

مقایسه خشم و احساس گناه در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه با افراد عادی

نویسندگان: محمود رجبی^{۱*}، دکتر رسول روشن^۲ و دکتر حمیدرضا جمیلیان^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی اراک

۲. دانشیار دانشگاه شاهد

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی اراک

* Email: winer62@gmail.com

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه میزان خشم و احساس گناه در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه با افراد عادی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه بودند که به مراکز خدمات بهداشت روانی در شهر اراک در سال ۱۳۸۷ مراجعه نمودند. جامعه افراد عادی نیز کلیه کارکنان مراکز خدمات بهداشت روانی شهر اراک بودند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD)، ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) که به تشخیص روانپزشک و روانشناس بالینی دارای این اختلال ها بودند و ۳۰ نفر از افراد عادی به عنوان گروه مقایسه (جمعاً ۹۰ نفر) بودند که به روش تصادفی ساده از بین افراد مراجعه کننده به چهار مرکز خدمات روانشناختی در شهر اراک انتخاب شدند و در مرحله بعد پرسشنامه های حالت- صفت بیان خشم (STAXI-2) و پرسشنامه احساس گناه (TOSCA-3) بر روی آنها اجرا و پس از نمره گذاری داده های بدست آمده با نرم افزار SPSS و روش تحلیل واریانس یک راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد که بین میزان خشم در افراد مبتلا به PTSD و افراد مبتلا به MDD با افراد عادی تفاوت وجود داشته و تفاوت در هر سه گروه معنا دار بود ($P < 0.001$). همچنین بین میزان احساس گناه در افراد مبتلا به PTSD و افراد مبتلا به MDD با افراد عادی تفاوت وجود داشت که این تفاوت در بین افراد مبتلا به PTSD با افراد مبتلا به MDD معنا دار نبود ($P > 0.001$). ولی در بین افراد مبتلا به PTSD با افراد عادی و همچنین بین افراد مبتلا به MDD با افراد عادی تفاوت معنا دار بود ($P < 0.001$).

کلید واژه ها: اختلال افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه، خشم، احساس گناه.

روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۸۸/۲/۲۰

• پذیرش مقاله: ۹۱/۱/۲۳

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012- 2013

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال نوزدهم- دوره جدید

شماره ۷

پاییز و زمستان ۱۳۹۱

مقدمه

بروز می کند و جزء پاسخ های مقابله ای غیرانطباقی شمرده می شود خشم و رفتار پرخاشگرانه است که گاه به صورت خود آزادی عمدی و خودکشی مشاهده می شود [۷]. پرخاشگری یکی از اختلالاتی است که به طور شایع در میان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه دیده می شود [۸]. در مطالعه ای که بر روی سربازان حاضر در جنگ ویتنام انجام شده است ارتباط آماری معنی داری را بین خشونت و شدت اختلال استرس پس از سانحه یافتند [۹]. بیرن^۲ و رگز^۳ [۱۰] گزارش دادند که ۴۲ درصد از افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه دچار خشونت فیزیکی بوده اند و ۹۲ درصد از آنها خشونت لفظی داشته اند. یافته های دیگر نیز نشان می دهد که بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با مشکلات عدیده ای در زمینه ی احساس مسئولیت و خشم روبرو است [۱۱].

افسردگی شایع ترین بیماری روانی زمان ما است. میزان شیوع افسردگی در جمعیت عمومی را تا ۲۵ درصد گزارش کرده اند [۱۲]. بیماری افسردگی اغلب با کارکرد عادی فرد تداخل داشته و نه تنها باعث آسیب و درد فرد می شود، بلکه افرادی که از بیمار مراقبت می کنند را نیز مبتلا می کند. این بیماری به زندگی خانوادگی و خود فرد آسیب می رساند [۱۳]. در مطالعات مربوط به اختلال افسردگی اساسی^۴ نشان داده شده است که بخش گسترده ای از جمعیت بزرگسالان به این اختلال دچار می شوند. برآوردهای جدید، حاکی از آن است که ۱۶ درصد جمعیت، حداقل یک دوره افسردگی را در نقطه ای از زندگی شان تجربه خواهند کرد [۱۴]. از آنجا که ابتلاء به این اختلال می تواند موجب تغییراتی در حوزه افکار بیمار شده و احساس پوچی یا بیهودگی و بی مصرفی را در او موجب شود و باعث بروز افکار و رفتارهای خودکشی در فرد شود لذا توجه به آن از اهمیت بالایی برخوردار است [۱۵].

