

Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy on Emotional Control and Signs of Suicide in Veterans with PTSD

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Ramezani Sh.* MA,
Mohammadi N.¹ MA,
Sadri Damirchi E.¹ PhD,
Rahmani S.² PhD

How to cite this article

Ramezani Sh, Mohammadi N, Sadri Damirchi E, Rahmani S. Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy on Emotional Control and Signs of Suicide in Veterans with PTSD. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2018;10(1):1-7.

*Education Department, Education & Psychology Faculty, Kamyaran Branch, Payam-e-Noor University, Kurdistan, Iran

¹Education Department, Education & Psychology Faculty, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran

²Education Department, Education & Psychology Faculty, University Campus Culture Shahid Modares, Sanandaj, Iran

Correspondence

Address: Sadegh Alley, Shariati Street, Kamyaran City, Kurdistan, Iran. Postal Code: 331657189
Phone: +98 (087) 35528280
Fax: +98 (087) 35524116
avinramezani@yahoo.com

Article History

Received: February 13, 2017
Accepted: September 26, 2017
ePublished: January 11, 2018

ABSTRACT

Aims The existence of eight years of imposed war in Iran has caused a significant group of warriors and veterans to suffer from symptoms of post traumatic stress disorder (PTSD). PTSD is associated at least with signs of another psychiatric disorder. The purpose of this study was to investigate the effect of cognitive-behavioral therapy on emotional control and signs of suicide in veterans with PTSD.

Materials & Methods In this semi-experimental study with pre-test and post-test design with a control group in 2017, 40 veterans with posttraumatic stress disorder hospitalized to Ghods Hospital of Sanandaj city were selected using available sampling. They were randomly assigned into two groups: experimental group (20 veterans) and control group (20 veterans). The data collection tools were Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI) and Emotional Control Questionnaire (ECQ). Patients in the experimental group received cognitive-behavioral therapy for 9 sessions. Data were analyzed by SPSS 16 software using univariate and multivariate covariance analysis.

Findings After modifying the pretest scores, there was a significant difference between experimental and control groups and cognitive-behavioral therapy increased emotional control ($F=25.40$) and its subscales and reduced suicidal ideation ($F=38.19$) and subscales in experimental group ($p=0.001$).

Conclusion Cognitive-behavioral therapy is effective in increasing emotional control and reducing suicidal signs in veterans with posttraumatic stress

Keywords Cognitive-Behavioral Therapy; Emotional Disturbance; Suicidal Ideation; Veterans, PTSD

CITATION LINKS

[1] Diagnostic and statistical manual of mental ... [2] Predictive factors of chronic posttraumatic stress disorder 6 months after ... [3] I and post-traumatic stress ... [4] The study of effective factors on marital adjustment ... [5] Prevalence of Post-Traumatic stress disorder and ... [6] Post-traumatic stress disorder in male chemical ... [7] in-depth look into PTSD-depression comorbidity ... [8] Examining the broader psychosocial effects of mass ... [9] Drinking motives and PTSD-related ... [10] The role of mindfulness as approach-based coping ... [11] PTSD, alcohol dependence, and conduct ... [12] An examination of sleep quality in ... [13] PTSD symptoms and suicide ideation: Testing the ... [14] Deficit in emotional intelligence underlying adolescent ... [15] The role of emotion regulation difficulties ... [16] Single-session emotion regulation skills training ... [17] Beliefs in negative mood regulation and ... [18] Psychiatric mental health ... [19] Suicidal ideation in adolescence an indicator ... [20] A global perspective in the epidemiology ... [21] Co-occurring aggression and suicide ... [22] Suicide risk among 1.3 Million veterans ... [23] Identification and management of suicide ... [24] Cognitive-behavioral intervention effects ... [25] The current state of cognitive therapy ... [26] Cognitive mechanisms of treatment in ... [27] Just showing up is not enough ... [28] The effects of cognitive behavioral therapy ... [29] Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy ... [30] Physiological and behavioral indices of ... [31] Cognitive behavioral and pharmacological ... [32] Changes in the self during cognitive behavioral ... [33] A case study of individually delivered mindfulness-based ... [34] The development of an integrated treatment ... [35] Effectiveness of brief VR treatment for PTSD ... [36] fMRI activation during executive ... [37] Timing matters: change depends on the stage ... [38] Cognitive behavioral therapy ... [39] Changes in threat-related cognitions ... [40] Assessing the reliability and validity ... [41] The relationship between emotional ... [42] The construction and preliminary ... [43] The construction and validation of a new scale ... [44] Comparison of the efficacy of cognitive behavior ...

