

Original Article

The Effectiveness of Cognitive Processing Therapy on Emotion Regulation and Posttraumatic Growth in Bereaved Survivors with Posttraumatic Stress Disorder

Fariba Sadat Vakili¹, PhD Candidate;  Shahnaz Khaleghipour^{1*}, PhD;  Ali Mohammad Rezaei², PhD 

¹Department of Psychology, Nae.C., Islamic Azad University, Naein, Iran

²Department of Psychology, ARS.C., Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

Article Information

Article History:

Received: April 06, 2024

Accepted: December 18, 2024

*Corresponding Author:

Shahnaz Khaleghipour, PhD;
Department of Psychology, Nae.C.,
Islamic Azad University, Naein, Iran
Email: sh.khaleghipour@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: The experience of grief complicated by posttraumatic stress represents one of the most challenging human experiences. It gives rise to complex emotions and psychological injuries that can impede personal development. Over time, these can increase an individual's anxiety and negatively impact their meaning and quality of life, making this a significant area of inquiry. The present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-processing therapy (CPT) on emotion regulation and posttraumatic growth in survivors of experiencing posttraumatic stress disorder (PTSD) due to bereavement.

Methods: This study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The statistical population included bereaved individuals who had lost a loved one, had sought services at counseling centers in Shiraz in 2021, and had been diagnosed with PTSD using the Mississippi PTSD Scale. A purposive sample of 30 participants was selected and randomly assigned to either an experimental group (n=15) or a control group (n=15). The experimental group underwent twelve 90-minute sessions of cognitive processing therapy, while the control group received no intervention. Data were collected using the Mississippi PTSD Scale, the Emotion Regulation Questionnaire, and the Posttraumatic Growth Inventory. Data analysis was performed using one-way analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS software (version 27).

Results: The results indicated that cognitive-processing therapy led to positive changes in the components of emotion regulation, specifically in reducing expressive suppression and increasing cognitive reappraisal ($P < 0.05$). Furthermore, a significant improvement was observed in the posttraumatic growth components (New Possibilities, Relating to Others, Personal Strength, Appreciation of Life, and Spiritual Change) within the experimental group ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings suggested that cognitive processing therapy significantly influenced the processing of posttraumatic stress by fostering awareness of the traumatic experience and emphasizing key therapeutic factors such as safety, self-belief, important relationships, power, control, and trust. This evidence indicated that thought systems following trauma were amenable to change through such interventions. Consequently, CPT proved to be an effective therapeutic approach for regulating emotions and facilitating posttraumatic growth. It is therefore recommended as a therapeutic approach for individuals presenting with symptoms of PTSD and bereavement.

Keywords: Bereavement; Cognitive behavioral therapy; Emotional regulation; Posttraumatic growth, psychological

Please cite this article as:

Vakili FS, Khaleghipour S, Rezaei AM. The Effectiveness of Cognitive Processing Therapy on Emotion Regulation and Posttraumatic Growth in Bereaved Survivors with Posttraumatic Stress Disorder. *Sadra Med. Sci. J.* 2026; 14(1): 164-178. doi:10.30476/smsj.2026.101878.1503.



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان پردازش شناختی بر تنظیم هیجان و رشد پس آسیمی در بازماندگان دارای اختلال استرس پس از سانحه ناشی از داغدیدگی

فریبا سادات وکیلی^۱، شهناز خالقی پور^{۱*}، علی محمد رضایی^۲

^۱گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران
^۲گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۸

نویسنده مسئول:

شهناز خالقی پور

گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی،

نایین، ایران

پست الکترونیکی: sh.khaleghipour@iau.ac.ir

مقدمه: تجربه سوگ همراه با استرس پس از سانحه از چالش برانگیزترین تجارب انسانی است که منجر به بروز عواطف پیچیده و آسیب‌هایی می‌شود که بر رشد فردی تأثیر می‌گذارد. در این شرایط خاص با گذشت زمان، فرد را مضطرب‌تر می‌کند و معنا و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که بررسی این مسئله مورد توجه می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پردازش شناختی بر تنظیم هیجان و رشد پس آسیمی در بازماندگان دارای استرس پس از سانحه ناشی از داغدیدگی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل افرادی بودند که یکی از عزیزان‌شان را از دست داده و در سال ۱۴۰۰ به مراکز مشاوره شهر شیراز مراجعه کرده و براساس پرسش‌نامه می‌سی‌سی‌پی، مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تشخیص داده شده بودند. ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفته‌اند. گروه آزمایش، تحت درمان پردازش شناختی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی (کیان، کادل و تیلور، ۱۹۸۸)، پرسش‌نامه تنظیم هیجان (گروس و جان، ۲۰۰۳) و رشد پس آسیمی (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان پردازش شناختی منجر به تغییر مثبت مؤلفه‌های تنظیم هیجان، در جهت کاهش سرکوبی و افزایش ارزیابی مجدد شده است ($P < 0/05$)؛ همچنین، در مؤلفه‌های رشد پس آسیمی (تنظیم اولویت‌های جدید، روابط بین‌فردی، قدرت شخصی، ارزشمندی زندگی و تغییرات معنوی) گروه آزمایش، پیشرفت معناداری دیده شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، درمان پردازش شناختی با ایجاد شناخت از تجربه‌ی آسیب‌زا و تمرکز بر امنیت خودباوری، روابط مهم، قدرت، کنترل و اعتماد و پذیرش استرس پس از سانحه را تحت تأثیر قرار داده است که نشان می‌دهد، روش‌های سیستم تفکر بعد از آسیب قابل تغییر هستند. این درمان بر تنظیم هیجان و تسهیل رشد پس آسیمی مؤثر است و برای برخورد با بازماندگان با علائم استرس پس از سانحه مبتلا به داغدیدگی پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: سوگ، درمان شناختی‌رفتاری، تنظیم هیجان، رشد پس سانحه‌ای روان‌شناختی

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

وکیلی ف.س، خالقی پور ش.م، رضایی ع.م. اثربخشی درمان پردازش شناختی بر تنظیم هیجان و رشد پس آسیمی در بازماندگان دارای اختلال استرس پس از سانحه ناشی از داغدیدگی. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۴، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵، ۱۶۴-۱۷۸.

مزاحم مربوط به رویدادها، ناراحتی روانی یا جسمی در نشانه‌های مربوط به ضربه، تلاش برای اجتناب از نشانه‌های مرتبط با ضربه، تغییراتی در الگوی فکری و احساسی فرد است (۷). این علائم بیش از یک ماه پس از وقوع حادثه رخ می‌دهند (۸) و فرد مبتلا بیشتر از پیش در معرض خطر خودکشی و خودآزاری عمدی است که نیازمند مراقبت و درمان است (۹).

