

مدل علی فراشناختی

اختلال مزمن استرس پس از ضربه ناشی از جنگ

دکتر امیر محسن راه‌نجات^(۱)، دکتر مهدی ربیعی^(۲)، دکتر سید حسین سلیمی^(۳)، دکتر علی فتحی آشتیانی^(۴)،
دکتر وحید دنیوی^(۵)، جعفر میرزایی^(۶)

چکیده

هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی مدل علی فراشناختی برای تبیین نشانه‌های «اختلال استرس پس از ضربه» (PTSD) مزمن ناشی از جنگ انجام شد. **روش:** پژوهش توصیفی-همبستگی حاضر با ۸۰ نفر از افراد مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین جانبازان مراجعه‌کننده به مدیریت امور درمان اداره بهداشت و درمان نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران انجام شد و پرسشنامه‌های کنترل افکار، باورهای فراشناختی، چک‌لیست نشانه‌های PTSD و نشخوار فکری برای سنجش علایم به کار رفت. از رگرسیون چندگانه برای بررسی فرضیه‌های رابطه‌ای و از شاخص‌های کلی برازش، شاخص‌های مقتصد و شاخص‌های مقایسه‌ای برای بررسی برازش مدل پیشنهادی و تدوین شده به وسیله نرم‌افزار SPSS و Amos graphic استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج مدل معادلات ساختاری به منظور تبیین نشانه‌های PTSD مزمن ناشی از جنگ، از مدل فراشناختی حمایت می‌کند. همچنین نتایج شاخص‌های برازش کلی مدل معادلات ساختاری ($\chi^2 = 1/82, GFI = 0/90, RMSEA = 0/41$) نشان داد که مدل طراحی شده با داده‌های نمونه، برازش مناسب و ارتباط نزدیکی با فرض‌های نظری دارد. **نتیجه‌گیری:** باورهای فراشناختی با میانجی‌گری راهبردهای کنترل فکر و نشخوار فکری بر نشانه‌های PTSD مزمن ناشی از جنگ تاثیر گذاشته و این مدل علی می‌تواند فرمول‌بندی موردی و درمان‌های بالینی را در کهنه‌سربازان مبتلا به این اختلال تسهیل کند. **کلیدواژه:** اختلال استرس پس از ضربه؛ نشخوار فکری؛ درمان فراشناختی

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۲/۳۰]

مقدمه

مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا ایجاد شده و با چهار خوشه از نشانه‌ها مشخص می‌شود: ۱- مزاحمت‌ها^۴، ۲- اجتناب^۵، ۳- تغییرات منفی در شناخت و خلق^۶ و ۴- تغییرات برجسته در برانگیختگی و واکنش‌پذیری^۷ (۱-۳).

نتایج پژوهش‌ها نیز حاکی از میزان بالای شیوع این اختلال می‌باشند. به عنوان مثال در یک مطالعه همه‌گیرشناسی

اختلال استرس پس از ضربه^۱ (PTSD) از جمله اختلالات نسبتاً شایع، مزمن و ناتوان‌کننده روانپزشکی است، که بر اساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانپزشکی^۲ (DSM-5)، جزء مجموعه تشخیصی اختلالات مربوط به تروما و وابسته به استرس^۳ است که می‌تواند پس از

^(۱) دکترای روانشناسی، استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، خیابان دکتر فاطمی غربی، خیابان شهید سرهنگ اعتمادزاده. دورنگار: ۰۲۱-۲۲۱۹۷۱۹۸ (نویسنده مسئول) E-mail: arahnedjat@yahoo.com؛ ^(۲) دکترای روانشناسی، استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه... اعظم^(عج)؛ ^(۳) دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استاد مرکز تحقیقات فیزیولوژی ورزش دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه... اعظم^(عج)؛ ^(۴) دکترای تخصصی روانشناسی، استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه... اعظم^(عج)؛ ^(۵) متخصص روانپزشکی، استادیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران؛ ^(۶) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان روانپزشکی صدر، بنیاد شهید و امور ایثارگران.

1- post-traumatic stress disorder

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision (DSM-5)

3- Trauma and Stressor-Related Disorders

4- intrusion

5- avoidance

6- negative alterations in cognitions and mood

7- alterations in arousal and reactivity

اضطراب و احساس خطر تداوم یافته و به شناخت اجازه بازگشت به محیط عادی و عاری از تهدید را نمی‌دهد (۷، ۹، ۱۱، ۱۲).

مدل فراشناختی PTSD چنین پیش‌بینی می‌کند: ۱- نشانه‌های PTSD با باورهای فراشناختی به‌خصوص باورهای مثبت درباره نگرانی و باورهای فراشناختی منفی درباره نگرانی که مرتبط با کنترل‌ناپذیری افکار و خطر هستند، ارتباط مثبت دارد. ۲- رابطه بین نشانه‌های PTSD و باورهای فراشناختی به‌وسیله خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه کنترل افکار (TCQ) میانجی‌گری می‌شود. ۳- رابطه بین نشانه‌های PTSD و باورهای فراشناختی، به‌وسیله نشخوار فکری به عنوان یکی از مؤلفه‌های سندرم شناختی - توجهی میانجی‌گری می‌شود (۱۰، ۱۳-۱۵).