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کنترل هیجان و افکار خودکشی در جانبازان مبتلا به PTSD

شکوفه رضانی * MA

گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد کامیاران، دانشگاه پیام نور، کامیاران، ایران

نسیم محمدی MA

گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

اسماعیل صدری دمیرچی PhD

گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

سیف‌اله رحمانی PhD

گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان شهید مدرس، سمنجان، ایران

چکیده

اهداف: وجود هشت سال جنگ تحمیلی در ایران موجب شده است گروه قابل توجهی از رزمندگان و جانبازان به علایم اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) دچار شوند. PTSD حداقل با نشانه‌های یک اختلال روانی دیگر همراه است. هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر کنترل هیجان و افکار خودکشی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش کاربردی، با طرح نیمه‌آزمایشی به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۹۶-۱۳۹۵، تعداد ۴۰ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بستری‌شده در بیمارستان قدس شهر سمنجان به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس افکار خودکشی بک و پرسش‌نامه مهار هیجانی بود. بیماران گروه آزمایش به‌مدت ۹ جلسه تحت درمان گروهی شناختی- رفتاری قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها به‌کمک نرم‌افزار SPSS 16 و توسط آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها: پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار بود و درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش کنترل هیجان ($F=25/40$) و زیرمقیاس‌های آن و کاهش افکار خودکشی ($F=38/19$) و زیرمقیاس‌های آن در جانبازان مبتلا به PTSD شد ($p=0/01$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی- رفتاری بر افزایش کنترل هیجان و کاهش علایم افکار خودکشی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه موثر است. **کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی- رفتاری، کنترل هیجان، افکار خودکشی، جانبازان، اختلال استرس پس از سانحه

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۰۴

* نویسنده مسئول: lavinramezani@yahoo.com

مقدمه

نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، تروما و اختلالات مربوط به استرس شامل اختلال دلبستگی و واکنشی، اختلال تعامل اجتماعی بازداری‌شده، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال استرس حاد و اختلالات سازگاری را معرفی می‌کند. ویژگی مشترک تمام این اختلالات، قرارگرفتن در معرض یک رویداد استرس‌زا یا آسیب‌زا است که به‌صراحت به‌عنوان یک معیار تشخیصی ذکر شده است. ویژگی اصلی اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) این است که فرد یک رویداد آسیب‌زا یا استرس‌زا را تجربه می‌کند و به‌دنبال آن دچار آشفتگی می‌شود که بیش از یک ماه ادامه می‌یابد و برخی از نشانه‌های آن عبارتند از: تجربه مجدد مانند خاطرات مزاحم، رویاهای دردناک، واکنش‌های

فصل‌نامه علمی- پژوهشی طب جانباز

تجزیه‌ای، فلش‌بک‌ها، پربشانی شدید و پاسخ فیزیولوژیک به محرک‌های یادآور حادثه است^[1]. این نشانه‌ها باعث اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی و تحصیلی افراد مبتلا به علایم اختلال استرس پس از سانحه می‌شود و زندگی آنها را مختل می‌کند^[2].

شایع‌ترین سن ابتلا به این اختلال اوایل بزرگسالی است. مردان و زنان از نظر نوع آسیب‌پذیری به این اختلال متفاوتند. میزان شیوع در زنان ۱۰٪ تا ۱۲٪ بیشتر از مردان است و در مردان بیشتر مربوط به وقایع جنگی است، در حالی که در زنان مربوط به تجاوز جنسی است^[3]. بالاترین میزان شیوع در نسل‌کشی‌های قومی و سیاسی، نیروهای ارتش، بازماندگان تجاوز و اسیران یافت شده است^[4]. وجود هشت سال جنگ تحمیلی در ایران موجب شده است گروه قابل توجهی از رزمندگان و جانبازان و تعداد کثیری از ساکنان جنوب و غرب کشور به علایم اختلال استرس پس از ضربه دچار شوند^[4]. در مطالعه شفیهی کمال‌آبادی و همکاران نشان داده شد که ۳۹٪ جانبازان شهر تهران علایم استرس پس از ضربه را دارند^[5]. در مطالعه‌ای که توسط محقق مطلق و همکاران انجام گرفت، شیوع اختلال استرس پس از سانحه را در گروه جانبازان شیمیایی و غیرشیمیایی به ترتیب ۴۰٪ و ۲۸/۱٪ اعلام کردند^[6].

مبتلایان به PTSD احتمالاً ۸۰٪ بیشتر از افرادی که نشانه‌های این اختلال را ندارند، نشانه‌هایی را آشکار می‌سازند که معیارهای تشخیصی برای حداقل یک اختلال روانی دیگر را فراهم می‌سازد، مانند اختلالات افسردگی، دوقطبی، اضطرابی و مصرف دارو. این اختلال با سطوح بالای ناتوانی اجتماعی، شغلی و جسمی رابطه دارد و هزینه‌های بالای اقتصادی و امکانات پزشکی را به خود اختصاص می‌دهد^[1]. PTSD در نمونه جانبازان، با روابط اجتماعی و خانوادگی ضعیف، غیبت از کار، درآمد کم و موفقیت‌های شغلی و آموزشی پایین همراه است^[1]. PTSD با افسردگی^[7]، اختلال بلندمدت در عملکرد روانی- اجتماعی^[8]، مصرف الکل^[9]، اختلالات مصرف مواد^[10] و مشکلات رفتاری و بازداری رفتار^[11] رابطه دارد. این اختلال با کاهش کیفیت خواب^[12] و افکار خودکشی^[13] نیز همراه است.

