاضر را افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در تهران، کرج و دزفول تشکیل می‌دادند. به‌طورکلی، شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر در چهار طبقه قرار می‌گرفتند: افراد دارای تجربه‌ی شرکت در جنگ هشت‌ساله‌ی ایران و عراق (جانبازان یا اسرای جنگی)، افراد دارای تجربه‌ی حادثه‌ی آسیب‌زای ناشی از بیماری جسمانی (بیماران سرطانی)، افراد دارای تجربه‌ی آسیب‌زا (تصادف با ماشین و موتورسیکلت) و کسانی که آسیب‌های شغلی را تجربه کرده بودند. مجموع بیماران ۱۸۱ نفر (۱۱۲ نفر مرد و ۶۹ نفر زن) و دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان ۲۰ تا ۳۵ (۶۱ نفر)، ۳۵ تا ۵۰ (۸۴ نفر) و ۵۰ تا ۶۵ و بیشتر (۳۵ نفر) بود.

بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس، با مراجعه به تعدادی از بیمارستان‌ها و کلینیک‌های شهرهای تهران (طالقانی، شهید صدر، امام خمینی، سینا)، دزفول (بیمارستان دکتر گنجویان) و نیز مصاحبه با جانبازان و اسرای جنگ هشت‌ساله، پس از ارائه‌ی توضیحی مختصر در مورد اهداف پژوهش، مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته بر اساس DSM-IV-TR انجام شد و افراد واجد ملاک‌های اختلال استرس پس از سانحه غربال شدند. در ادامه از آنها خواسته شد که پرسش‌نامه‌های سندرم شناختی توجهی، مقیاس‌های نگرانی، افکار فاجعه‌ساز، نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی، یادآوری ضربه‌ی روانی، تحریک‌پذیری و مقیاس تجدیدنظر شده‌ی تأثیر رویداد (IES-R) را

1- Lisrel

2- Daniel, S. Weiss

3- Charles, R. Marmar

باعث القای این نشانه‌ها در آنها شده یا نه؟» و سپس از آنها خواسته می‌شود تعیین کنند کدام یک از این نشانه‌ها ظاهر شده‌اند. هیتون و همکاران (۳) دریافتند که پایایی ارزیاب مقیاس $I=0/88$ و آزمون بازآزمون (برای یک هفته) $0/81$ است. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ $0/80$ به دست آمد.

مقیاس تحریک پذیری: برای تعیین میزان تحریک پذیری در یک مقیاس لیکرت صفر (اصلاً) تا پنج (کاملاً) از بیماران پرسیده می‌شود:

س- در یک ماه گذشته احساس می‌کنید چقدر تحریک پذیر بوده‌اید؟ چقدر با این سؤال موافق‌اید؟

ج- در یک ماه گذشته، در برخورد با موقعیت‌های مختلف احساس می‌کردم زود عصبی و خشمگین می‌شوم. صفر تا پنج (صفر= اصلاً تا چهار= کاملاً).

س- با این جمله چقدر موافق‌اید: وقتی نمی‌توانم افکارم را کنترل کنم، سریع عصبانی و خشمگین می‌شوم (صفر= اصلاً تا چهار= کاملاً).

هیتون و همکاران (۳) دریافتند که پایایی ارزیاب مقیاس $I=0/92$ و آزمون بازآزمون (برای یک هفته) $0/85$ است. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ $0/66$ به دست آمد. **مقیاس یادآوری ضربه‌ی روانی:** یادآوری ضربه‌ی روانی با دو روش ارزیابی شد. بیماران در یک مقیاس پنج نقطه‌ای (صفر= اصلاً تا چهار= کاملاً) به این سؤال پاسخ می‌دهند:

س- نگرانی چقدر باعث می‌شود به ضربه‌ی روانی گذشته فکر کنید؟

صراحت یادآوری با مقیاس شدت فلش‌بک از مقیاس اختلال استرس پس از سانحه‌ی بالینگر اجرا شده (که یک مقیاس پنج نقطه‌ای است) ارزیابی خواهد شد: صفر (بدون یادآوری)؛ یک (کم، کمی واقعی‌تر از فکر کردن صرف درباره‌ی حادثه)؛ دو (متوسط، کیفیت تجزیه‌ای واضح اما گذرا)؛ سه (شدید، تجزیه‌ی قوی [گزارش تصاویر، صداها یا بوها] اما بازگشت به میزانی از آگاهی از محیط پیرامون)؛ چهار (تجزیه‌ی کامل و شدید [فلش‌بک]، ناآگاهی از محیط اطراف، ممکن است