یکی از مهم‌ترین و اصلی‌ترین دلایل تجربه و ایجاد PTSD مسئله سوگ است (۱۰). سوگ فردی که به دلیل از دست دادن محبوب به PTSD دچار شده است، را می‌توان به عنوان سوگ پیچیده در نظر گرفت که اختلال عمده‌ای را در کیفیت زندگی ایجاد می‌کند و در فردی که دچار این نشانگان شده است، خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی، سوءمصرف مواد و خودکشی، افزایش پیدا می‌کند (۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شدت سوگ پیچیده، با گذر زمان و حتی پس از سال‌ها گذشتن از واقعه، کاهش پیدا نمی‌کند، به طور خود به خودی درمان نمی‌یابد و نیاز است که تحت درمان خاص قرار گیرد (۱۲). در واقع در تجربه شدت و حدت سوگ عوامل بسیاری تأثیرگذار هستند که یکی از مهم‌ترین این عوامل، هیجانات است (۱۳). ناتوانی در تنظیم هیجان^۲ می‌تواند شخص را برای بروز یک اختلال و ناتوانی در برقراری ارتباط و مهارت‌های بین‌فردی، در موقعیت خطر قرار دهد (۱۳)؛ برای مثال، اشکال در تنظیم هیجانات منفی، با اختلالات درونی‌سازی مانند اضطراب و افسردگی ارتباط دارد و لذا توجه به این عامل برای تدوین روندهای درمان در افراد دارای تجربه سوگ و PTSD بسیار حائز اهمیت است (۱۴). زمانی که افراد داغ‌دیده مهارت‌های مقابله‌ای لازم را برای کنترل نشانه‌های شناختی و هیجانی سوگ پیچیده فراگیرند، قادر خواهند بود که نشانه‌های ناهنجار را کنترل نمایند و در نتیجه نشانه‌های سوگ پیچیده کاهش می‌یابد (۱۳). همچنین، در ارتباط با PTSD، تغییر در الگوی هیجانی و ابعاد آن نقش مهمی دارد و نوع تنظیم هیجان فرد، عامل دیگری است که در کیفیت و چگونگی درک رویدادهای زندگی در زمان بروز رویداد یا پس از آن، موثر است (۱۵). در مسیر تجربه هیجانات، فرد با فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای فیزیکی و اجتماعی-روانی در به انجام رساندن اهداف مورد نظر روبرو می‌شود. تنظیم هیجان مکانیسمی است که افراد به واسطه آن هیجانات خود را برای رسیدن به

نشانگانی که پس از مشاهده و تجربه مستقیم یا شنیدن یک عامل تنش‌زا و آسیب‌زای شدید روی می‌دهد که فرد نسبت به این تجربه‌ها احساس درماندگی می‌کند به عنوان اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD) شناخته می‌شود که یک اختلال روان‌شناختی است و در چند سال اخیر همیشه در رتبه‌های نخست از طبقه‌بندی بیماری‌های بین‌المللی بوده است (۱). فرد در واکنش به این تجربه‌ها رفتارهای آشفتگی و نشان‌دهنده بی‌قراری بروز می‌دهد و مدام تلاش می‌کند از یادآوری رویداد و سانحه اجتناب کند. رویدادهای آسیب‌زایی همچون بلایای طبیعی، حوادث ناخوشایند و از دست دادن ناگهانی یکی از اعضای خانواده که فرد را در معرض داغ‌دیدی قرار می‌دهد و تجربه تصور آن واقعه سلامت روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد که علائم آن می‌تواند به صورت PTSD تعریف گردد (۱). از دست دادن منبع عشق، چه به صورت احساسی و جدا شدن، چه به صورت فوت، بسته به میزان و عمق رابطه و ظرفیت روان‌شناختی فرد بازمانده، می‌تواند آسیب‌های مبتنی بر PTSD را موجب گردد و نشانه‌های بسیار آسیب‌زایی داشته باشد. سالانه، در حدود ۳/۶٪ از مردم جهان، PTSD را تجربه می‌کنند (۲) و تجربه از دست دادن یک فرد عزیز حدود ۲۰٪ موارد PTSD در کل جهان را نشان می‌دهد (۳). تجربه سوگ و فقدان با ایجاد یک بار هیجانی منفی قوی، زمینه مهمی در ناامیدی، اضطراب و احساس بی‌ارزش شدن زندگی است که فرد را به سمت استرس حاد توأم با افسردگی پیش می‌برد (۴). در بررسی تجربه PTSD مسئله کنترل، مقابله و تحلیل هیجانی امری مهم است و افرادی با مشکل در کنترل و مدیریت هیجان، تجربه‌های بیشتر و شدیدتری از PTSD را گزارش می‌کنند (۵). از مهم‌ترین عوامل خطر ساز برای ابتلا به PTSD شدت، مدت و نزدیکی شخص به ترومای واقعی است. هر چقدر فرد به مرکز یک تروما نزدیک‌تر باشد، میزان بالاتری از علائم این اختلال را نشان می‌دهد و شدت سانحه بر مبتلا شدن یا نشدن شخص به PTSD تأثیر می‌گذارد (۶). علائم رایج PTSD شامل تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا همانند کابوس یا بازگشت به عقب، اجتناب از افراد یا موقعیت‌هایی که باعث یادآوری خاطره حادثه آسیب‌زا می‌شوند، باورها و احساسات منفی و علائم بیش از حدی مانند مشکل در خواب و افزایش هوشیاری و افکار، احساسات یا رؤیاهای

2. Emotion Regulation

1. Post-traumatic Stress Disorder

برای من اتفاق نخواهد افتاد یا اینکه جهان یک مکان امن است) و اطلاعات پس از تروما (عنوان مثال، آسیب ناشی از رویداد، گواه بر این است که جهان یک مکان خطرناک است) است و تعارض بین طرح‌واره‌های قبلی و اطلاعات جدیدی که در اثر حادثه آسیب‌زا فعال شده‌اند، علائم PTSD را سبب می‌گردند (۲۳). درمان پردازش شناختی ترکیبی از سه مؤلفه (الف) آموزش درباره PTSD و نظریه پردازش شناختی، (ب) مواجهه‌درمانی و درمان شناختی و (ج) آموزش مهارت‌ها است (۲۲). در درمان پردازش شناختی، از بیمار خواسته می‌شود تا در مورد رویداد آسیب‌زا به طور دقیق بنویسد و سپس دستور می‌دهد که داستان را به صورت مکرر در جلسات مختلف، با صدای بلند بخواند. درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا نقاط ضعف و اشتباهات در تفکر را شناسایی کرده و به آن‌ها پاسخ دهد (۲۴).

نتایج پژوهش پوگاچ^۶ و همکاران در ۲۰۱۹ نشان داد که تقویت مدیریت تنظیم هیجان می‌تواند در درمان افراد دارای نشانه‌های PTSD و درگیر با نشخوار فکری سودمند باشد (۲۵). مونوس-ریواس^۷ و همکاران، در ۲۰۲۱، با مطالعه زنان قربانی خشونت شریک جنسی، نشان دادند که میان عدم تنظیم هیجان و شدت بالای نشانه‌های PTSD همپوشانی وجود دارد (۲۶). هنان و اورکات^۸، در ۲۰۲۰، با مطالعه دانشجویان کارشناسی نشان دادند که افرادی که از نشانه‌های PTSD شدیدتری رنج می‌برند، عدم تنظیم هیجان بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۷). در مقاله هنسون و همکاران، در ۲۰۲۱، در تحلیلی نقادانه نشان داده شد که به اشتراک گذاشتن احساسات منفی و پردازش شناختی اطلاعات، از عوامل مؤثر بر توسعه رشد پس‌آسیبی هستند (۱۸). چن و تانگ، در ۲۰۲۱، نشان دادند که درمان سوگ با تمرکز فعال بر روی داغدیدگی در بهبود فرایند رشد پس‌آسیبی کمک می‌کند (۲۸). نامجو و همکاران، با مطالعه فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر نشان دادند که درمان پردازش شناختی، تنظیم شناختی هیجانی کودکان را ارتقا می‌بخشد (۲۹).