چندین مطالعه مانند مطالعات ولز (۷)، ولز و سمبی^{۲۰} (۹)، روسیس^{۲۱} و ولز (۱۰) و بنت^{۲۲} و ولز (۱۲) از اثربخشی مدل فراشناختی در تبیین نشانه‌های PTSD حمایت کرده‌اند. بر اساس این فرض که راهبردهای مقابله‌ای آنی^{۲۳} افکار منجر به شکست در پردازش هیجانی می‌شود، ولز و دیویس^{۲۴} (۱۱) پرسشنامه کنترل افکار^{۲۵} (TCQ) را به‌منظور ارزیابی تفاوت کاربرد راهبردهای کنترل افکار مزاحم، طراحی کردند. نگرانی و تنبیه (به عنوان راهبردهای کنترل افکار مزاحم) با شاخص‌های آسیب‌پذیری^{۲۶} به استرس و آسیب‌شناسی روانی^{۲۷}، ارتباط مثبت دارد. رینولدز^{۲۸} و ولز (۱۶) رابطه بین تفاوت‌های فردی راهبردهای کنترل افکار و نشانه‌های روانپزشکی را در افراد مبتلا به PTSD با یا بدون علائم افسردگی اساسی^{۲۹}، بررسی کردند. راهبردهای کنترل نگرانی و تنبیه، ارتباط منفی با بهبودی از افسردگی اساسی و PTSD

گسترده در ایالات متحده آمریکا توسط کسلر^۱ و همکاران (۴) میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال، ۷/۸ درصد برآورد شد (مردان: ۵ درصد و زنان: ۱۰/۴ درصد). مواجهه با جنگ می‌تواند احتمال ابتلا به PTSD را افزایش دهد به طوری که نتایج برخی مطالعات مانند کولکا^۲ و همکاران (۵) و پری‌گرسون^۳، ماسی‌جوسکی^۴ و روسن‌هک^۵ (۶) حکایت از میزان بالای شیوع مادام‌العمر این اختلال معادل ۲۲ تا ۳۱ درصد در کهنه‌سربازان جنگی^۶ دارند.

این اختلال به صورت رسمی به عنوان یک مقوله تشخیصی در سومین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۷ (DSM-III) گنجانده شد و تا کنون چندین تدوین نظری در جهت توضیح طبیعت و طول مدت نشانه‌ها، مطرح شده است که یکی از این تدوین‌ها، مدل فراشناختی PTSD ولز^۸ است که در دو دهه اخیر یکی از رویکردهای نظری مهم در تبیین و درمان نشانه‌های PTSD بوده است. این مدل بر نقش فراشناخت‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد کنترل افکار مانند نگرانی، تنبیه و مؤلفه‌های سندرم شناختی - توجهی^۹ (CAS) به خصوص نشخوار فکری^{۱۰} در شکل‌گیری و تداوم نشانه‌های PTSD تأکید دارد (۱۰-۷).

بر اساس مدل فراشناختی PTSD ولز، رویدادهای آسیب‌زا باعث واکنش به استرس و نشانه‌های مرتبط با آن می‌شود. این واکنش عادی به استرس، شامل افکار مزاحم^{۱۱}، برانگیختگی^{۱۲} و پاسخ‌های مبتنی بر توجه است. تداوم این واکنش‌ها به مدت چند روز یا چند هفته پس از رویداد آسیب‌زا، جنبه انطباقی دارد چون با حفظ حالت آمادگی ارگانسیم، برخورد با خطر احتمالی را امکان‌پذیر می‌کند. بر این اساس، افراد مبتلا به PTSD درگیر یک فرایند خوداصلاحی^{۱۳} برای سازگاری و ترمیم اثرات روانی و عاطفی آسیب روانی هستند. این فرایند خوداصلاحی، «فرایند انطباق بازتابی^{۱۴}» (RAP) نامیده می‌شود. هدف RAP، ایجاد مجموعه‌ای از برنامه‌های درونی است که به سرعت برای هدایت شناخت و عمل در مواجهه با تهدیدهای آتی، فراخوانده شود. به هر حال این فرایند عادی و بهنجار به‌وسیله راهبردهای شخصی ناکارآمد کنترل افکار و یک سبک خاص تفکر با عنوان سندرم شناختی - توجهی (CAS) (متشکل از نگرانی^{۱۵}، نشخوار فکری^{۱۶}، پایش تهدید^{۱۷}، سرکوب افکار^{۱۸} و اجتناب^{۱۹})، مختل شود. این راهبردها منجر به پردازش شخصی متمرکز بر تهدید شده، به گونه‌ای که

1- Kessler	2- Kulka
3- Prigerson	4- Maciejewski
5- Rosenheck	6- combat veterans
7- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	
8- Wells	9- cognitive attentional syndrome
10- rumination	11- intrusive thoughts
12- arousal	13- self-righting process
14- reflexive adaptation process	
15- worry	16- rumination
17- threat monitoring	
18- thought suppression	
19- avoidance	20- Sembi
21- Roussis	22- Bennett
23- on-line	24- Davies
25- Thought Control Questionnaire	
26- vulnerability	27- psychopathology
28- Reynolds	29- major depression

نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۲) مراجعه کرده و دارای ملاک‌های ورود بودند، انتخاب شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: ۱- نظامی شاغل یا بازنشسته و سوابقی از تروماهای مرتبط به جنگ (مربوط به هشت سال جنگ با عراق) مانند زخمی شدن، اسارت، موج انفجار و شاهدبودن صحنه‌های وحشتناک جنگ را داشته باشد. ۲- ملاک‌های تشخیصی PTSD مزمن به تشخیص شورای عالی روانپزشکی و مصاحبه تشخیصی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV^۱ را داشته باشد. ۳- تحصیلات حداقل دیپلم. ۴- در صورت وجود اختلالات همراه، تشخیص اول، PTSD مزمن باشد. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: ۱- ابتلاء به اختلال روانی دیگر به عنوان تشخیص اول مانند اختلال شخصیت، اعتیاد به مواد مخدر و الکل و... ۲- تحصیلات کمتر از دیپلم بود.