یکی از عوامل خطرآفرین ابتلا به PTSD پس از مواجهه با تروما کاهش کنترل هیجان است. تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مولفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به‌کار برده می‌شود و به توانایی فهم هیجان‌ات و تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ات اشاره دارد. تنظیم هیجان وجه ذاتی گرایش‌های پاسخ‌های هیجانی است^[5]. مولفه‌های تنظیم هیجان را به دو دسته راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تقسیم کرده‌اند. مولفه‌های غیرانطباقی شامل فاجعه‌شماری، خودسرزنش‌گری، نشخوار فکر و سرزنش دیگری و مولفه‌های تمرکز مجدد مثبت، پذیرش و کم‌اهمیت‌شماری به‌عنوان مولفه‌های مقابله‌ای انطباقی طبقه‌بندی می‌شوند. به‌طور کلی، افراد با به‌کارگیری راهبردهای انطباقی در تنظیم خود، با تمرکز بر جنبه‌های خوشایند، عاطفه منفی کمتری را گزارش می‌کنند^[14]. *تول* و همکاران در پژوهشی با بررسی مشکلات تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال PTSD وابسته به کودکانین، نشان دادند که این افراد مشکلاتی در زمینه تنظیم هیجان و رفتارهای تکانشی هنگام اضطراب دارند^[15]. *شانون* و همکاران نیز در پژوهشی نشان داده‌اند که نقص در توانایی تنظیم هیجان، رابط بین علایم PTSD در جانبازان و افراد ضربه تجاوز است^[16]. *دیمارویو* و همکاران در پژوهشی که به بررسی مقایسه‌ای تنظیم هیجان و خلق و خوی منفی در جانبازان مبتلا به PTSD و

وسیع از اختلالات و متغیرهای روانی از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس، PTSD و سایر اختلالات بوده است. مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا به دلیل اثرات وسیع و ویرانگر آن بر کارکردهای روانی و رفتاری از جمله تنظیم هیجان و افکار خودکشی در جانبازان مبتلا به اختلال PTSD تاثیرگذار بوده است که یکی از مسایل عمده سلامت افراد جانباز به حساب می‌آید. بنابراین با توجه به اهمیت این امر، هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر کنترل هیجان و افکار خودکشی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش کاربردی حاضر، با طرح نیمه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۹۶-۱۳۹۵ در بین جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بستری شده در بیمارستان قدس شهر سنجند اجرا شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ نفر انتخاب شده و به‌طور جایگزینی تصادفی، ۲۰ نفر در گروه کنترل و ۲۰ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل داشتن تشخیص اختلال استرس پس از سانحه توسط روان‌پزشک بیمارستان، عدم ابتلا به اختلالات جسمانی و روان‌پزشکی، عدم اعتیاد، حداقل سواد خواندن و نوشتن و همچنین عدم مصرف دارو یا دریافت مداخلات روانی دیگر به‌طور همزمان بود و غیبت بیش از یک‌سوم جلسات درمان، عدم همکاری و انجام‌ندان تکالیف خانگی معیارهای خروج آزمودنی‌ها بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های زیر بود:

۱- مقیاس افکار خودکشی بک: پرسش‌نامه افکار خودکشی بک (BSSI)، در سال ۱۹۰۱ توسط آرون بک به‌منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده و ماده‌های آن بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آنها به‌طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در ۵ تا ۱۰ دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا ۳ به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، ازدست‌دادن اشتها، ازخودبیزاری و غیره هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و یک ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است که نمرات ۱۳- صفر هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و ۶۳-۲۶ افسردگی شدید را نشان می‌دهند. *انیسی و همکاران* [40] در پژوهشی روی ۱۳۳ آزمودنی مرد با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۹ سال که به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۷۶٪ همبستگی دارد. همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ و از روش دونیمه ۰/۸۸ به‌دست آمد [41]. بنابراین اعتبار درونی، اعتبار آزمون-

جانبازان بدون اختلال PTSD پرداخت، نشان داد که جانبازان مبتلا به PTSD از نوسانات خلقی بیشتر و مشکلاتی در تنظیم هیجان برخوردارند [17].

خودکشی و اقدام به خودکشی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت روانی- اجتماعی افراد در یک جامعه به‌حساب می‌آیند. خودکشی معمولاً به‌صورت خودکشی انجام‌یافته، اقدام به خودکشی و افکار خودکشی تظاهر می‌کند. خودکشی انجام‌یافته شامل همه مواردی است که شخص با انجام یک عمل انهدامی و تخریبی، صدمه‌ای به خود وارد می‌کند که منجر به مرگ می‌شود. اقدام به خودکشی شامل آن دسته اقداماتی است که شخص به‌منظور از بین بردن خود انجام می‌دهد، لیکن منجر به مرگ نمی‌شود. افکار خودکشی نیز شامل اشتغال ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است [18]. افکار خودکشی خود یک عامل خطر برای خودکشی محسوب می‌شود [19].

براساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰ تقریباً ۱۵۳/۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند و ۱۰ تا ۲۰ برابر این تعداد اقدام به خودکشی می‌کنند. این آمارها نشانگر آن است که به‌طور متوسط هر ۲۰ ثانیه یک نفر بر اثر خودکشی فوت می‌کند و هر ۲-۱ ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می‌نماید [20]. *و تکینس و همکاران* در پژوهشی نشان داده‌اند که علائم PTSD، عامل محرکی در جانبازان برای گرایش به خودکشی است [21]. *کانگ و همکاران* در پژوهشی به بررسی افکار خودکشی در جانبازان آمریکایی که در جنگ عراق و افغانستان حضور داشتند پرداختند و نشان دادند که این جانبازان به‌نسبت جمعیت عمومی ایالات متحده از آمار خودکشی بیشتری برخوردارند [22]. *چاپمن و ابراهیم* در پژوهشی نشان داده‌اند که افکار خودکشی در جانبازان نظامی ایالات متحده بیشتر از افراد عادی است [23].

بنابراین ارایه خدمات درمانی مطلوب به جانبازان مبتلا به اختلال PTSD اهمیت بسیاری دارد. پژوهش‌های زیادی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلال PTSD را نشان داده‌اند. درمان شناختی- رفتاری از تلفیق دو رویکرد رفتاردرمانی (که به‌طور عمده در بستر شرطی‌سازی پاولفی و نوپاولفی است) و رویکرد شناختی چه در قالب شناخت‌درمانی و چه در چارچوب روان‌شناسی شناختی و دانش شناخت پایه پدید آمده است. درمان شناختی- رفتاری هم بر اصلاح شناخت‌های تحریف‌شده و هم آموزش رفتارهای جدید تاکید می‌کند. درمان شناختی- رفتاری ماهیتی فعال، رهنمودی، ساخت‌دار، متمرکز بر حال و کوتاه‌مدت است و هدف عمده آن تغییر فرآیندهای شناختی افراد است و مهم‌ترین ویژگی آن بازسازی شناختی است. این الگو یک مدل روانی- آموزشی با تاکید بر فرآیندهای یادگیری است که می‌تواند در دامنه وسیعی از افراد با مشکلات مختلف اجرا شود [25,24]. در این دیدگاه، اعتقاد بر این است که پریشانی روان‌شناختی به‌طور عمده ناشی از آشفتگی‌هایی در فرآیندهای شناختی افراد است و تمرکز باید به تغییر شناخت‌ها برای ایجاد تغییرات مطلوب در عاطفه و رفتار باشد [26]. اثربخشی راهبردهای مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در مورد بخش وسیعی از اختلالات بالینی از جمله اختلال وابستگی به کوکائین [27]، افسردگی [28]، افسردگی اساسی [29]، اختلال اضطراب [30] و کودکان با اختلال وسواس [31]، اضطراب اجتماعی [32] اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان [34,33]، کاهش دردهای مزمن در جانبازان [35]، افزایش عملکرد اجرایی [36] و کاهش اجتناب تجربی [39,38,37] تایید شده است.

شواهد تجربی حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در طیف

بیماران گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت یک جلسه در هر هفته، تحت درمان گروهی CBT توسط یک گروه درمانگر قرار گرفتند، اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها روال برنامه‌های روزانه بیمارستان را دریافت کردند. قبل از نخستین جلسه، پرسش‌نامه مهار هیجانی و مقیاس افکار خودکشی بک، به‌عنوان پیش‌آزمون و بعد از اتمام جلسات درمانی پرسش‌نامه‌های مذکور به‌عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 صورت گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای بررسی همسانی واریانس‌ها بین متغیرهای وابسته از آزمون لوین و برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد. ابتدا آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای مقایسه تفاوت کل متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل مورد استفاده قرار گرفت. سپس با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ تفاضل میانگین نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون در متغیرهای وابسته بررسی شد. درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان متغیر مستقل و کنترل هیجان و افکار خودکشی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $52/74 \pm 3/11$ سال و $54/73 \pm 2/97$ سال، درصد جانبازی به ترتیب $16/83 \pm 3/98$ و $12/24 \pm 3/17$ و مدت حضور در جنگ به ترتیب $46/50 \pm 2/92$ و $47/30 \pm 3/09$ ماه بود. میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در زیرمقیاس‌های کنترل هیجان و افکار خودکشی پایین‌تر بود (جدول ۲).

جدول ۲) مقایسه میانگین آماری نمرات مولفه‌های کنترل هیجان و افکار خودکشی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش	گروه کنترل
بازداری هیجانی		
پیش‌آزمون	18/50 ± 2/81	20/36 ± 2/33
پس‌آزمون	23/35 ± 2/54	19/65 ± 2/41
مهار پرخاشگری		
پیش‌آزمون	20/36 ± 3/57	22/12 ± 3/71
پس‌آزمون	24/85 ± 2/62	20/23 ± 2/85
نشخوار فکری		
پیش‌آزمون	17/90 ± 2/29	20/04 ± 3/67
پس‌آزمون	23/68 ± 2/71	21/01 ± 2/54
مهار خوش‌خیم		
پیش‌آزمون	20/28 ± 2/74	20/94 ± 2/66
پس‌آزمون	24/43 ± 2/48	21/57 ± 2/12
تمایل به مرگ		
پیش‌آزمون	10/12 ± 2/28	9/89 ± 2/14
پس‌آزمون	7/56 ± 1/58	9/87 ± 3/9/2
آمادگی برای خودکشی		
پیش‌آزمون	18/44 ± 4/48	16/53 ± 3/01
پس‌آزمون	11/69 ± 3/21	15/95 ± 3/01
اقدام به خودکشی		
پیش‌آزمون	9/48 ± 2/98	10/11 ± 2/11
پس‌آزمون	5/69 ± 2/14	9/78 ± 2/54