سازمان جهانی بهداشت پیش بینی کرده است که تا

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۱، یکی از اختلالات شایع روانپزشکی و روانشناختی است که متعاقب مواجهه ی شخص با یک فاجعه یا حادثه ای دلخراش ایجاد و موجب ناتوانی و ازکارافتادگی قابل توجهی در شخص می گردد [۱]. اختلال استرس پس از سانحه عبارت است از مجموعه ای از علائم نوعی (سندرم) که در پی مواجهه با حوادث آسیب زای زندگی بوجود می آید و فرد به صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می دهد، واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم می کند و در عین حال می خواهد از یادآوری آن اجتناب کند [۲].

شیوع بیماری های همراه اختلال استرس پس از سانحه زیاد است، به گونه ای که حدود دو سوم این بیماران به دو اختلال دیگر نیز به صورت همزمان مبتلا هستند. بیماری های شایع همراه با این اختلال عبارتند از اختلال افسردگی، اختلال مرتبط با مواد، سایر اختلالات اضطرابی و اختلالات دوقطبی [۳]. مطالعات مختلف، همراهی اختلال استرس پس از سانحه را با اختلالات دیگر از جمله افسردگی (۲۶ تا ۶۵ درصد) و اختلال رفتاری (سلوک) و اختلال شخصیت (۴۰ تا ۶۰ درصد) گزارش داده اند [۴].

کشور ما ایران با تحمل بار عظیم جنگ تحمیلی عراق علیه ایران، یکی از بزرگترین استرس های پدید آورنده ی این اختلال را دارا می باشد. افراد زیادی به این اختلال، مبتلا شده اند به گونه ای که شیوع بالای آن در بین بازماندگان و جانبازان جنگ تحمیلی، تقریباً ۴۰ درصد گزارش شده است [۵]. یکی از واکنش های هیجانی افراد مبتلا به PTSD احساس گناه عمیق می باشد که نخستین بار در بازماندگان قتل عام نازی ها مورد توجه قرار گرفت و بعدها در موارد دیگر از جمله جنگ، قحطی ها، زلزله و آتش سوزی های بزرگ مشاهده شد [۶]. به غیر از احساس گناه که بیشتر در بازماندگان سوانح دیده می شود، یکی دیگر از واکنش های هیجانی که در افراد مبتلا به PTSD

2. Byren

3. Riggs

4. Major Depressive Disorder

1. Post Traumatic Stress Disorder

های هیجانی شدید باعث بوجود آمدن خشم و عصبانیت در فرد می شود که بعضی افراد این خشم و عصبانیت را به درون معطوف کرده و به کارهای خودویرانگر مشغول می شوند و احساس گناه را در خود پرورش می دهند یا از برقراری رابطه‌ی دوستانه و نزدیک با دیگران اجتناب می کنند [۲۳].

در رابطه با این اختلال اوستین و همکاران^۱ [۲۴] در پژوهشی که انجام دادند دریافتند که PTSD با میزان خشم رابطه‌ی مثبت و با رضایت زندگی رابطه‌ی منفی دارد. گریس و همکاران (Gerits & et al) [۲۵] نیز در پژوهش خود بر روی ۳۸۰ پرستار با مشکلات رفتاری به این نتیجه رسیدند که پرستاران با PTSD نسبتاً بالا و مهارت‌های اجتماعی نسبتاً پایین، بیشترین نشانگان خشم را از خود نشان می دهند.

پژوهش‌هایی که به مطالعه رابطه احساس گناه و افسردگی پرداختند، نشان دادند احساس گناه با افسردگی رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد [۲۶]. کاریتز^۲ [۲۷] به این نتیجه رسید که مبتلایان به MDD احساس گناه بیشتری نسبت به دیگر افراد دارند در صورتی که سطوح پایین افسردگی با احساس گناه رابطه‌ی منفی دارد. تحقیقات دیگری که در مورد PTSD و MDD انجام گرفته، نشان داده است که افراد مبتلا به MDD نسبت به افراد مبتلا به PTSD درونگرترند یعنی ساکت، درون‌نگر، خود دار، از خودراضی، درمانده و کند هستند [۲۸]. ژاکوب و همکاران (Jacob & et al) [۲۹] به این نتیجه رسیدند که میزان خشم به طور معناداری در افراد مبتلا به PTSD و مبتلایان به MDD تفاوت دارد و میزان خشم در افراد مبتلا به PTSD بیشتر است.