بر اساس واریانس مطالعات گذشته، $Z = 2.0/24$ و $S = 1/96$ و ضریب دقت ۰/۰۵ با فرمول $n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \cdot S^2}{P}$ حدود ۸۸ نفر برای نمونه پژوهش حاضر کافی بود. همچنین با توجه به نسبت کل بیماران مبتلا به PTSD در سطح ارتش جمهوری اسلامی ایران [به نقل از پژوهش دنیوی و همکاران (۲۱)] که میزان شیوع PTSD، ۱۴/۹ درصد برآورد شده، می‌توان گفت که حجم نمونه نسبتاً کافی است. برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به کار رفت:

از فهرست اختلال استرس پس از ضربه^{۱۱} ویرایش نظامی (PCL-M)، پرسشنامه کنترل افکار (TCQ)، پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ30) و لوز، کاررایت^۶ هاتون و درجه بندی ابداع شده توسط بنت و لوز برای ارزیابی نشانه‌ها استفاده شد.

فهرست اختلال استرس پس از ضربه، ویرایش نظامی

(PCL-M): یک مقیاس خودگزارش‌دهی است و به‌عنوان یک ابزار کمک تشخیصی برای ارزیابی اختلال استرس پس از ضربه و غربال‌گری به کار می‌رود. مدت زمان اجرا، تقریباً ۱۰ دقیقه است. این فهرست به‌وسیله

- | | |
|---|-----------------|
| 1- acute stress disorder | 2- longitudinal |
| 3- Holeva | 4- Tarrrier |
| 5- buffering effect | 6- Papageorgiou |
| 7- Butler | 8- Dewick |
| 9- descriptive-correlation | |
| 10- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder-SCID-ICV | |
| 11- Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-PCL-M | |

نشان داد، در حالیکه کنترل اجتماعی، ارزیابی مجدد و توجه‌برگردانی ارتباط مثبتی با کاهش سطح نشانه‌ها داشت. روسیس و ولز (۱۰) به بررسی نقش نگرانی به عنوان یک میانجی بین باورهای فراشناختی و نشانه‌های استرس در نمونه غیربالینی پرداختند. نتایج از میانجی‌گری نگرانی، در رابطه بین باورهای فراشناختی و نشانه‌های استرس حمایت کرد.

همچنین مطالعات دیگری که از TCQ برای بررسی رابطه، بین راهبردهای کنترل افکار و نشانه‌های PTSD استفاده کرده‌اند، نشان داد که نگرانی و تنبیه ارتباط مثبتی با نشانه‌های اختلال استرس حاد^۱ (ASD) در قربانیان سوانح و تصادفات رانندگی (۱۷) و رویدادهای آسیب‌زای شهری دارد (۱۸). رابطه بین کنترل اجتماعی، با شدت کلی علائم ASD (۱۸) و نشانه‌های مزاحم ارتباط مثبتی داشت (۱۶). مطالعه طولی^۲ PTSD، هلوا^۳، تاریخ^۴ و ولز (۱۹) نشان داد راهبرد نگرانی که بلافاصله پس از حوادث اندازه‌گیری می‌شود، نقش مهمی در ایجاد و افزایش علائم PTSD دارد و راهبردهای توجه‌برگردانی و کنترل اجتماعی، اثری تعدیلی^۵ بر تجربه مداوم نشانه‌های استرس دارد. ولز و پاپاگورجیو^۶ (۱۳) نشان دادند که یک دوره کوتاه‌مدت نگرانی پس از مواجهه با یک عامل فشارزای روانی منجر به شکل‌گیری افکار مزاحم در طول سه روز آینده می‌شود، اثر مشابهی که بوسیله باتلر^۷، ولز و دویک^۸ (۲۰) نیز به دست آمد.

بنابراین با توجه به پیشینه نظری، پژوهشی و محدودیت‌های مطالعات قبلی از جمله حجم کم نمونه، لحاظ نشدن کامل مؤلفه‌های فراشناختی در تبیین نشانه‌های PTSD، پژوهش حاضر، با هدف بررسی مدل علی فراشناختی برای تبیین نشانه‌های PTSD مزمن ناشی از جنگ در جانبازان جنگ عراق علیه ایران انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی^۹ با مدل معادلات ساختاری است. بررسی روابط بین متغیرهای پیش‌بین (باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر و نشخوار فکری) و نشانه‌های PTSD مزمن ناشی از جنگ و برآزش مدل فراشناختی هدف مطالعه حاضر بود. نمونه آماری این پژوهش شامل ۸۰ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD مزمن بود که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس از بین جانبازانی که به مدیریت امور درمان اداره بهداشت و درمان