بازآزمون و رویایی همزمان این مقیاس مورد قبول است. سئوالات افکار خودکشی با تعاریف از خودکشی انطباق دارد. شواهد حاکی از آن است که مقیاس افکار خودکشی می‌تواند گزینه معتبری برای اندازه‌گیری افکار خودکشی در قالب خودسنجی باشد.

۲- پرسش‌نامه مهار هیجانی: راجر و نشور، ساختار اولیه پرسش‌نامه کنترل هیجانی را تنظیم کرده [42] و راجر و نیجریان این پرسش‌نامه را مورد تجدید نظر قرار دادند [43]. در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه تجدیدنظرشده استفاده شد. پرسش‌نامه مذکور دارای ۵۶ ماده و چهار خرده‌مقیاس بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوش‌خیم است. هر خرده‌مقیاس ۱۴ ماده دارد که به‌صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین نمره یک فرد در هر خرده‌مقیاس از صفر تا ۱۴ و در کل مقیاس از صفر تا ۵۶ متغیر خواهد بود. راجر و نیجریان همسانی درونی پرسش‌نامه کنترل هیجانی را برای خرده‌مقیاس‌های بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوش‌خیم به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۷۹ گزارش کردند. همچنین در پژوهش آنها خرده‌مقیاس نشخوار با عامل نوروگرایبی پرسش‌نامه شخصیتی آیزنک همبستگی مثبت معنی‌دار، خرده‌مقیاس کنترل پرخاشگری با پرسش‌نامه خصومت باس-دورکی همبستگی منفی معنی‌دار، خرده‌مقیاس بازداری هیجانی با عامل برونگردی پرسش‌نامه شخصیتی آیزنک همبستگی منفی معنی‌دار و خرده‌مقیاس کنترل خوش‌خیم با عامل سایکولوگرایبی پرسش‌نامه شخصیتی آیزنک همبستگی منفی معنی‌دار داشت [43].

پس از اخذ رضایت کتبی و شفاهی از جانبازان مبنی بر عدم دریافت روان‌درمانی‌های دیگر و عدم مصرف داروهای خودتجویزی و خودسر به مدت سه ماه، با ذکر محرمانه‌بودن کلیه اطلاعات و صحبت‌ها، با تاکید بر داوطلبانه و رایگان بودن جلسات گروه درمانی و شرکت مستمر، جلسات درمانی براساس درمان شناختی-رفتاری (CBT) هاوتون و همکاران [38] اجرا شد (جدول ۱).

جدول ۱) خلاصه جلسات گروه‌درمانی شناختی-رفتاری

جلسه اول	آشنایی با بیماران و گرفتن شرح حال
جلسه دوم	عقد قرارداد درمانی، آموزش منطق درمان، آموزش مدل سه‌مولفه‌ای اضطراب A-B-C و تاکید بر تکالیف
جلسه سوم	آموزش در خصوص سیر و ماهیت اختلال PTSD
جلسه چهارم	آموزش در خصوص بازآموزی تنفسی به‌همراه مبنای فیزیولوژیک آن
جلسه پنجم	آموزش و انجام آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی، آموزش و تمرین روش‌های کنترل اضطراب و استرس
جلسه ششم	انجام آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی و بازسازی شناختی
جلسه هفتم	انجام دوباره تمرینات آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی و بیان منطق رویارویی، تهیه سلسله‌مراتب تمرینات رویارویی
جلسه هشتم	انجام آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی، مواجهه تصویری، بازسازی شناختی
جلسه نهم	انجام آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی، مواجهه تصویری، بازسازی شناختی
جلسه دهم	اجرای پس‌آزمون

این روش بیمار با بررسی کیفیت و راستی‌آزمایی شواهد و با فنون آزمایش رفتاری، خطاها و تحریف‌های شناختی را به محک تجربه گذاشته و در نهایت، رویکرد محدود با سوگیری منفی در وی به چالش کشیده می‌شود و به شناخت‌های منطقی و معقول دست می‌یابد [38].