با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته و درک ضرورت و اهمیت آن هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان خشم و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی با افراد عادی بوده است. برای تحقق این هدف، فرضیه‌های پژوهشی زیر

سال ۲۰۲۰ این اختلال دومین بیماری بزرگ جهان خواهد بود [۱۶]. از سوی دیگر خطر خودکشی در چنین بیمارانی غالباً فزونی می یابد. یک هفتم از بیمارانی که برای اختلال افسردگی اساسی بستری شده اند از طریق خودکشی جان خود را از دست داده اند [۱۷]. این میزان همراه با پریشانی روانشناختی و نشانه‌های همزمان با افسردگی افزایش می یابد. بعضی از این نشانه‌ها و اختلالات عبارتند از اضطراب، ترس مرضی، پرخاشگری، حساسیت بین فردی و سواس جبری [۱۶].

اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که مبتلایان به آن واکنش‌های هیجانی مشابهی را از جمله احساس گناه و خشم از خود بروز می دهند [۱۸]. طبق ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، دوره افسردگی اساسی باید حداقل دو هفته به طول بینجامد و حداقل چهار علامت از فهرست علائم شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عودکننده مرگ یا خودکشی را به همراه داشته باشد [۱۹]. چنانچه از کودکی عصبانی شدن و ابراز احساس خشم در خانواده منع شود و یا حتی کودک بخاطر ابراز این احساس تنبیه شود، پیامی که به او داده می شود این است که احساس عصبانیت و ابراز آن خطرناک است، نتیجه‌ی آن به درون ریختن احساسات و ترس از ابراز هر نوع احساس است. در برخی افراد این به درون ریختن به تدریج تبدیل به افسردگی و یا دلشوره و نگرانی می شود و در برخی موارد که به ابراز احساس منجر می شود، فرد احساس گناه می کند [۲۰]. بعضی بررسی‌ها همبودی افسردگی را با اختلال استرس پس از سانحه تأیید کرده اند [۲۱]. یافته‌های گرین (Green) [۲۲] نیز نشان داد که فراوانترین نشانه همراه با اختلال استرس پس از سانحه ابتدا اضطراب و سپس افسردگی است.

در افراد مبتلا به PTSD، احساس گناه درباره زنده ماندن در مواردی که دیگران مرده اند یا درباره کارهایی که می بایست برای زنده ماندن انجام می دادند، گزارش شده است. در برخی موارد فوران‌ها و طغیان

^۱ . Austin & et al

^۲ . Karits

مورد بررسی قرار گرفت.

فوق دیپلم بود. تحلیل نتایج با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و نرم افزار SPSS انجام شده است.

ابزارهای پژوهش

برای گردآوری داده های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

الف) مصاحبه تشخیصی (PSS-I)

مصاحبه تشخیصی نیمه ساخت یافته که توسط فوآ و همکاران (Foa & et al) [۳۰] تدوین شده و به منظور تشخیص اختلال PTSD و ارزیابی شدت علائم آن بر مبنای DSM-IV طراحی گردیده است. پایایی PSS-I با روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک ماه برابر با ۰.۷۷ و همسانی درونی آن برابر با ۰.۸۶ گزارش شده است. این مقیاس حاوی ۱۷ سؤال کوتاه می باشد که با استفاده از طیف لیکرت شدت علائم هر ملاک مشخص می شود و پاسخ های درمانجو توسط مصاحبه گر از صفر تا سه درجه بندی می شود (فوآ و تالین، ۲۰۰۰). نمره برش در این پرسشنامه ۱۰ می باشد. در پژوهشی که در ایران و در مورد ویژگی های روانسنجی PSS-I انجام گرفته است پایایی مقیاس فوق در ایران با روش بازآزمایی به فاصله زمانی دو هفته ۰.۹۵ محاسبه شده است [۶].

ب) پرسشنامه حالت-صفت بیان خشم (STAXI-2)

این پرسشنامه توسط چارلز، دی، اسپیلبرگر در سال ۱۹۹۹ ساخته شده و مشتمل بر ۵۷ ماده است. این پرسشنامه شامل ۶ مقیاس، ۵ خرده مقیاس و یک شاخص بیان خشم است. مقیاس ها عبارتند از: حالت خشم، صفت خشم، برونریزی خشم، درون ریزی خشم، کنترل برون ریزی خشم و کنترل درون ریزی خشم. خرده مقیاس ها عبارتند از: احساس خشم، احساس نیاز شدید به بیان کلامی خشم، احساس نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم، خلق و خوی خشمگین و واکنش خشمناک. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۴ درجه ای، از تقریباً

۱- بین میزان خشم در بین افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با افراد عادی تفاوت وجود دارد.
۲- بین میزان احساس گناه در بین افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با افراد عادی تفاوت وجود دارد.