(هرگز)، یک (به ندرت)، دو (گاهی)، سه (اغلب) و چهار (به شدت) در هفت روز گذشته علامت‌گذاری کنند. وایس و مارمر (۱۹۹۷) اعلام کردند که طبق یافته‌های آنان، همسانی درونی سه خرده‌مقیاس بسیار زیاد بوده است. ضریب آلفا برای افکار ناخواسته بین $0/87$ تا $0/92$ ، ضریب آلفای اجتناب بین $0/84$ تا $0/86$ و ضریب آلفا برای بیش‌انگیزگی از $0/79$ تا $0/90$ در نوسان بوده است (بریر، ۱۹۹۷). در این پژوهش، میزان آلفای کرونباخ $0/83$ به دست آمد. میزان آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب زیر بود: افکار ناخواسته $0/88$ ، اجتناب $0/91$ و بیش‌انگیزگی $0/84$.

مقیاس سندرم شناختی توجهی (فرااورهای مربوط به نگرانی): برای تعیین میزان کنترل‌ناپذیری نگرانی، مشارکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌ی سندرم شناختی توجهی پاسخ دادند (ولز، ۲۰۰۹). آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه $0/86$ به دست آمد.

مقیاس شدت و موضوع نگرانی: مشارکت‌کنندگان یک مقیاس لیکرت صفر تا چهار را درجه‌بندی می‌کنند: «در یک ماه گذشته چقدر نگران بوده‌اید؟» (صفر= اصلاً و چهار= بسیار زیاد). سپس به منظور استخراج موضوعات نگران‌کننده و اطمینان از اینکه بیمار سؤال را فهمیده از او سؤال می‌شود که «در یک ماه گذشته در مورد چه موضوعاتی نگران بوده‌اید؟». هیتون و همکاران (۳) دریافتند که پایایی ارزیاب $I=0/95$ و آزمون بازآزمون (برای یک هفته) $0/87$ مقیاس عالی است. آلفای کرونباخ برای این پژوهش $0/84$ به دست آمد.

مقیاس نشانه‌های جسمانی حمله‌های وحشت‌زدگی (SSPA): بر اساس DSM-V، شخص باید به عنوان ملاک تشخیص حمله‌ی وحشت‌زدگی چهار نشانه از ۱۰ نشانه‌ی جسمانی زیر را داشته باشد: تپش قلب؛ عرق کردن؛ لرزیدن؛ کوتاه شدن تنفس؛ احساس میخ‌کوب شدن؛ درد یا ناراحتی در قفسه‌ی سینه؛ حالت تهوع یا مشکلات معده؛ سرگیجه یا احساس گیجی؛ کرختی یا احساس خارش و سردشدگی و گرم‌شدگی ناگهانی. از بیماران پرسیده می‌شود که «آیا در یک ماه گذشته نگرانی

نشانه‌ها در شما می‌شود، آیا از این می‌ترسید که خود نگرانی باعث صدمه زدن به بدن شما بشود؟ هیتون و همکاران (۳) دریافتند که پایایی ارزیاب مقیاس $I=0/81$ و آزمون بازآزمون (برای یک هفته) $0/88$ است. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ $0/81$ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار گروه نمونه به ترتیب $41/32$ و $11/11$ بود. $61/9$ درصد از افراد گروه نمونه مرد و $38/1$ درصد زن بودند. جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱- ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱							۱
۲						۱	$0/314^{**}$
۳					۱	$0/158$	$0/158^*$
۴				۱	$0/194^{**}$	$0/527^{**}$	$0/715^{**}$
۵			۱	$0/458^{**}$	$0/261^{**}$	$0/314^{**}$	$0/483^{**}$
۶		۱	$0/304^{**}$	$0/340^{**}$	$0/189^{**}$	$0/308^{**}$	$0/322^{**}$
۷	۱	$0/318^{**}$	$0/158^*$	$0/346^{**}$	$0/199^{**}$	$0/397^{**}$	$0/173^*$

* $p<0/05$ ** $p<0/01$

۱- نگرانی ۲- نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی ۳- افکار فاجعه‌ساز ۴- سندرم شناختی توجهی ۵- یادآوری ضربه‌ی روانی ۶- تحریک‌پذیری ۷- اختلال استرس پس از سانحه