سوگ همراه با آسیب ناشی از رویداد بر فرایندهای شناختی تأثیرگذار است و عدم توجه به درمان آن می‌تواند مشکلات اخلاقی و علائم PTSD را در افراد سوگوار پایدار نگه دارد، بنابراین توجه به درمان آن ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، در نظر گرفتن نقش مؤثر تنظیم و کنترل مناسب هیجان در مسیر درمان سوگ و

پیامد موردنظر تغییر می‌دهند (۱۵). مهارت تنظیم هیجان، بازتاب استفاده از چندین فرایند شناختی یا مهارت اجتماعی و غیراجتماعی مواجهه عملکردی مانند بازداری رفتاری و انعطاف در توجه، برای پاسخ درست به هیجان و انطباق درست با محیط است (۱۶). استفاده صحیح از هیجانات، می‌تواند عامل مهمی جهت رشد و پیشرفت روانی-جسمانی و همچنین افزایش قوه ابتکار و شایستگی شود (۱۷) و اما الگوهای عدم تنظیم هیجان که به شدت مانع شایستگی می‌شوند، می‌توانند یک عامل برای پایداری PTSD در نظر گرفته شوند (۱۵).

عامل دیگری که پس از وقوع یک حادثه در زندگی افراد، هم از نظر درمانی و هم از نظر علمی - بنیادی مورد توجه است، رشد پس‌آسیبی^۳ نام دارد؛ به این صورت که تجربه یک رویداد آسیب‌زا یا فقدان جدی، می‌تواند منجر به بعضی مزایا، مانند بازسازی تجربه و تغییرات مثبت در نگرش نسبت به زندگی شود (۱۸). این نظریه که رشد پس از سانحه نام دارد، یک دگرگونی روان‌شناختی است که به دنبال یک برخورد استرس‌زا رخ می‌دهد، دیدگاهی است که توسط روانشناسان تدریجی و کالهن^۴ در ۱۹۹۶ ایجاد شد (۱۹). افرادی که با مواجهه با مصیبت‌ها، مبارزات روانی را تحمل می‌کنند، اغلب می‌توانند تغییراتی از طریق به وجود آمدن احتمالات جدید (تنظیم اولویت‌های جدید)، ارتباط با دیگران، تغییرات معنوی و قدردانی از زندگی خود را نشان دهند (۲۰)؛ بنابراین به نظر می‌رسد که توجه به این عامل در روند درمان افرادی که درگیر حادثه شده‌اند، بتواند پیشرفت روان‌شناختی روشن‌تری را نمایان سازد و گزارش مطلوب‌تری از وضعیت فرد ارائه دهد (۲۱). اگرچه رشد پس‌آسیبی اغلب به طور طبیعی، بدون روان‌درمانی یا سایر مداخلات رسمی اتفاق می‌افتد، اما به نظر لازم می‌رسد که در مورد افراد مبتلا به PTSD، بهتر باشد آن را با روش‌هایی مانند آموزش، تنظیم هیجان، افشاگری، توسعه روایت و یا درمان‌های مؤثر دیگر تسهیل نمود (۲۱).

یکی از روش‌های مرسوم در مقابله با PTSD، درمان پردازش شناختی^۵ شناخته می‌شود. درمان پردازش شناختی توسط رسیک و اشنایک در ۱۹۹۲ بر پایه نظریه پردازش اطلاعات درباره PTSD مطرح شده است (۲۲). این درمان مبتنی بر این ایده است که علائم PTSD، ناشی از درگیری بین باورهای قبل از تروما درباره خود و جهان (به عنوان مثال، اعتقاد بر این که هیچ چیز بدی

6. Pugach

7. Muñoz-Rivas M

8. Hannan SM, Orcutt HK

3. Post-traumatic Growth

4. Tedeschi, Calhoun

5. Cognitive Processing Therapy

پس‌آسیبی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه

می‌سی‌سی‌پی^۹ (M-PTSD): این آزمون یک مقیاس خودگزارشی است که توسط کیان، کادل و تیلور^{۱۰} در ۱۹۸۸، جهت ارزیابی شدت نشانه‌های PTSD ساخته شد و نسخه‌ی ابتدایی آن، با هدف بررسی شرایط جانبازان به کار گرفته شد (۳۰)، که پس از آن، نسخه‌ی شهروندی آن جهت ارزیابی تجربه‌های آسیب‌زای غیرمرتبط با جنگ نیز توسعه یافت (۳۱). این مقیاس ۳۵ گویه دارد و شرکت‌کننده‌ها به این سوال‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای (غلط ۱، به ندرت درست ۲، گاهی درست ۳، خیلی درست ۴، کاملاً درست ۵) پاسخ می‌دهند. دامنه‌ی نمرات بین ۳۵-۱۷۵ است و نمره‌ی ۱۰۷ و بالاتر بیانگر وجود PTSD به‌عنوان اختلال در آزمودنی است. ضریب همسانی درونی این مقیاس توسط کیان و همکاران برابر با ۰/۹۷ گزارش شد (۳۰). بشرپور، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۷۹ به دست آورد (۳۲). گودرزی، روایی همزمان این مقیاس با پرسش‌نامه وقایع استرس‌زای زندگی، پرسش‌نامه علائم PTSD و سیاهه‌ی وسواس فکری-عملی پادوا را به ترتیب برابر با ۰/۲۳، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ گزارش کرده است (۳۳). ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد. **پرسش‌نامه تنظیم هیجان^{۱۱} (ERQ):** این پرسش‌نامه درصدد است تا به صورت منطقی، راهبردهای تنظیم هیجان را در یک فرم ۱۰ گویه‌ای بسنجد؛ که توسط گروس و جان^{۱۲}، در ۲۰۰۳، در دو خرده‌مقیاس راهبرد ارزیابی مجدد ۶ گویه و راهبرد سرکوب ۴ گویه طراحی شد (۳۴). در هر دو خرده‌مقیاس، حداقل یک گویه به تنظیم هیجان منفی و یک گویه به تنظیم هیجان مثبت اشاره می‌کند. پرسش‌ها در مقیاس لیکرت ۷ نقطه‌ای، از کاملاً مخالف ۱ تا کاملاً موافق ۷، طبقه‌بندی شده‌اند. گروس و جان، همبستگی درونی را برای خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوب ۰/۷۳ اعلام کرده‌اند و پایایی را ۰/۶۹ برای هر دو خرده‌مقیاس گزارش کرده‌اند (۳۴). حسنی، با همبستگی درونی در بازه سه‌ماهه ۰/۸۱ تا ۰/۹۱، پایایی و روایی را مورد قبول دانسته است (۳۵). فروغی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۶ و برای سرکوب ۰/۷۲ گزارش کردند (۳۶). در تعیین پایایی پرسش‌نامه در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوب ۰/۷۷ محاسبه شد.

9. The Mississippi PTSD Scale

10. Keane T, Caddell J, Taylor K

11. Emotion Regulation Questionnaire

12. Gross JJ, John OP.

کاهش نشانه‌های PTSD حائز اهمیت است و بایستی به تسهیل فرایند رشد پس‌آسیبی در درمان پردازش شناختی بازماندگان توجه داشت. باین‌حال، پژوهشی مستقیم در مورد اثرگذاری درمان پردازش شناختی بر تنظیم هیجان و رشد پس‌آسیبی و همچنین، در افراد داغ‌دیده یافت نشد؛ اما به نظر می‌رسد، بررسی آن به درمانگران کمک خواهد کرد تا روند درمان را بهبود بخشند. از این‌رو مطالعه حاضر، قصد دارد تا به بررسی این سؤال اساسی بپردازد که آیا درمان پردازش شناختی بر تنظیم هیجان و تسهیل رشد پس‌آسیبی در بازماندگان دارای داغ‌دیدی که مبتلا به علائم PTSD هستند، اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود.