روش

این پژوهش از نوع علی-مقایسه ای (پس رویدادی) است. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه افرادی که به مراکز خدمات بهداشت روانی در شهر اراک در سال ۱۳۸۷ مراجعه نموده و از بیماری اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی رنج می بردند. جامعه گروه افراد عادی نیز کلیه کارکنان مراکز خدمات بهداشت روانی شهر اراک بودند که از نظر متغیرهای مداخله کننده با گروه مورد آزمون جور بودند.

برای نمونه گیری از بین مراجعینی که به چهار مرکز ارائه خدمات بهداشت روانی (شامل درمانگاه دانشگاه علوم پزشکی اراک، بیمارستان روانپزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک و دو کلینیک تخصصی مشاوره و روان درمانی) در سطح شهر اراک طی ماه های خرداد لغایت شهریور ۱۳۸۷ مراجعه نمودند و تشخیص اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی را توسط روانپزشک و مصاحبه بالینی سازمان یافته را توسط روانشناس بالینی بر اساس DSM-IV داده شدند، ۳۰ نفر آزمودنی در هر یک از سه گروه مورد مطالعه (در کل ۹۰ نفر) به روش تصادفی ساده انتخاب و آگاهانه با اخذ رضایت نامه کتبی تحت آزمون قرار گرفتند. نمونه افراد عادی نیز ۳۰ نفر از کارکنان مراکز خدمات بهداشت روانی شهر اراک بودند که از نظر متغیرهای مداخله کننده با گروه مورد آزمون جور شده بودند. در هر سه گروه آزمودنی ها از لحاظ سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل همگن بودند و محدوده سنی آنان از ۱۸ تا ۴۹ سال و تحصیلاتشان از سطح ابتدایی تا

¹ PTSD Symptom Scale –Interview

² State and Trait Anger Expression Inventory

(۸۰ تا ۱۶)، بی تفاوتی (۱۱ تا ۵۵)، غرور آلفا (۵ تا ۲۵) و غرور بتا (۵ تا ۲۵) می باشد. نمره کل پرسشنامه بین ۶۹ تا ۳۴۵ است [۳۲].

نتایج

در این قسمت نتایج آمار توصیفی مربوط به آزمودنی‌ها و نتایج تحلیل آماری آمده است. همانطور که جدول ۱ نشان می دهد، کل نمونه این پژوهش ۹۰ نفر بوده است که شامل ۴۰ نفر مرد (۴۱/۵ درصد) و ۵۰ نفر زن (۵۸/۵ درصد) بودند که مطابق جدول بالا در سه گروه قرار داشتند. نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد که میانگین نمرات گروه PTSD در متغیر خشم (۳۲۴/۰۶) نسبت به گروه MDD (۲۸۹/۷۰) و گروه افراد عادی (۲۶۶/۴۵) بیشتر است.

هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۴) رتبه بندی می گردد. حداقل و حداکثر نمرات بین ۸۰ تا ۴۱۶ می باشد. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۷۰ محاسبه شده است [۳۱]، که حکایت از پایایی قابل قبول این ابزار است.

ج) پرسشنامه احساس گناه (TOSCA-3)

این آزمون دارای ۶ خرده مقیاس مستعد بودن به صفت شرم (۱۶ ماده)، مستعد بودن به صفت گناه (۱۶ ماده)، برونی سازی (۱۶ ماده)، بی تفاوتی (۱۱ ماده)، غرور آلفا (۵ ماده) و غرور بتا (۵ ماده) است. آلفای کرونباخ مستعد بودن به صفت شرم ۰/۷۸، مستعد بودن به صفت گناه ۰/۶۴، برونی سازی ۰/۷۲، بی تفاوتی ۰/۶۴، غرور آلفا ۰/۴۵ و غرور بتا ۰/۳۹ گزارش شده است (روشن، ۱۳۸۶). نمره گذاری بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (۱ تا ۵) انجام می شود. نمره خرده مقیاس شرم بین (۸۰ تا ۸۰)، گناه (۸۰ تا ۸۰)، برونی سازی

جدول ۱: توزیع فراوانی جنسیت و وضعیت تأهل آزمودنی های

گروه	جنسیت		وضعیت تأهل	
	مرد	زن	متأهل	مطلقه
	فراوانی	فراوانی	فراوانی	فراوانی
گروه PTSD	۱۳	۱۷	۱۸	۱
گروه MDD	۱۳	۱۷	۱۹	۱
گروه افراد عادی	۱۴	۱۶	۱۹	۱
جمع کل	۴۰	۵۰	۵۶	۳