پرسشنامه باورهای فراشناختی ها (MCQ30) وزن، کارارایت - هاتوون): یک نسخه کوتاه ۳۰ گویه‌ای از پرسشنامه اصلی فراشناخت است که تفاوت‌های افراد را در باورهای فراشناختی، اندازه‌گیری می‌کند. پنج خرده‌مقیاس آن شامل ۱- باورهای مثبت^{۱۴} درباره نگرانی، (۰/۹۲ =)، ۲- باورهای منفی^{۱۵} درباره نگرانی (کنترل‌ناپذیری و خطر) (۰/۹۱ =)، ۳- اطمینان شناختی^{۱۶} (۰/۹۳ =)، ۴- خودآگاهی شناختی^{۱۷} (۰/۹۲ =) و ۵- لزوم کنترل افکار^{۱۸} (۰/۷۲ =) است (۱۰، ۲۵). شیرین زاده دستگیری و همکاران (۲۶) و محمدخانی (۲۷) نیز پایایی آزمون را تأیید کرده‌اند.

اندازه‌گیری نشخوار فکری: برای ارزیابی نشخوار فکری از درجه‌بندی ابداعی بنت و ولز (۱۲) استفاده شد. بر اساس این درجه‌بندی از مشارکت کنندگان سؤال شد «از زمانی که حادثه اتفاق افتاده، شما چه مدت زمانی درگیری ذهنی با حادثه، داشته‌اید؟» آنها بر اساس یک مقیاس لیکرتی چهار نمره‌ای پاسخ می‌دادند (۱: هرگز، ۲: گاهی اوقات، ۳: اغلب و ۴: در همه زمان‌ها). با توجه به رابطه بین پرسشنامه‌های نشخوار فکری با کنترل افکار (۴۳/۰ = r) و با باورهای فراشناختی (۴۷/۰ = r)، پرسشنامه نشخوار فکری ولز و بنت از روایی همگرایی مناسبی برخوردار بود (۱۲). همچنین در این پژوهش، نتایج پایایی از نوع بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته‌ای بر ۴۸ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ، ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه به منظور جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، درصد جانبازی، سال مواجهه با رویداد آسیب‌زای ناشی از جنگ، تعداد بستری شدن‌ها و مدت زمان درمان، تهیه شد.

در پژوهش حاضر برای بررسی فرضیه‌ها، مدل و سنجش روایی آن از رگرسیون چندگانه و معادلات ساختاری به‌وسیله نرم‌افزار SPSS^{۱۹} و Amos graphic استفاده شد. از رگرسیون

ودرز^۱، لیتز^۲، هرمن^۳، هوسکا^۴ و کین^۵ (۲۲) بر اساس معیارهای تشخیصی DSM برای مرکز ملی اختلال استرس پس از ضربه آمریکا تهیه شده و شامل ۱۷ ماده است؛ به ترتیب پنج ماده، هفت ماده و پنج ماده مربوط به علایم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا (ملاک B)، کرختی عاطفی و اجتناب (ملاک C) و برانگیختگی شدید (ملاک D).
ودرز و همکاران در مطالعه‌ای بر ۱۲۳ نفر مرد شرکت‌کننده در جنگ ویتنام، ضرایب همسانی درونی ۰/۹۷ و ۰/۹۶ برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ برای نشانگان (C، B، D) و ضریب ۰/۹۶ را به عنوان ضریب بازآزمایی به فاصله دو یا سه روز گزارش دادند. گودرزی (۲۳) اعتبار و روایی این فهرست را بر ۱۱۷ نفر ۰/۹۳ گزارش داد. همچنین ضریب اعتبار با استفاده از روش تصنیف (بر اساس زوج یا فرد بودن ماده‌ها) برابر ۰/۸۷ محاسبه شد که حاکی از روایی هم‌زمان مقیاس است.

پرسشنامه کنترل افکار (TCQ): ولز و دیویس (۱۱) پرسشنامه کنترل افکار را برای ارزیابی کاربرد راهبردهای کنترل افکار مزاحم، طراحی کردند. TCQ، ۵ نوع از شیوه‌های کنترل افکار را اندازه‌گیری می‌کند: ۱- توجه‌برگردانی^۶ («من در عوض به افکار خوشایند فکر می‌کنم»)، ۲- کنترل اجتماعی^۷، که اشاره به اعتماد به دیگران درباره محتوای مزاحمت‌ها دارد، («من با یک دوست درباره افکارم صحبت می‌کنم»)، ۳- نگرانی^۸، (به عنوان مثال «من در عوض نگران چیزهای جزئی‌تر هستم»)، ۴- تنبیه^۹ («من خودم را به خاطر تفکر درباره این نوع افکار تنبیه می‌کنم») و ۵- ارزیابی مجدد^{۱۰}، («من افکارم را به گونه‌ای منطقی تجزیه و تحلیل می‌کنم»). آلفای کرونباخ توجه‌برگردانی ۰/۷۲، نگرانی ۰/۷۱، کنترل اجتماعی ۰/۷۹، تنبیه ۰/۶۴ و ارزیابی مجدد ۰/۶۷ گزارش شد. خرده‌مقیاس‌های TCQ همبستگی معناداری با پرسشنامه افکار اضطرابی^{۱۱}، پرسشنامه نگرانی حالت پن^{۱۲} (PSWQ) و پرسشنامه پادوا^{۱۳} دارد (۱۱). پرسشنامه کنترل افکار بر نمونه‌های بهنجار طراحی و اعتباریابی شده و همچنین برای بیماران مبتلا به PTSD (۱۶، ۱۹) و بیماران مبتلا به افسردگی اساسی (۱۶) اجرا شده است.
گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری (۲۴) و پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۶، توجه‌برگردانی ۰/۷۹ و ۰/۷۶، کنترل اجتماعی ۰/۷۰ و ۰/۶۸، نگرانی ۰/۷۰ و ۰/۶۴، تنبیه ۰/۷۶ و ۰/۶۵ و ارزیابی مجدد ۰/۷۰ و ۰/۶۹ گزارش کردند.