اصلاح شد. شکل ۲، مدل نهایی پس از تغییرات مبتنی بر شاخص‌های لیزرل را نشان می‌دهد. تحلیل مسیر و تحلیل معادلات ساختاری (شکل ۲) نشان داد که نگرانی، نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی و افکار فاجعه‌ساز (به ترتیب با ضرایب تأثیر $0/33$ ، $0/33$ و $0/06$ ؛ $p<0/01$) توانستند سندرم شناختی توجهی را پیش‌بینی کنند. رابطه‌ی بین نگرانی، نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی و افکار فاجعه‌ساز با یادآوری ضربه‌ی روانی به ترتیب با ضرایب تأثیر $0/17$ ، $0/18$ و $0/18$ معنادار بود. از جهت دیگر، سندرم شناختی توجهی توان پیش‌بینی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه

غیر پاسخگو باشد، ممکن است یادزدودگی برای دوره‌ی [بیهوشی] باشد.

هیتون و همکاران (۳) دریافتند که پایایی ارزیاب مقیاس فلش‌بک $I=0/92$ و آزمون بازآزمون (برای یک هفته) $0/85$ است. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ $0/86$ به دست آمد.

مقیاس نگرانی الفاکر (شناخت‌واره‌های) فاجعه‌ساز: برای تعیین شناخت‌واره‌های فاجعه‌ساز، که در یک مقیاس لیکرت صفر تا پنج (صفر = اصلاً تا چهار = کاملاً) از بیماران سؤال می‌شود:

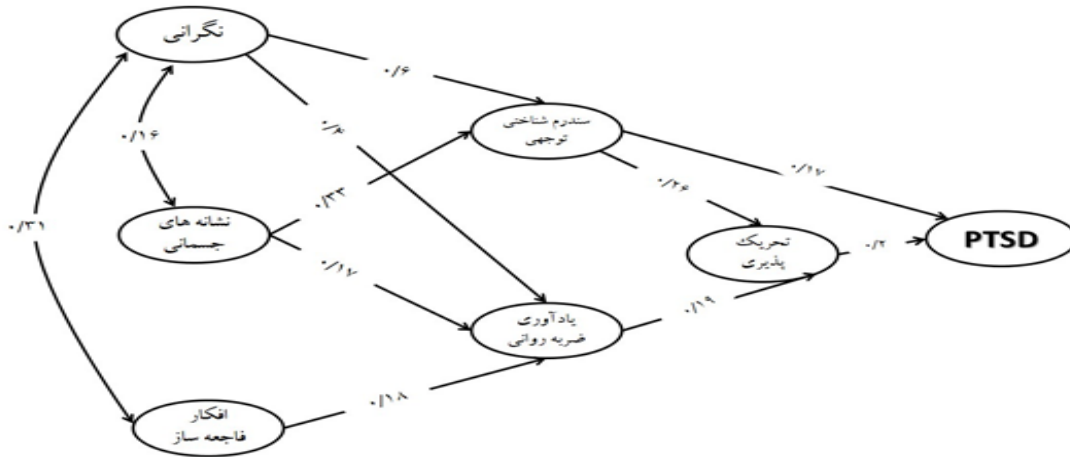
س- وقتی نگران می‌شوید و این نگرانی باعث ظهور

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۱ نشان داده شده است، بین تمام متغیرها (به استثناء رابطه‌ی بین نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی و افکار فاجعه‌ساز، $0/158$) در سطح $0/01$ و $0/05$ رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

در ادامه، برای بررسی میزان برازش مدل استخراج‌شده، از روش تحلیل مسیر و روش تحلیل معادلات ساختاری تعبیه‌شده در نرم‌افزار لیزرل استفاده شد. در گام اول، پس از تنظیم معادلات ساختاری، برازش مدل حاضر بررسی شد. در گام بعدی با توجه به شاخص‌های برازش و اصلاح در برون‌داد نرم‌افزار لیزرل، مدل حاضر

روانی با ضریب تأثیر $\beta = -0/06$ نتوانست نشانه‌های یادآوری ضربه‌ی اما یادآوری ضربه‌ی ($\beta = 0/17, p < 0/05$) را داشت، اختلال استرس پس از سانحه را پیش‌بینی کند.

شکل ۲- مدل نهایی پس از اعمال تغییرات مبتنی بر شاخص‌های لیزرل



وحشت‌زدگی با ضریب تأثیر $\beta = 0/16$ و نیز نگرانی و افکار فاجعه‌ساز با ضریب تأثیر $\beta = 0/31$ در سطح $p < 0/01$ معنادار بود. باین حال رابطه‌ی بین نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی و افکار فاجعه‌ساز با ضریب تأثیر $\beta = 0/11$ معنادار نبود. به‌طورکلی نتایج این تحلیل حاکی از آن بود که برازش نهایی مدل مطلوب است (جدول ۲).