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیر خشم در میان سه گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
گروه افراد عادی	۳۰	۲۶۶/۴۵	۲۲/۱۲
گروه PTSD	۳۰	۳۲۴/۰۶	۲۱/۸۷
گروه MDD	۳۰	۲۸۹/۷۰	۲۶/۰۷
کل	۹۰	۲۹۳/۴۴	۳۳/۲۸

جدول ۳: تحلیل واریانس یک طرفه بر روی میانگین سه گروه در متغیر خشم

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
میان گروهی	۵۲۰۷۲/۸۸	۲	۲۶۰۳۶/۴۴	۴۷/۵۲	۰/۰۰۱
درون گروهی	۴۸۷۶۳/۸۴	۸۷	۵۴۷/۹۰		
کل	۱۰۰۸۳۶/۷۲	۸۹			

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد متغیر احساس گناه در میان سه گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
گروه افراد عادی	۳۰	۲۰۳/۴۶	۲۷/۲۴
گروه PTSD	۳۰	۲۶۴/۴۰	۲۸/۶۸
گروه MDD	۳۰	۲۷۲/۲۳	۲۴/۹۲
کل	۹۰	۲۴۵/۷۶	۴۱/۰۷

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه بر روی میانگین سه گروه در متغیر احساس گناه

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
میان گروهی	۸۸۶۸۲/۲۰	۲	۴۴۳۴۱/۱۰	۶۰/۸۲	۰/۰۰۱
درون گروهی	۶۴۸۷۸/۵۳	۸۷	۷۲۸/۹۷		
کل	۱۵۳۵۶۰/۷۳	۸۹			

نتایج آزمون شفه نشان داد در بین گروه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD) با گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) تفاوت معنادار وجود ندارد، اما بین گروه افراد عادی با گروه PTSD و همچنین بین گروه افراد عادی با گروه MDD تفاوت معنادار وجود دارد و بالاترین تفاوت بین گروه MDD با افراد عادی می باشد ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش مقایسه میزان خشم و احساس گناه در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی (MDD) و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) با افراد عادی بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات متغیر خشم در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی (MDD) و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) با افراد عادی

در جدول شماره ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات خشم $p = 0/001$ ، $df(2 و 87)$ ، $F = 47/52$ ، در سه گروه (مبتلایان به PTSD و MDD و افراد عادی) تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون شفه نشان داد در بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد و بالاترین تفاوت بین گروه PTSD با افراد عادی می باشد ($p < 0/001$).

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه MDD نسبت به گروه PTSD و افراد عادی بیشتر است.

در جدول شماره ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات احساس گناه $p = 0/001$ ، $df(2 و 87)$ ، $F = 60/82$ ، در سه گروه (مبتلایان به PTSD، MDD و افراد عادی) تفاوت وجود دارد.

تفاوت وجود دارد و میانگین نمرات خشم در میان افراد مبتلا به PTSD بیشتر از سایر گروه هاست و در بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته های ژاکوب [۲۹] مبنی بر اینکه میزان خشم بطور معناداری در میان مبتلایان به PTSD و MDD متفاوت بوده است و در افراد مبتلا به PTSD بیشتر است، همسو می باشد همچنین این نتایج با یافته های گریس [۲۵] مبنی بر اینکه افراد دارای PTSD با مهارت های اجتماعی نسبتاً پایین بیشترین نشانگان خشم را از خود نشان دادند همسو می باشد.

در زیر مقیاس احساس تمایل به بیان جسمی خشم بین مبتلایان به PTSD و MDD تفاوت معنادار وجود ندارد در صورتی که در زیر مقیاس احساس تمایل به بیان کلامی خشم در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد این نتایج با یافته های بیرن و رگز [۱۰] مبنی بر این که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در ۹۲ درصد خشونت لفظی داشته اند مسو می باشد همچنین از سویی بیانگر این است که در هر دو گروه احساس تمایل خشم وجود دارد در حالی که افراد MDD خشم خود را به درون برده و سرکوب می کنند اما مبتلایان به PTSD که در بیان خشم به طرف بیرون نیز میانگین بالاتری نسبت به دیگر گروه ها دارد بطور مکرر خشم خود را در قالب رفتار پرخاشگرایانه ای که به سمت افراد یا اشیاء دیگر در محیط است، ابراز می کنند و قادر به کنترل خشم خود نسبت به محیط اطراف نیستند. عوامل متعددی در هم تنیده می شود و خشونت را به وجود می آورند که از آن جمله می توان به محرومیت، طرد، فقر، مورد خشونت دیگران قرار گرفتن، آزار جسمی، جنسی یا عاطفی و شاهد اعمال خشونت آمیز اعضای خانواده بودن اشاره کرد. بر این اساس شاید بتوان گفت که افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه نیز به نوعی شاهد یک یا چند عامل خشونت بار از سوی دیگران بوده اند و لذا انتظار می رود که همانگونه که شدت بیماری و تأثیر ناشی از یادآوری آن بیشتر می شود، خشونت فرد نیز افزایش می یابد [۸]. همچنین یکی از اختلالات روانشناختی که با علایم