- | | |
|---|--------------------------|
| 1- Weathers | 2- Litz |
| 3- Herman | 4- Huska |
| 5- Kean | 6- distraction |
| 7- social control | 8- worry |
| 9- self-punishment | 10- reappraisal |
| 11- Anxious Thoughts Inventory | |
| 12- Penn State Worry Questionnaire | |
| 13- Padua Inventory | 14- positive beliefs |
| 15- negative beliefs | 16- cognitive confidence |
| 17- cognitive self-consciousness | |
| 18- need to control thoughts | |
| 19- Statistical Package for the Social Sciences | |

خطاها و همسانی در پراکندگی نمرات برای متغیرهای پیش‌بین رعایت شد.

از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی در تبیین نشانه‌های PTSD، اطمینان شناختی بیشترین رابطه و باورهای مثبت درباره نگرانی کمترین رابطه را داشت. باورهای فراشناختی از طریق میانجی‌گری متغیرهای کنترل فکر شامل توجه‌برگردانی، کنترل اجتماعی، نگرانی، تنبیه و ارزیابی مجدد و همچنین از طریق میانجی‌گری نشخوار فکری به عنوان یکی از مؤلفه‌های سندرم شناختی با نشانه‌های PTSD ارتباط مثبت داشت. نقش نشخوار فکری بیشتر بود (شکل ۱). تأثیر مدل تبیینی مذکور بر ملاک D یعنی ملاک برانگیختگی PCL-M بیشتر و قوی‌تر بود.

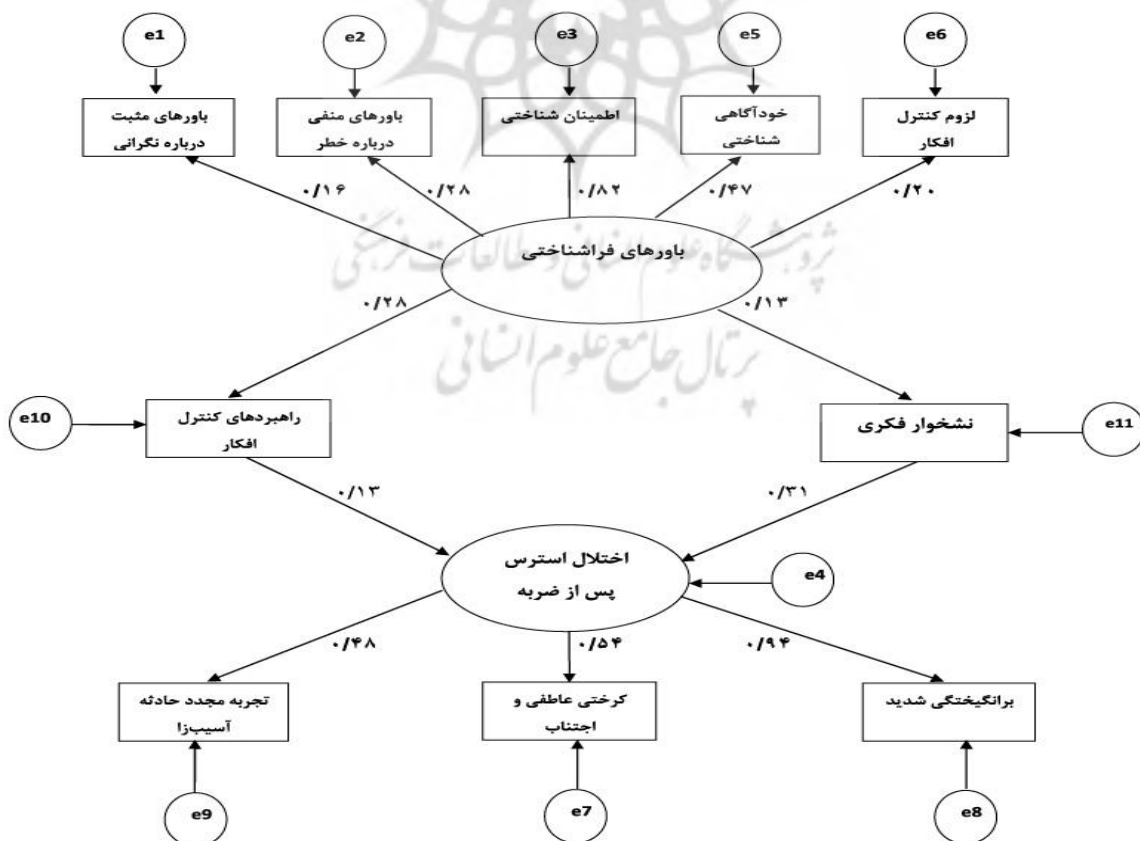
متغیر باورهای فراشناختی ($Beta=0/13$) توان پیش‌بینی نشخوار فکری و متغیر باورهای فراشناختی ($Beta=0/28$) توان پیش‌بینی راهبردهای کنترل فکر را نشان داد. همچنین راهبردهای کنترل فکر نیز به‌طور معناداری بر متغیر PTSD تأثیرگذار ($Beta=0/31$) به دست آمد. نشخوار فکری نیز، توان پیش‌بینی PTSD ($Beta=0/31$) را افزایش داد (جدول ۱).