همچنین نتایج نشان داد که سندرم شناختی توجهی و یادآوری ضربه‌ی روانی به ترتیب با ضرایب تأثیر $\beta = 0/26$ و $\beta = 0/19$ در سطح $p < 0/05$ رابطه‌ی معناداری با تحریک‌پذیری دارند. به‌نوبه‌ی خود تحریک‌پذیری ($\beta = 0/2, p < 0/01$) توانست نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه را پیش‌بینی کند. این توضیح لازم است که روابط متقابل نگرانی و نشانه‌های جسمانی حمله‌ی

جدول ۲- شاخص‌های نیکویی برازش مدل اطلاع شده

مقدار	ویژگی‌های برازندگی
0/99	شاخص نیکویی برازش (GFI)
0/92	شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI)
0/99	شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)
0/99	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)
0/96	شاخص نرم نشده‌ی برازندگی (NNFI)
0/06	جذر میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA)
5/47	شاخص مجذور کای (χ^2)

برخوردار است (۲۰). با توجه به مقادیر بدست آمده در ارتباط با این شاخص‌ها می‌توان گفت که برازش مدل خوب است.

چنانچه شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI)، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) و شاخص نرم نشده‌ی برازندگی (NNFI) بیشتر از 0/9 باشد، می‌توان عنوان کرد که مدل از برازش مطلوبی

جدول ۳- ضریب مسیرهای غیرمستقیم و کلی سیستم حمله نگرانی بر اختلال استرس پس از سانحه

از	به	سندرم شناختی توجهی		یادآوری ضربه‌ی روانی		تحریک پذیری	اثر کلی
		ضریب مسیر	سندرم شناختی توجهی	ضریب مسیر	یادآوری ضربه‌ی روانی		
نگرانی	۰/۱۰۲	۰/۱۰۲	عدم معناداری	۰/۰۰۲	عدم معناداری	۰/۱۰۴	
نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی	۰/۰۵	۰/۰۵	عدم معناداری	۰/۰۱	عدم معناداری	۰/۰۶	
افکار فاجعه‌ساز	۰/۰۱	۰/۰۱	عدم معناداری	۰/۰۰۲	عدم معناداری	۰/۰۱۲	
سندرم شناختی توجهی	-	-	-	۰/۰۵۲	۰/۰۵۲	۰/۰۵۲	
یادآوری ضربه‌ی روانی	-	-	-	۰/۰۳۸	۰/۰۳۸	۰/۰۳۸	

تعدادی از مسیرها از معناداری آماری برخوردار نیستند، اما مدل پیشنهادی دارای برازش کافی است؛ به این معنا که به‌طورکلی نگرانی در تعامل با نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی و افکار فاجعه‌ساز، با فعال‌سازی شبکه‌ی ترس موجب القاء، تشدید و تداوم نشانه‌های اختلال استرس‌پس از سانحه می‌شود و نیز به وسیله‌ی سندرم شناختی توجهی، یادآوری ضربه‌ی روانی و تحریک‌پذیری در القای نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی نقش افزاینده دارد.

معمولاً در ادبیات از نگرانی به عنوان سبکی کند و مبتنی بر زمان در نظام پردازش شناختی یاد می‌شود. با این حال، پژوهش حاضر نشان داد که نگرانی در تعامل با متغیرهای خاص و تحت الگویی مشخص می‌تواند به‌سرعت باعث فعال‌سازی شبکه‌های ترس (فیزیولوژیکی، هیجانی و شناختی) شود. به همین جهت در پژوهش حاضر با اقتباس از هیتون و همکاران (۳) از واژه‌ی «حمله‌ی نگرانی» استفاده شد.

بین مسیر نگرانی، سندرم شناختی توجهی و اختلال استرس پس از سانحه رابطه‌ی معناداری به دست آمد. بر اساس دیدگاه بارلو (۲۲)، نگرانی یکی از راهبردهای نهایی فرایند ارزیابی اضطراب‌گونه است. از طرفی اگر نگرانی به‌صورت درج‌مانده و تکراری به‌کار گرفته