اضطرابی و خشونت های ناگهانی و پرخاشگری شناخته می شود، اختلال استرس پس از سانحه است [۳۳]. با توجه به مشاهدات و مصاحبه های بالینی، این افراد احساس جدامانندی یا غریبه بودن نسبت به دنیای پیرامونی خود دارند و ممکن است هر لحظه گوش به زنگ وقوع یک اتفاق باشند و در رویارویی با نشانه های درونی یا بیرونی تداعی کننده و سریع واکنش نشان داده و این حالات آنها را عصبی کرده و خشم آنها را تحریک می کند. آنچه قابل توجه می باشد این است که در زیر مقیاس بیان خشم به طرف درون میانگین خشم افراد مبتلا به MDD بیشتر از افراد مبتلا به PTSD است که با توجه به نظریه روان تحلیلی مبنی بر اینکه خشم افراد افسرده متوجه درون می گردد، قابل تبیین است.

در زمینه متغیر احساس گناه، یافته های پژوهشی نشان داد که احساس گناه در میان مبتلایان به MDD بیشتر از سایر گروه ها است و بین سه گروه تفاوت وجود دارد اما در بین گروه PTSD با گروه MDD تفاوت معنادار وجود ندارد در صورتی که بین گروه PTSD با افراد عادی و همچنین بین گروه MDD با افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با یافته های کاریتز [۲۷] مبنی بر اینکه مبتلایان به MDD احساس گناه بیشتری نسبت به دیگر افراد دارند، همسو می باشد.

ضمن این که این نتایج با یافته های تانجنی و درینج [۲۶] که نشان داد افسردگی رابطه ی مثبت و معناداری با میزان احساس گناه دارد، همسو می باشد. نظریه سبک های واکنشی بیانگر این است که درگیری افراد در تفکر منفعلانه و تکراری درباره ی نشانه های افسردگی باعث تداوم آن می گردد. این تلاش بیماران به صورت نشخوارهای ذهنی درآمده و نه تنها از بار این نشانه ها نمی کاهد بلکه باعث تشدید آنها می گردد [۳۴]. اختلال افسردگی اساسی (MDD) یکی از شایع ترین اختلالاتی است که مبتلایان به آن واکنش هایی از جمله احساس گناه و خشم از خود بروز می دهند [۱۸]. با توجه به ویژگی های افسردگی مبنی بر این که افراد افسرده نه تنها نسبت به زندگی بلکه نسبت به خودشان نیز بی علاقه اند

است که به عوامل زمینه ساز آن توجه بیشتری شود و در درمان آن سایر عوامل از جمله اضطراب و وسواس نیز مدنظر قرار گرفته و در صورت امکان با پیش‌گیری و درمان مشکلات زمینه‌ای از ابتلای افراد به این اختلالات جلوگیری شود. نظر به اینکه بخش عمده‌ای از رفتارها پرخاشگرانه، زمینه‌های روانشناختی دارد و در صورت شناسایی و درمان این علل می‌توان در جهت کاهش پرخاشگری اقدام نمود. همچنین به تأثیرات این اختلالات بر روی خانواده‌ها و مشکلات زناشویی و آسیب‌های خانوادگی مرتبط با این اختلالات پرداخته شود. همچنین می‌توان خانواده‌ها را نسبت به شناخت این اختلالات و تجربیات آسیب‌زایی که در طول زندگی با آن روبرو خواهند بود و مراجعه به منابع حمایتی آشنا نمود.

سپاس‌گزاری

بدین وسیله از همکاری کارکنان محترم بیمارستان شهید هاشمی اراک به ویژه آقایان بهزادمنش، مسلمی و خوانساری کمال تشکر و قدردانی را نموده و آرزوی موفقیت و نشاط پایدار را از خداوند متعال برای ایشان خواستاریم.