جمعیت و نمونه مورد مطالعه

جامعه آماری پژوهش شامل بازماندگان مبتلا به PTSD شهر شیراز بودند که در سال ۱۴۰۰، یکی از اعضای خانواده خود را از دست داده بودند. از جامعه آماری با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود

- تجربه داغ‌دیدی ناشی از فوت یکی از نزدیکان
- نمره‌ی بالاتر از ۱۰۷ در پرسش‌نامه PTSD
- عدم شرکت هم‌زمان در مداخلات درمانی دیگر
- رضایت آگاهانه
- توانایی شرکت در جلسات درمان

معیارهای خروج

- غیبت بیش از یک جلسه
- عدم تمایل به ادامه درمان

ابزار گردآوری داده‌ها

در این پژوهش از پرسش‌نامه می‌سی‌سی‌پی جهت تعیین صلاحیت ورود به آزمون استفاده شد و برای سنجش متغیرها پرسش‌نامه‌های تنظیم هیجان و رشد

روند اجرای پژوهش

در ابتدا، افرادی که به علت داغدیدگی بر اساس فراخوان به کلینیک‌های درمانی و مراکز مشاوره واقع در شهر شیراز مراجعه کرده بودند و شکایاتی از وجود نشانه‌های PTSD را داشتند، به تکمیل پرسش‌نامه PTSD می‌سی‌سی‌پی (۳۰) پرداختند. سپس ۳۰ نفر از میان این افراد، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه، به صورت تصادفی جایگزین شدند که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. آنگاه، هر گروه به دو پرسش‌نامه تنظیم هیجان گروس و جان (۳۴) و سیاهه رشد پس‌آسیبی تدسچی و کالهون (۱۹) پاسخ دادند (پیش‌آزمون). پس از پاسخ‌دهی، گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار و به مدت ۳ ماه، تحت مداخله درمان پردازش شناختی (۳۹) قرار گرفتند. درمان توسط محقق پژوهش انجام شد. برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت، پس از پایان فرآیند درمان (جلسه ۱۲)، از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین، به شرکت‌کنندگان دربارهٔ رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات افراد، اطمینان داده شد. در پایان اجرای پژوهش، به منظور رعایت اصول اخلاقی، گروه گواه که در لیست انتظار قرار داشتند به صورت آزادانه و فشرده درمان پردازش شناختی را دریافت کردند. با همدلی، صداقت و صمیمیت و گوش‌دهی فعال اعتمادسازی انجام شد. با توجه به اصول اخلاق در پژوهش، اطلاعاتی درباره هدف، طرح آزمایشی، نوع مداخله و مراحل اجرا برای شرکت‌کنندگان مطرح شد و سودمندی پژوهش برای آنان توضیح داده شد. همچنین، لازم به ذکر است که مقاله حاضر، برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول، در دانشگاه آزاد اسلامی، با شناسه اخلاق IR.IAU.M.REC.1402.218 است.

آنالیز آماری

جهت بررسی آمار توصیفی، پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس و اجرای تحلیل کوواریانس یک‌راهه از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده گردید.

سیاهه رشد پس‌آسیبی^{۱۳} (PTGI): تدسچی و کالهون^{۱۴}، رشد پس‌آسیبی را، تغییر روان‌شناختی مثبت تجربه‌شده، در نتیجه مواجهه با موقعیت‌های آسیب‌زا تعریف کرده‌اند؛ که شامل افزایش قدردانی از زندگی، تنظیم اولویت‌های جدید در زندگی، احساس قوی‌تر شدن، بهبود و افزایش روابط بین فردی و تغییرات معنوی مثبت است (۱۹). سیاهه رشد پس‌آسیبی یک پرسش‌نامه برای ارزیابی پیامدهای روان‌شناختی مثبت توسط افرادی است که رویدادی آسیب‌زا را در زندگی خود تجربه کرده‌اند. این سیاهه توسط تدسچی و کالهون، در ۱۹۹۶، معرفی شد که شامل ۲۱ گویه در ۵ مؤلفه (تنظیم اولویت‌های جدید، روابط بین فردی، قدرت شخصی، ارزشمندی زندگی و تغییرات معنوی) است (۱۹). روش نمره‌گذاری مقیاس رشد پس‌آسیبی به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای است؛ نمرات مقیاس از صفر (من این تغییر را به خاطر تأثیر رویداد استرس‌زا نمی‌دانم) تا ۵ (من این تغییر را به میزان خیلی زیادی به عنوان تأثیر رویداد استرس‌زا می‌دانم) است. سیدمحمودی و همکاران، پایایی سیاهه را در حد مطلوب (۰/۹۲) گزارش کردند (۳۷). حیدرزاده و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ را برای این ابزار ۰/۸۷، برای مؤلفه‌ها در بازه ۰/۵۷ الی ۰/۷۷ و همبستگی بین دو بار اجرای آزمون را در فاصله ۳۰ روزه ۰/۷۵ گزارش کردند (۳۸). در پژوهش حاضر، ضریب پایایی برای مؤلفه تنظیم اولویت‌های جدید ۰/۷۰، روابط بین فردی ۰/۸۱، قدرت شخصی ۰/۷۷، ارزشمندی زندگی ۰/۷۲ و تغییرات معنوی ۰/۷۸ به دست آمد.

برنامه مداخله‌ای

شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار و به مدت ۳ ماه، درمان پردازش شناختی رسیک، مانسون و چارد^{۱۵} را در یکی از کلینیک‌های مشاوره در شهر شیراز دریافت کردند (۳۹). در طول مداخله درمانی، از بیمار خواسته شد تا در مورد رویداد آسیب‌زا به طور دقیق بنویسد و داستان را به صورت مکرر در جلسات مختلف، با صدای بلند، بخواند. درمانگر مراجع را در مسیری هدایت کرد تا نقاط ضعف و اشتباهات در تفکر را شناسایی کند و به آن‌ها پاسخ دهد (۲۴). فشرده ساختار درمان پردازش شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