در جدول شماره‌ی ۳، ضرایب مسیر مربوط به اثر غیرمستقیم متغیرهای برون‌زاد غیرمجاور بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه شامل نگرانی، نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی، افکار فاجعه‌ساز، یادآوری ضربه‌ی روانی و سندرم شناختی توجهی و ضریب کلی اثر آنها بر این اختلال نشان داده شده است. اثر کلی متغیرهای نگرانی، نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی و افکار فاجعه‌ساز بر اختلال استرس پس از سانحه به ترتیب ۰/۱۰۴، ۰/۰۶ و ۰/۰۱۲ و اثر غیرمستقیم متغیرهای واسطه‌ای سندرم شناختی توجهی و یادآوری ضربه‌ی روانی نیز به ترتیب ۰/۰۳۸ و ۰/۰۵۲ بود. ذکر این نکته حائز اهمیت است که نقش غیرمستقیم متغیر یادآوری ضربه‌ی روانی در پیش‌بینی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه معنادار نبود.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش، نقش پیش‌بین نگرانی در فعال‌سازی شبکه‌ی ترس و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه همراه با تأثیرات تقابلی نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی و افکار فاجعه‌ساز به‌واسطه‌گری سندرم شناختی توجهی، یادآوری ضربه‌ی روانی و تحریک‌پذیری بررسی شد. نتایج نشان داد که اگرچه

پس از سانحه معنادار نبود. در تبیین این یافته باید گفت تشدید افکار فاجعه‌ساز سبب ایجاد نوعی ادراک از کنترل‌ناپذیری زندگی و سرنوشت خود در فرد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌شود، در مقابل، آن بخش از سندرم شناختی توجهی که بر فراپاورهای فرد مبتنی بر سودمندی نگرانی در مواجهه با تهدید متمرکز است، در فرد حسی از کنترل بر موقعیت‌ها ایجاد می‌کند. لذا این دوگانگی در ادراک کنترل می‌تواند موجب عدم معناداری رابطه‌ی افکار فاجعه‌ساز و سندرم شناختی توجهی شود. در مورد مسیر نگرانی، یادآوری ضربه‌ی روانی و اختلال استرس پس از سانحه رابطه‌ی معناداری به دست نیامد. در تبیین این یافته می‌توان به مدل بازنمایی دوگانه (بروین و همکاران، ۱۹۹۶) در ارتباط با پردازش جزئیات ضربه‌ی روانی اولیه اشاره کرد که دو سطح از حافظه را پیشنهاد می‌کند: الف) عناصری از خاطره‌ی ضربه‌ی روانی که به لحاظ «کلامی» در دسترس اند (VAMS)^۱ و به علت ذخیره‌ی هشیارانه، حاوی اطلاعات محدودی هستند. این خاطرات موجب انحراف توجه انتخابی به منابع تهدید و سطوح بالای برانگیختگی می‌شوند. لذا هیجان‌هایی که با خاطرات VAMS همراه هستند شامل «هیجان‌های ثانویه» ای هستند که از طریق ارزیابی شناختی آن حادثه بازتولید می‌شوند (۲۵). ب) خاطراتی که به لحاظ موقعیتی در دسترس هستند (SAMS)^۲. این خاطرات و جزئیات آن ارادی نیستند، ضربه‌ی روانی را در سطوح ادراکی و توجه هشیارانه‌ی پایین‌تری پردازش می‌کنند، تا زمانی که تحریک نشوند ناهشیار باقی می‌مانند و مربوط به نشانه‌هایی همچون رؤیاها و فلش‌بک‌ها هستند (۲۶). به‌طور کلی و با توجه به مطالب بالا، نگرانی به دلیل ماهیت کلامی خود و نیز پردازش در سطح حافظه‌ی VAMS، مانعی برای پردازش هیجانی و بازنمایی کامل صحنه‌های هیجانی پیچیده است (۲۷) و منابع نظام پردازش شناختی - هیجانی را صرف بررسی بخش‌های پیرامونی و جزئیات کلامی خاطره‌ی ضربه‌ی