همه انسان‌ها اعتقاداتی در مورد خود و دنیای اطرافشان دارند و این عقاید به‌خوبی حفظ می‌شوند، زیرا شواهد خوب برای آنها وجود دارد. به‌عنوان مثال، فرد مبتلا به استرس پس از سانحه اعتقاداتی در مورد تکرار مجدد حادثه دارد و با تمرکز بر نشانه‌های احتمال تکرار بر شواهد به‌صورت انتخابی عمل می‌کند. خطاهای شناختی مشکل‌زا هستند، نه تنها به این دلیل که آنها می‌توانند نادرست باشند، بلکه به این دلیل که این خطاها بیش از حد لازم در هیجانات منفی ناتوان‌کننده و اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا سهیم هستند. درمان شناختی- رفتاری به افراد کمک می‌کند تا درک کنند چگونه به‌وسیله انتخاب شواهد خاص می‌توانند به خطاهای شناختی‌شان پایان دهند [43]. تمرکز این رویکرد بر مشکلاتی است که در زندگی روزمره افراد پیش می‌آید. این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا متوجه شوند چگونه آنچه را که در زندگی اطرافشان رخ می‌دهد، تفسیر و ارزیابی کنند. در واقع در این رویکرد به فرد آموزش داده می‌شود افکار، نگرش‌ها و باورهای را که با رفتارها و هیجانات مشکل‌آفرین مرتبند شناسایی کند و مورد آزمون قرار دهد [44].

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان انجام مرحله پیگیری بود. همچنین به‌دلیل تک‌جنسیتی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم یافته‌های آن به زنان و دیگر فرهنگ‌ها و دیگر اختلالات باید جانب احتیاط را رعایت نمود. انتخاب نمونه پژوهش به‌صورت دردسترس نیز اجرای پژوهش را با اندکی مشکل روبه‌رو ساخت. بنابراین پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخش بودن درمان گروهی CBT بر علائم PTSD و بهبود کنترل هیجان و افکار خودکشی، این خدمات در مراکز درمانی موجود در کشور مانند بیمارستان‌های روانی استفاده شود. همچنین استفاده از این روش درمانی در درمان سایر اختلالات روان‌شناختی مرتبط با PTSD پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

درمان شناختی- رفتاری بر افزایش کنترل هیجان و کاهش علائم افکار خودکشی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه موثر است.

تشکر و قدردانی: از کلیه جانبازان و دوستانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را داریم. تاییدیه اخلاقی: رضایت تمام جانبازان شرکت‌کننده در پژوهش اخذ شد. همچنین به‌منظور رعایت اخلاق پژوهشی اسامی کلیه جانبازان به‌صورت کد وارد شد.

سهم نویسندگان: شکوفه رضانی (نویسنده اول)، پژوهشگر اصلی/روش‌شناس (۷۰٪)؛ نسیم محمدی (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه و بحث (۱۰٪)؛ اسماعیل صدی دمیرچی (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی (۱۰٪)؛ سیف‌اله رحمانی (نویسنده چهارم)، تحلیلگر آماری (۱۰٪).

تعارض منافع: موردی از سوی نویسندگان گزارش نشده است. منابع مالی: کلیه منابع مالی از طرف نویسندگان پژوهش تامین شده است.

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار بود و درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش کنترل هیجان ($F=25/40$) و زیرمقیاس‌های آن و کاهش افکار خودکشی ($F=38/19$) و زیرمقیاس‌های آن در جانبازان مبتلا به PTSD شد ($P=0/001$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی درمان شناختی- رفتاری بر کنترل هیجان و افکار خودکشی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری توانسته است بر بهبود کارکرد اجرایی و اجتناب تجربی در مرحله پس‌آزمون اثربخش باشد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های دیگر در این زمینه [37, 26-31] همسو بود.

در تبیین یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کنترل هیجان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌توان بیان کرد که استفاده از راهبردهای شناختی- رفتاری باعث افزایش تنظیم شناختی- هیجانی سازگار در موقعیت‌های تنش‌زا و هیجان‌های منفی می‌شود و این راهبردها عامل مهمی در ارتقای سلامت جسمی و روانی هستند. درمان شناختی- رفتاری به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌های منفی را کنترل و تنظیم کنند و این شیوه تنظیم با ایجاد و پیشرفت سلامت روان و تنظیم هیجان ارتباط دارد. در واقع درمان شناختی- رفتاری همزمان برای اصلاح رفتار و باورهای غیرمنطقی مورد استفاده قرار می‌گیرد. روش شناختی- رفتاری افکار منفی مانند مقصردانستن خود و سرزنش خود را مورد چالش قرار می‌دهد و افکار منطقی از جمله ارزیابی مجدد مثبت را جایگزین می‌کند و در این روش از افراد خواسته می‌شود که بر این امر تأکید و آن را مورد تمرین و تعمیق قرار دهند [43]. در این روش سعی می‌شود افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده علائم استرس شناسایی شود، افراد نسبت به نقش این افکار در استرس‌شان بینش یابند و افکار صحیح‌تری را جایگزین آنها کنند. با استفاده از درمان شناختی که شامل اصلاح افکار اتوماتیک منفی و باورهای زیربنایی افراد است، نگرش جانبازان در مورد استرس و تأثیرات ناتوان‌کننده آن به چالش کشیده می‌شود. در درمان شناختی- رفتاری (با کاهش سوء تعبیرهای بیمار، آموزش تنفس دیافراگمی و احتمالاً با کاهش سیتوکین در بیماران و فنون تن‌آرامی و غیره) به‌طور مشخص بر مولفه‌های شناختی و فیزیولوژیکی استرس تأکید می‌شود [28]. از سوی دیگر، به افراد در خصوص تمرکز بر افکار منفی به‌جای سرکوب هیجانات و چالش و حل‌وفصل خطاهای شناختی آموزش داده شد. بدین ترتیب با افزایش استفاده از راهبردهای شناختی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت و متمرکز بر برنامه‌ریزی قابل انتظار است. تنظیم هیجانات مثبت با کارکرد اجتماعی افراد مثل ارتباطات بین‌فردی نیز رابطه دارد. افرادی که از کیفیت روابط اجتماعی بهتری برخوردارند کمتر به شناخت‌های منفی در خصوص برقراری رابطه با دیگران دچار می‌شوند [41].