13. Posttraumatic Growth Inventory

14. Tedeschi RG, Calhoun LG.

15. Resick PA, Monson CM,

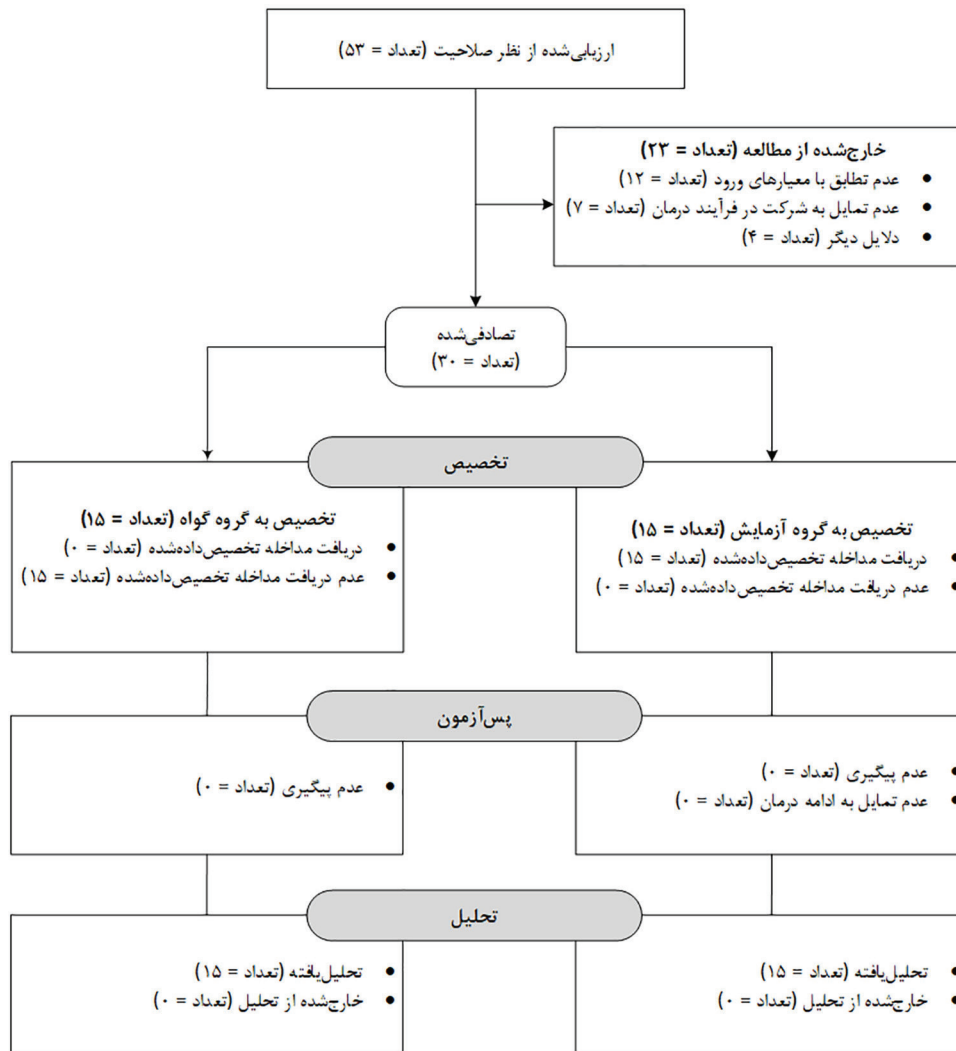
جدول ۱. خلاصه جلسات درمان پردازش شناختی (۴۰)

| جلسه | هدف | محتوای جلسه | تکلیف |
|---------|--|---|--|
| اول | آموزش اولیه درمان، جمع‌آوری اطلاعات و ایجاد ارتباط | ارائه اطلاعاتی درباره مشکلات فعلی شرکت‌کننده شامل سوگ و استرس پس از رویداد، تئوری پردازش اطلاعات در مورد جذب و انطباق، کارآمدی حافظه و پردازش شناختی، چگونگی گسترش و پایدار ماندن استرس پس از رویداد | نوشتن بیانیه تأثیر |
| دوم | مفهوم حادثه | خواندن بیانیه تأثیر توسط شرکت‌کننده، ارزیابی مشکلات شرکت‌کننده و شناسایی افکار درآوردن در زمان مواجهه با حادثه، گفتگو بین درمانگر و درمان‌جو درباره معنای تروما، شناسایی نقاط کور و بخش‌های مشکل‌دار و ثبت نقاط کور، ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار | تکمیل فرم A، B و C در مورد بدترین بخش رویداد |
| سوم | شناسایی افکار و احساسات | مرور تکلیف جلسه قبل، معنای رویداد آسیب‌زا، شناسایی و مواجهه‌سازی نوشتاری با توصیف رویداد رخ داده با گفتگوی سقراطی در مورد نقاط کور | تکمیل مجدد فرم A، B و C |
| چهارم | شناسایی نقاط کور | مرور تکلیف جلسه قبل، شناسایی نقاط کور و عامل آسیب‌زا، معنی کردن رویداد آسیب‌زا، به چالش کشیدن باورهای جذب شده در مورد تروما و پردازش حافظه آسیب‌دیده با گفتگوی سقراطی | تکمیل فرم سؤالات چالش‌انگیز (تمرکز بر جذب/سرزنش) جهت چالش یک نقطه کور |
| پنجم | سؤالات چالش‌انگیز | مرور تکلیف جلسه قبل، معرفی کاربرد الگوهای تفکر مشکل‌ساز، ارزیابی رویداد آسیب‌زا، به یاد آوردن رویداد آسیب‌زا، ادامه‌دادن به سؤالات چالش‌زا در صورت نیاز، بررسی تفکر و ادراک متعادل در باورها به جای افراط در باورها | تکمیل فرم الگوهای تفکر مشکل‌ساز |
| ششم | الگوهای تفکر مشکل‌ساز و باورهای چالش‌انگیز | مرور تکلیف جلسه قبل، تعیین الگوهای تفکر مشکل‌ساز، بازسازی شناختی، ارزیابی مجدد رویداد آسیب‌زا، به چالش کشیدن باورهای مربوط به تروما | تکمیل فرم چالش باورهای روزانه در مورد تروما |
| هفتم | مسئله امنیت | مرور تکلیف جلسه قبل، معرفی و شناخت امنیت، چگونگی مختل شدن باورهای امنیت تحت تأثیر حادثه، شناسایی مسیرهای ارتباط باورهای منفی در مورد امنیت با اضطراب، ارزیابی شرکت‌کننده در حوزه امنیت در افکار و اعمال، به چالش کشیدن باورهای امنیت و تجدید نظر کردن افکار و اعمال | تکمیل فرم باورهای چالش‌انگیز در حوزه امنیت |
| هشتم | مسئله اعتماد | مرور تکلیف جلسه قبل، کمک به شرکت‌کنندگان ناموفق در چالش باورهای مشکل‌ساز، معرفی حوزه اعتماد، شناسایی نقاط کور در اعتماد به خود، دیگران و دنیا | تکمیل فرم باورهای چالش‌انگیز در حوزه اعتماد |
| نهم | مسئله قدرت و کنترل | مرور تکلیف جلسه قبل، معرفی مسئله قدرت/کنترل، چگونگی تأثیر تروما بر باورهای قبلی، شناسایی نقاط کور در قدرت و کنترل | تکمیل فرم باورهای چالش‌برانگیز در حوزه قدرت/کنترل |
| دهم | مسئله عزت‌نفس | مرور تکلیف جلسه قبل، معرفی حوزه عزت‌نفس، شناسایی و به چالش کشیدن نقاط کور در عزت‌نفس، گفتگو درباره دو تکلیف رفتاری تعریف و تمجید از خود، درگیر شدن در یک فعالیت دلپذیر و مورد علاقه و ارتباط آن با خودسرزنش‌گری و خلق | تکمیل فرم باورهای چالش‌برانگیز در حوزه عزت‌نفس |
| یازدهم | مسئله صمیمیت | مرور تکلیف جلسه قبل، معرفی با موضوع صمیمیت، گفتگو راجع به نقاط کور صمیمیت | تکمیل فرم باورهای چالش‌برانگیز در مورد نقاط کور صمیمیت، نوشتن گزارش تأثیر نهایی صمیمیت |
| دوازدهم | شناسایی مشکلات باقی‌مانده | شناسایی مشکلات باقی‌مانده و تعمیم‌پذیری افراطی و باورهای چالش‌انگیز، انجام مداوم فعالیت‌ها، به‌کارگیری مهارت‌های آموخته شده در شرایط واقعی، خواندن بیانیه تأثیر نهایی توسط درمان‌جو و درمانگر | |

یافته‌ها

از طرح خارج شدند. در نهایت، ۳۰ نفر به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند که به یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی تخصیص داده شدند. اندازه‌گیری‌های پیش‌آزمون، قبل از مداخله درمانی انجام شد، که گروه‌های آزمایش و گواه را دارا بودن شرایط پژوهش نشان داد.