شود (۳)، به فرایندی صعودی و کنترل‌ناپذیر در نظام شناختی تبدیل می‌شود که منجر به هدر رفتن منابع کنترل توجهی (تمرکز، توجه، فرایندهای حل مسأله، حافظه‌ی کاری کارکردهای اجرایی) و تخصیص آنها به محتوای نگرانی تهدید می‌شود (۹). اصرار بر استفاده‌ی مداوم از نگرانی به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، در نهایت موجب شکل‌گیری سندرم شناختی توجهی خواهد شد. در همین راستا، پژوهش‌های متعدد (۲، ۸، ۲۳) بر نقش سندرم شناختی توجهی در تداوم و وخامت اختلال استرس پس از سانحه تأکید دارند که این با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوان است. رابطه‌ی مسیر نگرانی، سندرم شناختی توجهی، تحریک‌پذیری و اختلال استرس پس از سانحه معنادار بود. این نتایج با نتایج بخشیان، ابوالقاسمی و نریمانی (۲۴) و هیتون، نیکرسون و برایانت (۳) هم‌سوست؛ به این معنا که سندرم شناختی توجهی با فعال‌سازی فراپاورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و آسیب‌زا بودن نگرانی موجب افزایش برانگیختگی فیزولوژیکی - هیجانی شده و در نتیجه با افزایش تحریک‌پذیری، باعث فراخوانی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌شود. از طرفی، نگرانی کنترل‌ناپذیر در درازمدت موجب افزایش نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی می‌شود که در یک چرخه‌ی بازخورد، این نشانه‌های برافراشته موجب تسریع شکل‌گیری سندرم شناختی توجهی شده و بر اثر تشدید فراپاورهای منفی، فراخوانی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه تسهیل می‌شود (مسیر نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی، سندرم شناختی توجهی، اختلال استرس پس از سانحه).

تشدید باورهای فراشناختی فرد مبنی بر آسیب‌زا و خطرناک بودن نشانه‌های جسمانی عارض شده، باعث افزایش برانگیختگی و افراشتگی در حالت تحریک‌پذیری وی می‌شود (معناداری مسیر نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی، سندرم شناختی توجهی، تحریک‌پذیری و اختلال استرس پس از سانحه). در مسیر دیگر، رابطه‌ی افکار فاجعه‌ساز، سندرم شناختی توجهی و اختلال استرس

1- Verbally accessible memory

2- Situationally accessible memory

روانی می‌کند و به همین دلیل موجب می‌شود این بخش از خاطرات نتوانند نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه را فراخوانی کنند (۱۲).

از طرفی بخش‌های از خاطره‌ی روانی که ماهیت تصویری دارند به وسیله‌ی SAMS پردازش می‌شوند که خود موجب بیش برانگیختگی، افزایش پاسخ‌های بدنی و تسهیل پردازش هیجانی می‌شود. در ادامه، یادآوری خاطره‌ی روانی در سطح SAMS می‌تواند موجب افزایش واکنش‌های تحریک‌پذیری، خشم و درنهایت نشانه‌های مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر در ارتباط با معناداری مسیر نگرانی، یادآوری ضربه‌ی روانی، تحریک‌پذیری و اختلال استرس پس از سانحه هم‌خوان است. در همین راستا و در ارتباط با شناخت‌واره‌های فاجعه‌ساز و ضربه‌ی روانی باید اضافه کرد که آن دسته از افکار فاجعه‌ساز که مربوط به رابطه‌ی فرد با جهان اطراف، دیگران و آینده هستند بر بخش یادآوری هشیارانه‌ی ضربه‌ی روانی که مبتنی بر استدلال کلامی است تأکید کرده و بر هیجان‌های ثانویه‌ای متمرکز خواهد بود که مربوط به استنباط فرد از زمان وقوع و بعد از وقوع حادثه‌ی آسیب‌زاست. در نتیجه با پردازش در سطح حافظه‌ی VAMS موجب بازداری مسیر افکار فاجعه‌ساز، ضربه‌ی روانی و اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند (عدم معناداری این مسیر در پژوهش حاضر مؤید این مدعاست).

از سوی دیگر، آن دسته از شناخت‌واره‌های فاجعه‌ساز که مبتنی بر هیجان‌های منفی و واکنش‌های بدنی هستند (مثلاً «من نمی‌توانم از عهده‌ی هیجان‌ها و تغییرات بدنی خودم برآیم»، «بدنم تخریب شده است»)، در سطح حافظه‌ی SAMS پردازش خواهند شد و موجب یادآوری بخش نسبتاً ناهشیارانه‌ی خاطره و مبتنی بر هیجان‌های اولیه‌ی حادثه می‌شوند و این به‌نوبه‌ی خود به برافراشتگی واکنش‌های تحریک‌پذیری و خشم افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌انجامد (۲۸). یافته‌های پژوهش حاضر در ارتباط با مسیر افکار فاجعه‌ساز، ضربه‌ی روانی، تحریک‌پذیری و اختلال استرس پس از سانحه نیز بر این