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افکار خودکشی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌توان گفت براساس رویکرد شناختی- رفتاری برای درمان افکار خودکشی و کاهش آن، از فنون شناختی، بررسی دلایل خودکشی، بررسی شواهد موافق و مخالف آن، آزمایش‌های رفتاری و جدول زمانی فعالیت استفاده می‌شود. فنون شناختی به بازپردازش خطاهای شناختی ایجادشده می‌پردازد. در

- 18- Fortinash KM, Holoday Worret PA. Psychiatric mental health nursing. 5th edition. Maryland Heights: Mosby; 2011.
- 19- Groleger U, Tomori M, Kocmur M. Suicidal ideation in adolescence--an indicator of actual risk?. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2003;40(3):202-8.
- 20- Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Sociol.* 2002;7(2):6-8.
- 21- Watkins LE, Sipped LM, Pietrzak RH, Hoff R, Harpaz Rotem I. Co-occurring aggression and suicide attempt among veterans entering residential treatment for PTSD: The role of PTSD symptom clusters and alcohol misuse. *J Psychiatr Res.* 2017;87:8-14.
- 22- Kang HK, Bullman TA, Smolenski DJ, Skoop NA, Gahm GA, Reger MA. Suicide risk among 1.3 Million veterans who were on active duty during the Iraq and Afghanistan wars. *Ann Epidemiol.* 2015;25(2):96-100.
- 23- Chapman L, Ibrahim H. Identification and management of suicide risk in U.S. military veterans. *Tex Med.* 2015;111(2):56-60.
- 24- LaMontagne LL, Hepworth JT, Cohen F, Salisbury MH. Cognitive-behavioral intervention effects on adolescents' anxiety and pain following spinal fusion surgery. *Nurs Res.* 2003;52(3):183-90.
- 25- Beck AT. The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(9):953-9.
- 26- Rosier JP, Elliott R, Sahakian BJ. Cognitive mechanisms of treatment in depression. *Neuron Psycho Rev.* 2012;37(1):117-36.
- 27- Decker SE, Kiluk BD, Frankfurter T, Babuscio T, Niche C, Carroll KM. Just showing up is not enough: Homework adherence and outcome in cognitive-behavioral therapy for cocaine dependence. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84(10):907-12.
- 28- Johnson TJ, Friborg O. The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psych Bulletin.* 2015; 141(4):747-68.
- 29- Koenig H, Pearce M, Nelson B, Shaw S, Robins C, Dasher N, et al. Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: A pilot randomized trial. *J Nerv Ment Dis.* 2015;203(4):243-51.
- 30- Davies CD, Niles AN, Pittig A, Arch JJ, Craske MG. Physiological and behavioral indices of emotion deregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2015;46:35-43.
- 31- Öst LG, Riise EN, Wergeland GJ, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2016;43:58-69.
- 32- Gregory B, Peters L. Changes in the self during cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: A systematic review. *Cline Psycho Rev.* 2016;52:1-18.
- 33- Lumberton CM, Madison JF, Bellshill AJ. A case study of individually delivered mindfulness-based cognitive behavioral therapy for severe health anxiety. *Cognit Behav Pract.* 2017;24(4):484-95.
- 34- Otis JD, Keane TM, Kerns RD, Monson C, Scold E. The development of an integrated treatment for veterans with comorbid chronic pain and posttraumatic stress disorder. *Pain Med.* 2009;10(7):1300-11.
- 35- Miyahira SD, Folen RA, Hoffman HG, Garcia Palacios A, Schaper KM. Effectiveness of brief VR treatment for
- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). Arlington: American Psychiatric Association; 2013. pp. 175-272.
- 2- Chossegros L, Hours M, Charnay P, Bernard M, Fort E, Buisson D, et al. Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident. *Accid Anal Prev.* 2011;44(3):471-7.
- 3- Alipoor M, Lorestani F. I and post-traumatic stress disorder. Tehran: Janbazan Medical and Engineering Research Center Publication; 2005. [Persian]
- 4- Ahmadi Kh, Zarei A, Arabnia AR. The study of effective factors on marital adjustment among veterans with PTSD. *J Mil Med.* 2006;8(3):165-74. [Persian]
- 5- Shafiee Kamalabadi M, Bigdeli I, Alavi K, Kianersi F. Prevalence of Post-Traumatic stress disorder and comorbid personality disorders in the groups veterans Tehran City. *J Clan Psychol.* 2014;6(1):75-65. [Persian]
- 6- Mohaghegh Motlagh J, Momtazi S, Musavi Nasab N, Arab A, Saburi E, Saburi A. Post-traumatic stress disorder in male chemical injured war veterans compared to non-chemical war veterans. *J Mashhad Univ Med Sci.* 2013;56(6):362-8. [Persian]
- 7- Horesh D, Lowe SR, Galena S, Aiello AE, Udine M, Koenan KC. An in-depth look into PTSD-depression comorbidity: A longitudinal study of chronically-exposed Detroit residents. *J Affect Disord.* 2017;208:653-61.
- 8- Tay AK, Rees S, Chan J, Kareth M, Silove D. Examining the broader psychosocial effects of mass conflict on PTSD symptoms and functional impairment amongst West Papuan refugees resettled in Papua New Guinea (PNG). *Soc Sic Med.* 2015;132:70-8.
- 9- McDevitt Murphy ME, Luciano MT, Tripp JC, Eddinger JE. Drinking motives and PTSD-related alcohol expectancies among combat veterans. *Addict Behav.* 2017;64:217-22.
- 10- Bowen S, De Boer D, Bergman AL. The role of mindfulness as approach-based coping in the PTSD-substance abuse cycle. *Addict Behav.* 2017;64:212-6.
- 11- Simons JS, Simons RM, O'Brien C, Stoltenberg SF, Keith JA, Hudson JA. PTSD, alcohol dependence, and conduct problems: Distinct pathways via liability and disinhibition. *Addict Behav.* 2017;64:185-93.
- 12- Brown WJ, Wilkerson AK, Milbank ME, Turk PC, Huda Tw, Cortes' BL, et al. An examination of sleep quality in veterans with a dual diagnosis of PTSD and severe mental illness. *Psychiatry Res.* 2017;247:15-20.
- 13- Poindexter E, Mitchell MS, Jahn DR, Smith PN, Hirsch JK, Cukrowic K. PTSD symptoms and suicide ideation: Testing the conditional indirect effects of thwarted interpersonal needs and using substances to cope. *Person Indiv Difference.* 2015;77:167-72.
- 14- Moriarty N, Stough C, Tidmarsh P, Eger D, Dennison S. Deficit in emotional intelligence underlying adolescent set offending. *J Adolesc.* 2001;24(6):743-51.
- 15- Tull MT, Gratz KL, McDermott MJ, Bordieri MJ, Daughters SB, Lejuez CW. The role of emotion regulation difficulties in the relation between PTSD symptoms and the learned association between Trauma-related and Cocaine cues. *Subst Use Misuse.* 2016;51(10):1318-29.
- 16- Miles SR, Thompson KE, Stanley MA, Kent TA. Single-session emotion regulation skills training to reduce aggression in combat veterans: A clinical innovation case study. *Psychol Serv.* 2016;13(2):170-7.
- 17- DiMauro J, Renshaw KD, Kashdan TB. Beliefs in negative mood regulation and daily negative affect in PTSD. *Person Indiv Difference.* 2016;95:34-6.