در کل، ۵۳ نفر از نظر صلاحیت مورد ارزیابی قرار گرفته و غربالگری شدند؛ که از این تعداد، ۱۲ نفر مطابق با معیارهای ورود به پژوهش نبودند، ۷ نفر به شرکت در فرآیند درمان تمایلی نداشتند، و ۴ نفر به دلایل متفرقه



شکل ۱. نمودار کانسورت مطالعه

داده شده است؛ زیرمقیاس‌های راهبرد ارزیابی مجدد و راهبرد سرکوب، به عنوان عناصر آزمون تنظیم هیجان و زیرمقیاس‌های تنظیم اولویت‌های جدید، رابطه با دیگران، قدرت شخصی، ارزشمندی زندگی و تغییرات معنوی، به عنوان عناصر آزمون رشد پس‌آسیبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و توصیف آماری آن‌ها در جدول ۳ نشان داده شد.

متغیرهای وابسته (شاخص‌های پژوهش) و متغیر مخدوش‌کننده (پیش‌آزمون) پیوسته‌اند و متغیر مستقل (گواه و آزمایش) از نوع رسته‌ای است. آزمون نمره استاندارد، جهت‌شناسایی داده‌های پرت مورد استفاده قرار گرفت و با قرارگیری نمرات در بازه ۳ الی ۳- نشان داده شد، داده پرت قابل توجهی وجود نداشت. جهت بررسی با فرض طبیعی بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند ($P > 0.05$). جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که در آن، فرض برابر بودن واریانس دو جامعه تأیید شد ($P > 0.05$).

تحلیل براساس داده‌های تمامی شرکت‌کنندگانی که در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون حضور داشتند، انجام گرفت و کوواریانس یک‌راهه، برای بررسی آثار مداخله و کنترل تفاوت‌های پایه‌ای گروه‌ها اجرا شد. شکل ۱، نمودار کانسورت مطالعه حاضر را برای نمایش درگیری جریان شرکت‌کنندگان در فرآیند پژوهش نشان می‌دهد.

در پژوهش حاضر ۳۰ شرکت‌کننده حضور داشتند. نمونه آماری پژوهش از افرادی با تحصیلات (دیپلم، کاردانی، کارشناسی و کارشناسی‌ارشد یا دکتری)، جنسیت (زن و مرد)، وضعیت تأهل (مجرد یا مطلقه، متأهل یا بیوه) و شغل (آزاد، دولتی، خانه‌دار و سایر) تشکیل شده بود که همه آن‌ها یکی از اعضای خانواده خود را از دست داده بودند. میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۴/۶۰ سال و میانگین سنی در گروه گواه ۳۶/۲۷ سال بود. مدت سوگ در گروه آزمایش در دامنه زمانی ۳۰-۴۳ روز و در گروه گواه ۳۳-۵۲ روز بود. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان مطالعه در جدول ۲ نشان

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

| شاخص | زیرشاخص | گروه گواه | | گروه آزمایش | |
|---------|-----------------------|-----------|----------|-------------|----------|
| | | تعداد | درصد (%) | تعداد | درصد (%) |
| جنسیت | زن | ۱۱ | ۷۳ | ۱۰ | ۶۷ |
| | مرد | ۴ | ۲۷ | ۵ | ۳۳ |
| تاهل | مجرد / مطلقه | ۹ | ۶۰ | ۸ | ۵۳ |
| | متاهل | ۶ | ۴۰ | ۶ | ۴۰ |
| | بیوه | ۰ | ۰ | ۱ | ۷ |
| | دیپلم | ۴ | ۲۷ | ۶ | ۴۰ |
| تحصیلات | کاردانی | ۱ | ۶ | ۱ | ۷ |
| | کارشناسی | ۶ | ۴۰ | ۵ | ۳۳ |
| | کارشناسی ارشد / دکتری | ۴ | ۲۷ | ۳ | ۲۰ |
| | ۱۸ - ۲۵ | ۳ | ۲۰ | ۴ | ۲۷ |
| سن | ۲۶ - ۳۳ | ۳ | ۲۰ | ۴ | ۲۷ |
| | ۳۴ - ۴۱ | ۶ | ۴۰ | ۳ | ۲۰ |
| | ۴۲ به بالا | ۳ | ۲۰ | ۴ | ۲۶ |
| | آزاد | ۶ | ۴۰ | ۵ | ۳۳ |
| شغل | دولتی | ۳ | ۲۰ | ۳ | ۲۰ |
| | خانه‌دار | ۳ | ۲۰ | ۳ | ۲۰ |
| | سایر | ۳ | ۲۰ | ۴ | ۲۷ |

جدول ۴ نشان داد که براساس آماره لامبدای ویکلز و پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اختلاف آماری معنی‌داری میان دو گروه آزمایش و کنترل، از نظر هر یک از متغیرهای تنظیم هیجان و رشد پس‌آسیبی وجود دارد ($P < 0.05$). پس، جهت تشخیص دقیق‌تر تأثیر درمان پردازش شناختی بر این دو متغیر، هر یک از زیرمقیاس‌های ارزیابی مجدد، سرکوب، تنظیم اولویت‌های جدید، رابطه بین فردی، قدرت شخصی، ارزشمندی زندگی و تغییر مثبت معنوی با تحلیل کوواریانس تک متغیره بررسی شدند.

با توجه به نتایج جدول‌های ۵ و ۶، درمان پردازش شناختی توانسته است، منجر به ایجاد تفاوت معنادار میان میانگین نمرات زیرمقیاس‌های متغیرهای وابسته (ارزیابی مجدد، سرکوب، تنظیم اولویت‌های جدید، رابطه بین فردی، قدرت شخصی، ارزشمندی زندگی و تغییر مثبت معنوی) در مرحله پس‌آزمون با پیش‌آزمون شود

همچنین نشان داده شد، متغیر مخدوش‌کننده با متغیر وابسته در هر سطح از متغیر مستقل، برای هر یک از شاخص‌های پژوهش، به صورت خطی مرتبط است. علاوه بر این، در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیرهای گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای تنظیم هیجان و رشد پس‌آسیبی معنادار نبود ($P > 0.05$)؛ این بدان معنا است که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در زیرمقیاس‌های متغیرهای تنظیم هیجان و رشد پس‌آسیبی برقرار بوده است. در جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای دو مقیاس کلی تنظیم هیجان و رشد پس‌آسیبی نشان داده شد، و در جدول‌های ۵ و ۶، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مشاهده جزئی‌تر، زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان و رشد پس‌آسیبی بیان شدند.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی تنظیم هیجان و رشد پس‌آسیبی و مؤلفه‌های آن‌ها