چندگانه برای بررسی فرضیه‌های رابطه‌ای و از شاخص‌های کلی برازش، شاخص‌های مقتصد و شاخص‌های مقایسه‌ای برای بررسی برازش مدل پیشنهادی و تدوین شده استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۸۰ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD مزمین بررسی شدند میانگین سنی ۴۹ سال، میانگین درصد جانبازی ۲۱/۷ درصد، میانگین سال‌های ابتلا به اختلال ۲۳/۹ سال، میانگین سال‌های برخورداری از درمان ۱۹/۴ سال (۷۱/۱) درصد سابقه بستری شدن در بخش‌های روانپزشکی و میانگین تعداد بستری شدن‌ها ۱/۵ بار) بود. صد درصد نمونه متأهل، ۶۲/۲ درصد دیپلمه، ۱۳/۳ درصد با مدرک کاردانی، ۱۳/۳ با مدرک کارشناسی، ۱۱/۲ درصد با مدرک کارشناسی ارشد، ۴۷/۸ درصد شاغل، ۱۴/۴ درصد بی‌کار و ۲۶/۷ درصد بازنشسته بودند.

پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات متغیر ملاک، نبود رابطه هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین، و نبود رابطه بین



*e: مقدار خطا در مدل معادلات ساختاری

شکل ۱- مدل مفهومی و ضرایب استاندارد

جدول ۱- وزن‌های رگرسیونی استاندارد متغیرهای پیش‌بین

سطح معناداری	Beta	خطای استاندارد	روابط مستقیم	
			ملاک	پیش‌بین
۰/۰۰۰۱	۰/۱۳	۰/۰۱۲	نشخوار فکری	باورهای فراشناختی
۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	۰/۰۱۱	راهبرد کنترل فکر	باورهای فراشناختی
۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۰/۰۴۷	PTSD	نشخوار فکری
۰/۰۰۰۱	۰/۱۳	۰/۰۱۲	PTSD	راهبرد کنترل فکر

Beta: وزن‌های رگرسیونی استاندارد

جدول ۲- وزن‌های رگرسیونی استاندارد روابط غیرمستقیم متغیرهای پیش‌بین

سطح معناداری	Beta	روابط غیرمستقیم		
		ملاک	متغیر میانجی	پیش‌بین
۰/۰۰۱	۰/۰۵	PTSD	نشخوار فکری	باورهای فراشناختی
۰/۰۰۱	۰/۰۳۷	PTSD	راهبردهای کنترل افکار	باورهای فراشناختی

Beta: وزن‌های رگرسیونی استاندارد

می‌دهد که مؤلفه‌های فراشناختی رابطه‌ای قوی با نشانه‌های برانگیختگی شدید، کرختی عاطفی، اجتناب و تجربه مجدد دارند.

باورهای فراشناختی از طریق میانجی متغیر نشخوار فکری بر متغیر PTSD تأثیر می‌گذارد ($Beta=0/05$). همچنین باورهای فراشناختی از طریق میانجی راهبردهای کنترل افکار بر PTSD تأثیر گذاشته و ($Beta=0/037$) باعث افزایش آن می‌شود (جدول ۲).

جدول ۳- شاخص برازش مدل فرضی متناسب با شکل

نتایج	شاخص‌ها
۱/۸۲	مجذور کای (χ^2)
۰/۹۰	شاخص نیکویی برازش* (GFI)
۰/۸۹	شاخص توکر-لوییس (TLI)
۰/۹	شاخص برازش هنجار شده (NGFI)
۰/۸۳	شاخص برازش تطبیقی و مقایسه‌ای (CFI)
۰/۰۴۱	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)

* Goodness of Fit Index-GFI

بحث

مدل فراشناختی PTSD پیش‌بینی می‌کند که رابطه بین باورهای فراشناختی و نشانه‌های PTSD به وسیله ابعادی از سندرم شناختی - توجهی، میانجی‌گری می‌شود. بر اساس این مدل، راهبردهای شناختی که برای کنترل افکار ناخواسته مورد استفاده قرار می‌گیرند، می‌توانند به وسیله پردازش

بر اساس شاخص‌های برازش ارائه شده در جدول ۳، مقدار خبی دو در مدل فوق بعد از اصلاح ($p=0/07$)، $\chi^2=1/82$ معنادار نبود؛ بنابراین مدل قابل قبول است. ریشه دوم میانگین مربعات باقیمانده^۱ (RMSEA) به عنوان شاخص برازش مدل ۰/۰۴ است، بنابراین مدل از برازش خوبی برخوردار است. همچنین مقادیر CFI^۲ و TLI^۳ بیشتر از ۰/۸۹ به دست آمد که بر تأیید مدل فوق می‌افزاید. شاخص‌های مقتصد مدل در جدول ۳ ارائه نشده است ولی مقدار PCFI و PNFI^۴ بیشتر از ۰/۷۰ حاکی از تأیید مدل است. مقدار pclose که نشان دهنده ارزش نسبی مدل تدوین شده می‌باشد، ۰/۱۸ به دست آمد که عدد بالای ۰/۱۰ مقدار خوبی برای مدل محسوب می‌شود.