منابع

1. Sadok, B, Sadock. V, Ruiz, P. (2009). Comprehensive textbook of psychiatry. New York, Lippincott Williams and Wilkins co. pp. 1629-1647.
۲. کاپلان، هارولد. و سادوک، بنیامین. (۱۳۸۳). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی، تهران. انتشارات ارجمند.
3. Barlow, K., Grenyer, B., Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. Aust NZ J Psychiatry. 34(6): 967-74.
4. Nutt, D., Davidson, J. R, Zohar, R.T, & Zohar, J. (2000). Post-traumatic Stress Disorder. Martin Dunitz Ltd, United Kingdom.

و اغلب کمبود و نارسایی‌ها در زمینه مهارت‌های اجتماعی، بدنی و سلامتی را به خود نسبت می‌دهند و شکست‌های گذشته و حال خود را بزرگ می‌پندارند، لذا به خاطر کوچک‌ترین اشتباه و یا شکست و حادثه‌ای احساس گناه شدید و ناامیدی زیادی به آنها دست می‌دهد [۳۵]. با توجه به این که از ویژگی‌های بالینی اختلال استرس پس از سانحه و همچنین از علائم اختلال افسردگی اساسی، احساس گناه، احساس طرد شدن و احساس غریبه بودن می‌باشد [۱۹]، این عدم معنا داری تفاوت میانگین در مبتلایان به PTSD و MDD قابل تبیین است و افراد مبتلا به PTSD حالات و هیجانات خود را به صورت خشم ابراز می‌کنند و کنترل زیادی روی تکانه‌ها و هیجانات خود ندارند در حالی که افراد مبتلا به MDD احساسات و حالات هیجانی خود را به درون برده و سرکوب می‌کنند در نتیجه احساس گناه در افراد MDD به صورت بارزتری خود را نشان می‌دهد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که این پژوهش فقط در برگیرنده‌ی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی در شهر اراک بوده است و دیگر این که در این پژوهش فقط از یک ابزار برای هر متغیر استفاده شد و از دیگر ابزارهای مکمل برای تعمیم‌پذیری بیشتر استفاده نشده است. با توجه به مشکلات عدیده ناشی از تظاهرات پرخاشگرانه مبتلایان به اختلالات روانشناختی از نظر اجتماعی در سطح خانواده و جامعه، همچنین تحمیل هزینه‌های بستری، درمان و مراقبت‌های بالینی این بیماران، شناخت افراد پرخاشگر و بررسی علل و عوامل زمینه‌ساز ایجاد این رفتارها ضرورت دارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده بر روی نمونه‌هایی از بیماران در شهرها و بیمارستان‌های دیگر صورت گیرد تا وضعیت خشم و احساس گناه و متغیرهای مرتبط با این موضوعات بررسی شود و همچنین از دیگر ابزارهای مکمل برای تعمیم‌پذیری بیشتر استفاده شود. در مجموع می‌توان چنین عنوان نمود که با توجه به میزان بالای عود افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه شایسته