| شاخص | گروه | مرحله | میانگین | انحراف معیار | چولگی | کشیدگی |
|-----------------------|--------|-----------|---------|--------------|--------|--------|
| ارزیابی مجدد | گواه | پیش‌آزمون | ۱۵/۸۰ | ۰/۷۴۴ | ۰/۵۳۴ | -۰/۷۴۵ |
| | | پس‌آزمون | ۱۵/۶۰ | ۰/۹۷۸ | ۰/۴۶۱ | -۰/۳۵۴ |
| | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۶/۲۰ | ۰/۶۴۸ | ۰/۶۸۱ | ۱/۰۸۱ |
| | | پس‌آزمون | ۳۲/۴۰ | ۰/۸۹۹ | -۰/۳۲۲ | -۰/۳۴۰ |
| سرکوبی | گواه | پیش‌آزمون | ۱۴/۴۰ | ۰/۵۹۳ | ۰/۶۵۱ | -۰/۲۶۵ |
| | | پس‌آزمون | ۱۴/۲۷ | ۰/۸۴۵ | ۰/۴۰۹ | -۰/۷۴۶ |
| | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۵/۲۰ | ۰/۱۲۳ | ۰/۱۷۲ | -۱/۹۸۰ |
| | | پس‌آزمون | ۱۰/۱۳ | ۰/۹۸۴ | ۰/۸۰۸ | ۰/۳۹۲ |
| تنظیم اولویت‌های جدید | گواه | پیش‌آزمون | ۱۰/۳۳ | ۰/۴۱۹ | ۰/۵۷۴ | ۰/۰۹۱ |
| | | پس‌آزمون | ۱۰/۰۰ | ۰/۷۸۰ | ۰/۰۰۶ | -۱/۰۷۷ |
| | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۰/۳۳ | ۰/۹۹۴ | ۰/۸۴۲ | ۱/۴۵۹ |
| | | پس‌آزمون | ۱۷/۶۷ | ۰/۷۱۶ | ۱/۰۷۴ | -۰/۱۰۶ |
| روابط بین‌فردی | گواه | پیش‌آزمون | ۱۳/۰۷ | ۰/۹۳۳ | ۰/۲۹۹ | -۱/۱۲۳ |
| | | پس‌آزمون | ۱۳/۰۰ | ۰/۴۸۱ | ۰/۰۱۰ | -۰/۹۷۴ |
| | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۴/۰۰ | ۰/۴۸۱ | ۰/۰۰۳ | -۰/۹۷۴ |
| | | پس‌آزمون | ۲۰/۵۳ | ۰/۷۲۸ | ۰/۱۴۸ | -۱/۰۸۵ |
| قدرت شخصی | گواه | پیش‌آزمون | ۹/۸۷ | ۰/۳۳۵ | -۰/۳۰۶ | -۰/۲۲۶ |
| | | پس‌آزمون | ۹/۹۳ | ۰/۳۹۹ | -۰/۵۰۶ | -۰/۹۱۶ |
| | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۰/۴۰ | ۰/۳۱۲ | ۰/۰۷۵ | -۰/۲۲۴ |
| | | پس‌آزمون | ۱۶/۱۳ | ۰/۷۴۹ | -۰/۶۸۲ | -۰/۰۸۳ |
| ارزشمندی زندگی | گواه | پیش‌آزمون | ۷/۲۰ | ۰/۲۱۰ | ۰/۳۹۶ | ۰/۴۲۵ |
| | | پس‌آزمون | ۷/۲۲ | ۰/۷۳۱ | ۰/۳۴۱ | -۰/۳۳۰ |
| | آزمایش | پیش‌آزمون | ۷/۰۰ | ۰/۴۵۰ | -۰/۷۴۰ | -۱/۰۲۲ |
| | | پس‌آزمون | ۱۱/۸۰ | ۰/۳۶۴ | -۰/۱۱۲ | -۱/۲۹۱ |
| تغییرات معنوی | گواه | پیش‌آزمون | ۳/۴۷ | ۰/۷۶۷ | ۰/۶۰۱ | -۱/۴۹۴ |
| | | پس‌آزمون | ۳/۵۳ | ۰/۷۷۱ | ۰/۸۳۲ | ۰/۵۲۴ |
| | آزمایش | پیش‌آزمون | ۳/۸۷ | ۰/۴۰۷ | ۰/۰۹۲ | -۰/۶۶۹ |
| | | پس‌آزمون | ۷/۰۷ | ۰/۷۱۲ | -۰/۳۷۹ | -۱/۱۲۵ |

میانگین نمرات زیرمقیاس‌های آزمون تنظیم هیجان و آزمون رشد پس‌آسیبی بازماندگان داغ‌دیدگی با استرس پس از سانحه تغییرات معنادار داشته است و این تغییرات باعث بهبود تنظیم هیجان و رشد پس‌آسیبی شده است.

($P < 0/05$). همچنین، اختلاف معناداری میان نمرات هر یک از متغیرها برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل وجود دارد که به تأثیر مستقیم درمان پردازش شناختی بر این مشخصه‌ها اشاره دارد ($P < 0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با کنترل متغیر مداخله‌گر پیش‌آزمون،

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره تنظیم هیجان و رشد پس آسیمی

| آزمون | ارزش | F | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | معناداری | اندازه اثر |
|--------------------|-------|--------|------------|----------------|----------|------------|
| اثر پیلای | ۰/۸۳۸ | ۶۴/۸۲۲ | ۲/۰۰۰ | ۲۵/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳۸ |
| لامبدای ویکلز | ۰/۱۶۲ | ۶۴/۸۲۲ | ۲/۰۰۰ | ۲۵/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳۸ |
| اثر هتلینگ | ۵/۱۸۶ | ۶۴/۸۲۲ | ۲/۰۰۰ | ۲۵/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳۸ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۵/۱۸۶ | ۶۴/۸۲۲ | ۲/۰۰۰ | ۲۵/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳۸ |

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت مقایسه بین گروهی زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان

| متغیر | منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|---------------|---------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|
| اثر پیش‌آزمون | اثر پیش‌آزمون | ۴۵۴/۱۵۸ | ۱ | ۴۵۴/۱۵۸ | ۱۳/۱۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲۷ |
| ارزیابی مجدد | اثر گروه | ۹۲۵/۲۵۷ | ۱ | ۹۲۵/۲۵۷ | ۲۶/۷۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۹۸ |
| | خطا | ۹۳۳/۰۴۲ | ۲۷ | | | | |
| اثر پیش‌آزمون | اثر پیش‌آزمون | ۴۰۳/۷۶۵ | ۱ | ۴۰۳/۷۶۵ | ۱۶/۲۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۸۷ |
| سرکوب | اثر گروه | ۴۲۳/۳۱۰ | ۱ | ۴۲۳/۳۱۰ | ۱۲/۵۳۴ | ۰/۰۰۷ | ۰/۴۸۶ |
| | خطا | ۸۵۰/۹۰۲ | ۲۷ | | | | |

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت مقایسه بین گروهی زیرمقیاس‌های رشد پس آسیمی