مدل به دست آمده نشان می‌دهد باورهای فراشناختی زیربنایی تر هستند و باعث افزایش تنش و نگرانی می‌شوند؛ مثل باورهای فراشناختی منفی که این موضوع می‌تواند نشخوار فکری و راهبردهای ناکارآمد کنترل افکار را تشدید و به دنبال آن باعث افزایش شدت نشانه‌های PTSD در جانبازان مبتلا به این اختلال شود. همچنین مدل حاضر نشان

1- Standardized Root Mean Square Residual
2- Comparative Fit Index
3- Tucker-Lewis Index
4- Bentler-Bonett Normed Fit Index-B

مدت ابتلای آنها به PTSD، ۲۴ سال بود و در طول سال‌های طولانی ابتلا به PTSD از راهبردهای ناکارآمد کنترل افکار و نشخوار فکری به عنوان متغیرهای میانجی استفاده کرده بودند. پژوهش حاضر فقط بر مبتلایان PTSD مزمن ناشی از جنگ و در یک نمونه محدود انجام شد و بایستی در تعمیم نتایج این پژوهش به PTSD ناشی از سایر رویدادهای آسیب‌زا و افراد مبتلا با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود که مدل بررسی شده از طریق مطالعات کنترل شده و آزمایشی با حجم نمونه‌ای بزرگ‌تر و متفاوت نیز مطالعه شود.

سپاسگزاری

از کارکنان محترم مدیریت امور درمان اداره بهداشت و درمان نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران و مدیر کل دفتر پژوهش‌های فرهنگی بنیاد شهید و جانبازان انقلاب اسلامی ایران برای همکاری در اجرای بخشی از پژوهش صمیمانه قدردانی می‌شود.

[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکترای نویسنده اول است.]

[با به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

1. Cahill SP, Foa EB, Hembree EA, Marshall RD, Nacash N. Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2006;19(5):597-610.
2. Simons M. Metacognitive Therapy and Other Cognitive-Behavioral Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *Verhaltenstherapie*. 2010;20: 86-92.
3. Association AP. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5: bookpointUS*; 2013.
4. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiat*. 1995; 52(12):1048-60.
5. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, et al. Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study: Brunner/Mazel;1990.

موفقیت‌آمیز رویداد آسیب‌زا در تشدید علائم تداخل کرده و منجر به پیدایش و مزمن شدن نشانه‌های PTSD شوند. یافته‌های پژوهشی اخیر نیز پیشنهاد می‌کنند راهبردهایی که افراد پس از وقوع رویداد آسیب‌زا برای کنترل نشانه‌های خود استفاده می‌کنند، رابطه بین نشانه‌های PTSD و شناخت‌های ناکارآمد را میانجی‌گری می‌کند. استفاده از راهبردهای ناکارآمد کنترل افکار به خصوص «نگرانی و تنبیه» بیش از سایر راهبردهای کنترل افکار رابطه بین PTSD و شناخت‌های ناکارآمد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و نقش مهمی در پیدایش PTSD مزمن دارند (۷).

مطالعه حاضر نشان داد باورهای فراشناختی از طریق میانجی‌گری راهبردهای کنترل فکر روی نشانه‌های PTSD مزمن ناشی از جنگ تأثیر گذاشته که این نتیجه با یافته‌های پژوهشی قبلی مانند یافته‌های روسیس و ولز (۱۰، ۲۹)، وارد و برایت^۱ (۱۷) گوتتری و برایت (۱۸)، هلوا، تاریر و ولز (۱۹)، ولز و پاپاجورجیو (۱۳)، باتلر، ولز و دویک (۲۰)، اهلرز^۲، مایو^۳ و برایت (۲۸) و بنت و همکاران (۱۲) همخوان است. راهبردهای کنترل افکار با پردازش رویداد آسیب‌زا تداخل کرده و به نوبه خود باعث تداوم نشانه‌ها می‌شود. بر اساس رویکرد فراشناخت، نتایج این مطالعه تأیید می‌کند جنبه‌های خاصی از فراشناخت به همراه راهبردهای ناکارآمد کنترل افکار، می‌تواند شدت و تداوم نشانه‌های PTSD را در مبتلایان نظامی این اختلال پیش‌بینی کند.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که باورهای فراشناختی از طریق میانجی‌نشخوار فکری به عنوان یکی از مؤلفه‌های سندرم شناختی - توجهی بر نشانه‌های PTSD مزمن ناشی از جنگ تأثیر گذاشته و این یافته با نتایج پژوهش ولز و هازل بنت (۱۲) که به بررسی نقش فراشناخت، بی‌نظمی حافظه و نشخوار فکری در علائم اختلال استرس پس از ضربه پرداخت و یافته اهلرز، مایو و برایت (۲۸) همخوان است.