الگوی پردازش اطلاعات حافظه صحنه می‌گذارند. بین مسیر نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی، ضربه‌ی روانی و اختلال استرس پس از سانحه رابطه‌ی معناداری به‌دست نیامد. این یافته با نتایج تحقیق باهر و همکاران (۹) هم‌سوست. آنها نشان دادند که مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه در صورتی که قبل از به یادآوری ضربه‌ی روانی درگیر فرایند نگرانی شوند، نسبت به موقعیت عدم نگرانی سطح کمتری از اضطراب و حالات هیجانی منفی را تحمل می‌کنند و در نتیجه میزان واکنش‌های جسمانی آنها کاهش می‌یابد. در واقع، نگرانی متمرکز بر حوادث سطحی است که حواس فرد را از فشارهای عمیق ناشی از آشفتگی‌های هیجانی پرت می‌کند (پردازش در سطح VAMS). اما اگر این نشانه‌های جسمانی موجب پردازش اطلاعات مربوط به یادآوری خاطره‌ی روانی در سطح SAMS شوند، به دلیل ارتباط تنگاتنگ این بخش از حافظه با بیش برانگیختگی بدنی و هیجان‌های منفی ناشی از آن، موجب افزایش واکنش‌های تحریک‌پذیری، خشم و خصومت می‌شوند که در نهایت در طول زمان موجی از برافراشتگی در نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه و تداوم اختلال به وجود می‌آید (۲۹، ۳۰). یافته‌های پژوهش حاضر در رابطه با مسیر نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی، ضربه‌ی روانی، تحریک‌پذیری و اختلال استرس پس از سانحه بر این استدلال تأکید دارد.

علیرغم اینکه نتایج پژوهش قابل توجه و ملاحظه می‌باشد، اما به لحاظ ماهیت موضوع و شرایط پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد. نخستین محدودیت روش پژوهش است، زیرا مدل‌سازی، تعمیم یافته‌های پژوهش را با قید و بندهایی مواجه می‌کند. مقطعی بودن طرح پژوهش و استفاده از ابزارهای خودگزارشی که در یک زمان خاص توزیع می‌شوند، نسبت به طرح‌های طولی و با نمونه‌های متمرکزتر و آزمون‌گیری در زمان‌های متفاوت، به خصوص در ارتباط با اختلالات بالینی، می‌تواند هم در نحوه‌ی استخراج و هم تعمیم‌پذیری داده‌ها محدودیت تلقی شود. دوم، نمونه‌ی انتخاب‌شده

تازه‌های علوم شناختی، سال ۱۸، شماره ۴، ۱۳۹۵ [۳۸-۴۹] ۴۷

روانی گذشته را معطوف به آینده (و نه گذشته) در نظر می‌گیرد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و اثر خاص نگرانی بر متغیرهای فیزیولوژیکی، هیجانی و شناختی درگیر در تداوم اختلال استرس پس از سانحه، مد نظر قرار دادن نگرانی به‌عنوان مؤلفه‌ای فراتشخیصی در درمان اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند بر بهبود ناشی از درمان اثر سودمندی داشته باشد. از طرفی، با توجه به نقش نگرانی در شکل‌گیری سندرم شناختی توجهی و ارتباط متقابل آن با نشانه‌های جسمانی حمله‌ی وحشت‌زدگی و افکار فاجعه‌ساز، پیشنهاد می‌شود که در راهنماهای درمانی آینده، نگرانی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان اختلال استرس پس از سانحه مد نظر قرار گیرد تا با کنترل اثر واحد و یگانه‌ی «حمله‌ی نگرانی» در فعال‌سازی ساختار ترس مربوط به حادثه‌ی آسیب‌زا، تداوم و وخامت اختلال کاهش یابد و فرایند بهبود ناشی از درمان تسهیل شود.

در پژوهش حاضر از نوع نمونه‌گیری دردسترس بوده که ممکن است یافته‌های پژوهش را تحت تأثیر قرار داده و نسبت به نمونه‌گیری تصادفی دقت کمتر و تعمیم‌پذیری محدودتری داشته باشد.

با این حال، نتایج پژوهش حاضر ملاحظات بالینی مهمی را مورد تأکید قرار می‌دهد. پژوهش حاضر از معدود پژوهش‌های صورت گرفته در مورد اختلال استرس پس از سانحه است که در ارتباط با نحوه‌ی تداوم این اختلال، تبیینی آینده‌نگر ارائه کرده است (۳). به عبارت دیگر، بر اساس ادبیات پژوهش (۵)، اختلال استرس پس از سانحه اساساً اختلالی گذشته‌نگر است و مجموع نشانه‌های آن در ارتباط با ضربه یا ضربه‌های آسیب‌زای روانی است که در گذشته اتفاق افتاده‌اند و به تبع، تبیین‌های موجود در ارتباط با این نشانه‌ها معطوف به گذشته است (۶). در حالی که فرض پژوهش حاضر عبارت از این است که نگرانی به‌عنوان مؤلفه‌ای معطوف به آینده، از طریق فعال‌سازی شبکه‌ی ترس در تداوم و وخامت اختلال استرس پس از سانحه نقش علی دارد. لذا از این دیدگاه، پژوهش حاضر تبیینی آینده‌نگر از اختلالی ارائه کرده که اساساً گذشته‌نگر است و تداوم و وخامت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در واکنش به ضربه‌ی