- 40- Anise J, Fathi Asthenia A, Salimi S, Ahamada Node Kh. Assessing the reliability and validity of the beck suicidal thoughts scale (BSSI) in Soldiers. *J Mil Med.* 2005;7(1):33-7.
- 41- Ravinia P. The relationship between emotional expression styles with general health of Students [Dissertation]. Tehran: Terabit Moderns University; 2001. [Persian]
- 42- Roger D, Nesshoever W. The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotional control. *Person Indivi Diff.* 1987;8(4):527-34.
- 43- Roger D, Nigerian B. The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Person Indivd Diff.* 1989;10(8):845-53.
- 44- Bagherinia H, Yamani M, Javadielmi L, Nooradi T. Comparison of the efficacy of cognitive behavior therapy and mindfulness-based therapy in improving cognitive emotion regulation in major depressive disorder. *Armaghane Danesh.* 2015;20(3):210-19. [Persian]
- PTSD in war-fighters: A case study. *Stud Health Technol Inform.* 2010;154:214-9.
- 36- Thompson DG, Kessler SR, Sondheim K, Mehta KM, Thompson LW, Marquette RM, et al. FMRI activation during executive function predicts response to cognitive behavioral therapy in older, depressed adults. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015;23(1):13-22.
- 37- Glistner AT, Klotche J, Gerlach AL, Hamm A, Strole A, Gauggel S, et al. Timing matters: change depends on the stage of treatment in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *J Consult Clin Psychol.* 2014;82(1):141-53.
- 38- Houghton K, Crack y, Salcomo C, Pal C, David M. Cognitive behavioral therapy [Volume I]. Ghasemzadeh H, translator. Tehran: Arjomand; 2003.
- 39- Espoo EP, Gorlic A, Castriotta N. Changes in threat-related cognitions and experiential avoidance in group-based transdiagnostic CBT for anxiety disorders. 2017;46(2):65-71.