یافته‌های این مطالعه همخوان با سایر پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی مدل فراشناختی PTSD در درمان مبتلایان PTSD غیرجنگی (۹، ۱۲، ۲۹، ۳۰ و ۳۱) از هدف قراردادن باورهای فراشناختی و راهبردهای ناسازگارانه کنترل افکار و نشخوار فکری افراد مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ در طول درمان حمایت می‌کنند.

مطالعات قبلی به صورت مقطعی (از محدودیت‌های مطالعه) رابطه بین نشانه‌های PTSD و باورهای فراشناختی را با میانجی‌گری راهبردهای کنترل افکار و مؤلفه‌های سندرم شناختی - توجهی بررسی کرده‌اند، در حالی که مطالعه حاضر به بررسی این مدل در کهنه‌سربازانی پرداخته که میانگین

6. Prigerson HG, Maciejewski PK, Rosenheck RA. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men. *Am J Public Health.* 2002;92(1):59-63.
7. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy: John Wiley & Sons; 2002.
8. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1994.
9. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psy.* 2004;35(4):307-18.
10. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Pers Indiv Differ.* 2006;40(1):111-22.
11. Wells A, Davies MI. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behav Res Ther.* 1994;32(8):871-8.
12. Bennett H, Wells A. Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *J Anxiety Disord.* 2010;24(3):318-25.
13. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and metacognitive beliefs. *Behav Res Ther.* 1998; 36(9):899-913.
14. Hermans D, Martens K, De Cort K, Pieters G, Eelen P. Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2003;41(4):383-401.
15. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Ther Res.* 2003;27(3):261-73.
16. Reynolds M, Wells A. The Thought Control Questionnaire-psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychol Med.* 1999;29(5):1089-99.
17. Warda G, Bryant RA. Thought control strategies in acute stress disorder. *Behav Res Ther.* 1998; 36(12): 1171-5.
18. Guthrie R, Bryant R. Attempting suppression of traumatic memories over extended periods in acute stress disorder. *Behav Res Ther.* 2000;38(9):899-907.
19. Holeva V, Tarrier N, Wells A. Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behav Ther.* 2002;32(1):65-83.
20. Butler G, Wells A, Dewick H. Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: A pilot study. *Behav Cogn Psychoth.* 1995;23(01):45-56.
21. Donyavi V, Shafiqhi F, Rouhani SM, Hosseini S, Kazemi J, Arghanoun S, et al. The prevalence of PTSD in conscript and official staff of earth force in tehran during 2005-6. *JAUMS.* 2007, 5 (1):1121-5.
22. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther.* 1996;34(8): 669-73.
23. Goodarzi M. Evaluating validity and reliability of Mississippi post traumatic stress disorder scale. *Jpn J Psychol.* 2003;7(2):153-77.
24. Goodarzi M, Esmaili Torkanbori Y. The relation between intrusive thoughts control strategies and severity of obsessive-compulsive symptoms. *Behav Res Ther.* 2003; 22:549-52.
25. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther.* 2004;42(4):385-96.
26. Shirzadeh Dastgiri DS. GMRCaNG. Study of Factor Structure Validity and Reliability of Metacognition Questionnaire-30. *Jpn J Psychol.* 2009;12(4):445-61.
27. Mohammadkhani S. The relationship of the metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in nonclinical population. *JCP.* 2009;1(3):35-51.
28. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol.* 1998; 107(3):508-19.
29. Roussis P, Wells A. Psychological factors predicting stress symptoms: metacognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, & Coping.* 2008; 21(3):213-25.
30. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression: Guilford Press; 2011.
31. Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, et al. Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cogn Behav Pract.* 2008;15(1):85-92.

Original Article

Causal Metacognitive Model War-related Chronic Posttraumatic Stress Disorder

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to investigate causal metacognitive model for explaining the symptoms of war-related chronic Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). **Method:** Current descriptive correlative study was performed on 80 subjects with war-related chronic PTSD selected conveniently among war victims who referred to Deputy of Treatment Affairs of Health and Treatment Office in the Ground Forces of Islamic Republic of Iran Army. The administered instruments included thought control, metacognitive beliefs and rumination questionnaires, PTSD symptoms checklists. Multiple regression model was used to test relational hypotheses; and Overall, Parsimonious and Comparative fit indices to investigate the hypothesized and explained model of fitness through Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) and Amos Graphic software. **Results:** The results of the structural equation modeling for explaining the symptoms of war-related chronic PTSD support the metacognitive model. Also, the finding of the overall fit indices of structural equation modeling ($\chi^2=1.82$, GFI= 0.90, RMSEA=0.041) showed that the model is fit to data and closely related to the theoretical assumptions. **Conclusion:** Metacognitive beliefs through the mediation of thought control strategies and rumination influenced symptoms of war-related chronic PTSD and this causal model may facilitate case formulation and clinical treatment in veterans with this disorder.

Keywords: *post-traumatic stress disorder; rumination; metacognitive treatment*

[Received: 28 December 2013; Accepted: 20 May 2014]

Amir Mohsen Rahnejat*, Mehdi Rabiei^a,
Seyed Hossien Salimi^b, Ali Fathi
Ashtiani^c, Vahid Donyavi^d, Jafar
Mirzai^e

* Corresponding author: Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-22197198

E-mail: arahnedjat@yahoo.com

^a Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^b Research Center for Exercise Physiology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^c Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^d Department of Psychiatry, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^e Sadar Psychiatry Hospital, Foundation of Martyrs and Veterans Affairs, Tehran, Iran.