دریافت مقاله: ۹۴/۶/۱۰؛ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۲/۱۸

منابع

1. Barlow D. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press; 2002.
2. Kring A, Johnson, S, Davison, GC, Neale, JM. *Abnormal psychology*. John Wiley and Sons; 2009.
3. Behar E, Zullig, AR, Borkovec, TD. Thought and imaginal activity during worry and trauma recall. *Behavior Therapy* 2005;36(2):157-68.
4. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 2006 30;37(3):206-12.
5. Newman MG, Llera, SJ. A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review* 2011;3031(3):371-82.
6. Foa EB, Kozak, MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin* 1986;99(1):20.
7. Hinton DE, Hofmann, SG, Pitman RK, Pollack MH, Barlow DH. The Panic Attack–Posttraumatic Stress Disorder Model: Applicability to Orthostatic Panic Among Cambodian Refugees. *Cognitive behaviour therapy* 2008;37(2):101-16.
8. Hirsch CR, Mathews A. A cognitive model of pathological worry. *Behaviour research and therapy* 2012;50(10):636-46.

9. Wells A. A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1999;6(2):86-95.
10. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences* 2008;44,1172-81.
11. Hinton DE, Rasmussen A, Nou L, Pollack MH, Good MJ. Anger, PTSD, and the nuclear family: a study of Cambodian refugees. *Social Science and Medicine* 2009 Nov 30;69(9):1387-94.
12. Behar E, DiMarco ID, Hekle EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders* 2009;3(8):1011-23.
13. Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG, Carmin, CN. Regulation of emotion in generalized anxiety disorder. *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice* 2004;60-89.
14. Zhang J, Zhu S, Du C, Zhang Y. Posttraumatic stress disorder and somatic symptoms among child and adolescent survivors following the Lushan earthquake in China: A sixmonth longitudinal study. *Journal of psychosomatic research* 2015;79(2):100-6.
15. Vahabzadeh A, Gillespie CF, Ressler KJ. Fear-Related Anxiety Disorders and Post Traumatic Stress Disorder. *Biological Basis of Neurological and Psychiatric Disorders* 2015;37(5):612-620.
16. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York : Guilford Press; 2009.
17. Hinton DE, Nickerson, A, Bryant, R. A. Worry, worry attacks, and PTSD among Cambodian refugees: A path analysis investigation. *Social Science and Medicine* 2011;72(11):1817-25.
18. Querstret D, Copley, M. Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. *Clinical psychology review* 2013;33(8):996-1009.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub; 2013.
20. Kalantari k. *Structural equation modeling in socio-economic research*. Tehran: Publications Consulting Engineers of Tarh and Manzar; 1999.[Persian].
21. Sharifi V, Amini H, Kaviani H, Semnani U, Shaa-bani A, Shahrivar Z, et al. Reliability and applicability of structured diagnostic interviews to Persian version of DSM-IV(SCID). *Advances in Cognitive Science* 2004;10(22):73-77. [Persian].
22. Barlow D. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press; 2002.
23. Roussis A. Psychological factors predicting stress National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 2008;52:1048-60
24. Bakhshian F, Abolghasemi A, Narimani M. Thought Control Strategies in the Patients with Acute Stress Disorder and PTSD. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013;84:929-33.
25. Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review* 2003;23(3):339-76.
26. Bisson JI. Psychological and social theories of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry* 2009;8(1):290-2.
27. Desmedt A, Marighetto A, Piazza P. Abnormal Fear Memory as a Model for Posttraumatic Stress Disorder. *Biological psychiatry* 2015;54:1056_63.
28. Bennett S. A, 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(12):1018-23.
29. McHugh T, Forbes D, Bates G, Hopwood M, Creamer M. Anger in PTSD: is there a need for a concept of PTSD-related posttraumatic anger? *Clinical psychology review* 2012;32(2):93-10.
30. Jobson L, Moradi AR, Rahimi Movaghar V, Conway M, Dalgleish T. *Culture and the Remembering of Trauma Journal of Clinical Psychological Science* 2014;1-18.