13. Dozois, DA., Dobson, KS. (2004). The prevention of anxiety and depression: theory, research, and practice. Washington, DC: American Psychological Association.
14. Kessler, R. C, Berglund, P, Demler, O, Jin, R, Koretz, D & Merikangas, K. R. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity survey replication. 289, 3095-3105.
15. سادوک، ویرجینیا. و سادوک، بنیامین. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی بالینی. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
16. Kenny, MA., Williams, JM. (2007). Treatment-resistant depressed patient show response to Mindfulness-bias Cognitive Therapy. Behave Res Ther. 45(3): 617-25.
17. Powell, J, Geddes, J, Deeks, Goldacre, M., Hawton, K. (2000). Suicide in psychiatric patients: Risk factors and their predictive power. Br Journal Psychiatry. 176: 266-72.
18. Boot, T., Kolli, Q. Fridman, A. (2000). Associations between birth order and personality traits: Evidence from self-reports and observer ratings. Journal of Research in Personality.
19. Kaplan, HJ., Sadock, BJ. (2005). Kaplan & Sadock's comprehensive text book of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1718-99.
20. Anoch, P. T. Jr., McCrae, R. R., Martin, Kallasmaa, T., & Realo, A. (2006). Personality development from adolescence through adulthood: Further cross-cultural comparisons of age differences. In V. J. Molfese & D. Molfese (Eds.), Temperament and personality development across the life span. pp. 235-252. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
21. Roussos, A., Goenjian, A., & Steinberg, A. (2005). Post traumatic stress and depressive reactions among children and adolescents after the 1999 earthquake in Ano Liosina, Greece. American Journal of Psychiatry. 162, 530-537.
22. Green, L. (1991). Evaluation the effects of disasters. American Journal of Psychological Assessment. 41, 538-540.
5. خدایی اردکانی، محمدرضا. و کرمی، غلامرضا. (۱۳۸۶). بررسی میزان شیوع اختلالات روانشناختی در تعدادی از جانبازان شیمیایی جنگ تحمیلی عراق علیه ایران. خلاصه مقالات چهارمین سمپوزیوم پیشگیری و درمان عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ. تهران: پژوهشکده ی مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
6. صحراگرد، مهدی. (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی درمان های آموزش آرام سازی بدون تنش همراه با بیوفیزیک و EMDR در جانبازان مبتلا به PTSD. تهران: دانشگاه شاهد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی.
7. گلدر، مایکل. و مایو، ریچارد. و کونن، فیلیپ. (۱۳۷۹). روانپزشکی آکسفورد. ترجمه نصرت الله پورافکاری. انتشارات شهرآب. (انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۱).
8. نوحی، سیما. و همکاران. (۱۳۸۵). بررسی ارتباط پرخاشگری با شدت بالینی اختلال استرس پس از سانحه. تهران. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. مجله پژوهنده. سال یازدهم. شماره ۵۰. ص ۹۹-۹۵.
9. Beckham, JC., Feldman, ME., Kirby, AC., Hertzberg, MA., Moor, SD. (1997). Interpersonal Violence and its correlates in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. J Clin Psychol. 63(2), 308-12.
10. Byren, CA., Riggs, DS. (1996). The cycle trauma: Relationship of aggression in male Vietnam veterans with symptom of posttraumatic stress disorder. Violence and Victims, 11, 213-225.
11. Zaslav, M. R. (1994). Psychology of co morbid Posttraumatic stress disorder and substance abuse: Lessons from combat veterans. Journal of Psychoactive Drugs. 26, 393-400.
12. Kaplan, HJ., Sadock, BJ. (1998). Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins. 538-540, 626-629, 806-810.

۳۲. روشن، رسول، عطری فرد، مهدیه. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و پایایی سومین نسخه تجدید نظر شده مقیاس عاطفه خودآگاهی برای بزرگسالان (TOSCA-3). مجله دانشور. سال چهارم. شماره ۲۵. صفحه ۴۱-۳۱.
۳۳. Martenyi, F. (2004). Posttraumatic stress disorder (PTSD). *Over Hetil*. 145(46): 2315-22.
۳۴. Watkins, E, Teasdale, JD. (2001). Rumination and Over general Memory in Depression: Effects of Self-Focus and Analytic Thinking. *Journal Abnormal Psychol*, 110(2), 353-7.
۳۵. Edvard, J. R. (2006), American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders and women personality trait (4th Ed.). Washington, DC: Author.
۲۳. کارلسون، کارن. و جی، ایزنستات. و استغانی، زیپورین، ترا. (۱۳۷۹). بهداشت روانی زنان. ترجمه خدیجه ابوالعماری و همکاران. نشر ارسباران. (انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۷).
24. Austin, E. J., Saklofske, D. H. & Egan, V. (2006). Personality, Well-being and health correlates of trait PTSD. *Personality and Individual Differences*.
25. Gerits, L. Dreksen, J. L., Verbruggen, A. B, & Katzko, M. (2007). PTSD profiles of nurses caring for people with severe behavior problems: Personality and Individual Differences. 37, pp, 406-415.
26. Tangney, J. p. & Dearinj, R. L. (2002), shame and guilt. New York & London: the Guilford press.
27. Karits, G. (2003). Culture's consequences: International differences in depressed and healthy women personality trait. Beverly Hills, CA: Sage.
28. Bolton, H.A Kim, T. (2006). Symptom Correlates of Posttraumatic stress disorder in clients with major depression. *Journal of comprehensive psychiatry*. 47.pp, 357 – 361.
29. Jacob, G. Gitta , A . (2007). Time Course of anger and other Cmotions in women with PTSD personality disorder. *Journal of behavior therapy and Experimental psychiatry*, 1-11 [on-line]. Available: <http://www.Elsevier.Com>.
30. Foa, E., & Tolin,. D (2000). Comparison of the PTSD symptom scale. Intrview version and clinical- Administered PTSD scale. 13(2), 181 – 189.
۳۱. مقدسین، مریم. (۱۳۸۷). بررسی اعتبار ملاک و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه STAXI-2 در یک جمعیت بالینی. تهران. دانشگاه شاهد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. پایان نامه کارشناسی روانشناسی بالینی.