| متغیر | منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-----------------------|---------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|
| تنظیم اولویت‌های جدید | اثر پیش‌آزمون | ۲۶۳/۳۶۱ | ۱ | ۲۶۳/۳۶۱ | ۵۴/۷۱۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۷۰ |
| | اثر گروه | ۴۴۰/۸۳۳ | ۱ | ۴۴۰/۸۳۳ | ۹۱/۵۷۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۷۲ |
| | خطا | ۱۲۹/۹۷۲ | ۲۷ | | | | |
| روابط بین‌فردی | اثر پیش‌آزمون | ۱۰۰۷/۲۹۳ | ۱ | ۱۰۰۷/۲۹۳ | ۱۲۶/۸۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۲۴ |
| | اثر گروه | ۲۴۲/۳۴۵ | ۱ | ۲۴۲/۳۴۵ | ۳۰/۵۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳۱ |
| | خطا | ۲۱۴/۴۴۱ | ۲۷ | | | | |
| قدرت شخصی | اثر پیش‌آزمون | ۲۷۰/۱۲۸ | ۱ | ۲۷۰/۱۲۸ | ۲۳/۰۴۱ | ۰/۰۰۶ | ۰/۴۶۰ |
| | اثر گروه | ۵۴/۳۶۵ | ۱ | ۵۴/۳۶۵ | ۱۴/۶۳۷ | ۰/۰۰۸ | ۰/۳۴۷ |
| | خطا | ۳۱۶/۵۳۹ | ۲۷ | | | | |
| ارزشمندی زندگی | اثر پیش‌آزمون | ۵۹/۷۱۹ | ۱ | ۵۹/۷۱۹ | ۷/۹۴۰ | ۰/۰۰۹ | ۰/۲۲۷ |
| | اثر گروه | ۱۰۳/۸۷۴ | ۱ | ۱۰۳/۸۷۴ | ۱۳/۸۱۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳۸ |
| | خطا | ۲۰۳/۰۸۱ | ۲۷ | | | | |
| تغییرات معنوی | اثر پیش‌آزمون | ۲۶/۵۵۸ | ۱ | ۲۶/۵۵۸ | ۱۳/۴۳۶ | ۰/۰۰۸ | ۰/۳۱۶ |
| | اثر گروه | ۴۰/۴۱۶ | ۱ | ۴۰/۴۱۶ | ۱۸/۳۸۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۶۳ |
| | خطا | ۱۱۰/۱۰۸ | ۲۷ | | | | |

یک حالت هیجانی ناسازگار حاصل می‌شود. در متون روان‌شناختی، این مفهوم اغلب به منظور توصیف فرایند متعادل کننده عاطفه منفی به کار رفته است. هیجان ناسازگار شامل بیش‌تنظیمی هیجان و کم‌تنظیمی هیجان است (۲۶). بیش‌تنظیمی هیجان، زمانی رخ می‌دهد که فرد راهبردهای تنظیم هیجان را به کار می‌گیرد تا از آشکارشدن تجربه هیجانی جلوگیری کند. در کم‌تنظیمی هیجان، رفتاری که در برابر یک هیجان انجام می‌دهد، اغلب قابل تفکیک از خود هیجان نیست و فرد نمی‌تواند از راهبردهای تنظیم هیجانی مناسب جهت کنترل رفتارش استفاده کند. سرکوب شدید با افزایش نشانگان PTSD مرتبط است؛ در این پژوهش نشان داده شد که درمان پردازش شناختی با تقویت راهبردهای ارزیابی شناختی مناسب سعی در کاهش نشانگان PTSD و کمک به تنظیم هیجانی و عصبی مغز دارد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که درمان پردازش شناختی موجب تسریع فرایند رشد پس‌آسیبی می‌شود که با یافته‌های (۱۸ و ۲۷) همسو بود. فرایند درمان موجب تأثیر بر تنظیم اولویت‌های جدید، رابطه با دیگران، قدرت شخصی، ارزشمندی زندگی و تغییرات معنوی، در مرحله پس‌آزمون نسبت به شرایط پیش‌آزمون شده است. درمان پردازش شناختی بیشترین تأثیر را بر تشویق فرد به ایجاد اولویت و احتمالات جدید در جهت مسیر رشد سوق داده است که نشان‌دهنده تمایز درمان پردازش شناختی نسبت به شرایط بدون فرایند درمان است. به ترتیب، بیشترین تأثیر درمان بر مؤلفه‌های رابطه با دیگران، تغییرات معنوی، قدرت شخصی و در نهایت، ارزشمندی زندگی بوده است. در واقع هر رویداد آسیب‌زایی، می‌تواند مرحله‌ای از نوعی مواجهه وجودی و نقض کلی باورها و اهداف زندگی فرد باشد که تصور می‌شود، گاهی این چالش‌ها منجر به ساختن معنا و در نهایت، رشد گردد. این رشد، از آن جهت دارای اهمیت است که پس از رخداد یک حادثه، دریچه تازه‌ای از زندگی و نگرش را بر روی فرد می‌گشاید، فرد را پس از یک حادثه یا رویداد به زندگی عادی بازمی‌گرداند و معنای تازه‌ای در زندگی وی ایجاد می‌کند که می‌تواند، اثرات مخرب و تضعیف‌کننده حادثه را کم‌رنگ سازد (۲۷)؛ بنابراین به نظر می‌رسد، توجه به این عامل در روند درمان افرادی که درگیر حادثه‌ای شده‌اند، بتواند بهبود روان‌شناختی روشن‌تری را نمایان سازد و گزارش مطلوب‌تری از وضعیت فرد ارائه دهد. همچنین، با ایجاد شیوه‌های فکری جدید و ایجاد تغییرات معنوی، مقابله فرد با داغدیدگی و

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان پردازش شناختی بر تنظیم هیجان و رشد پس‌آسیبی در بازماندگان دارای استرس پس از سانحه ناشی از داغدیدگی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پردازش شناختی بر تنظیم هیجان در بازماندگان مبتلا به داغدیدگی دارای علائم PTSD مؤثر بوده است و موجب نظم‌جویی تجربه هیجان فرد شده است که با یافته‌های (۲۴، ۲۶ و ۲۸) همسو بود. پروتکل درمانگری پردازش شناختی، ترکیبی از مواجهه طولانی و بازسازی شناختی است و از رویکردهای درمانی مشتق‌شده از شناخت درمانی شناخته شده است که متمرکز بر آسیب روانی (تروما) است. درمان پردازش شناختی به جای آن که علائم PTSD را نتیجه یک طرح‌واره بالقوه ترس بداند، با آن‌ها به عنوان پیامد ناتوانی بیمار برای حل تعارضات بین حادثه تروماتیک و باورها یا اطلاعات تقویت کننده برای باورهای ناکارآمد قبلی برخورد می‌نماید. این درمان به کمک نظریه پردازش اطلاعات فرض می‌کند که در جریان شکل‌گیری PTSD، اطلاعات مربوط به حادثه تروماتیک در مغز در قالب شبکه‌های ترس ذخیره می‌شوند (۲۴). در طول فرایند درمان، به‌کارگیری راهبرد ارزیابی مجدد نسبت به پیش‌آزمون پیشرفت داشته است و نسبت به گروه گواه، اختلاف آماری وجود دارد؛ همچنین، به‌کارگیری راهبرد سرکوب نسبت به گروه گواه نیز اختلاف آماری وجود دارد که نشانه تأثیرگذاری این درمان بر این دو بخش از تنظیم هیجان فرد در جهت مقابله با شرایط داغدیدگی است. ملاحظه می‌شود که در پژوهش حاضر، تأثیر درمان بر افزایش استفاده از راهبردهای ارزیابی مجدد جهت تنظیم پردازش هیجان‌ات به مراتب بیش از تأثیر درمان بر کاهش استفاده از راهبرد سرکوب است. به نظر می‌رسد که درمان پردازش شناختی، فرد را به سوی استفاده از راهبردهای ارزیابی مجدد هیجان‌ات درونی سوق می‌دهد. در مداخله پردازش شناختی بر تغییر در افکار تأکید می‌شود که نتیجه آن تغییر در احساسات فرد است. هیجان، یکی از عوامل تعیین‌کننده و حساس درون‌فردی برای روابط بین‌فردی است و تنظیم هیجان شامل راهبردهای شناختی، هیجانی و رفتاری آگاهانه یا ناآگاهانه‌ای است که برای حفظ، افزایش و کاهش یک هیجان استفاده می‌شود. با استفاده از درمان پردازش شناختی تنظیم هیجان با نتیجه تغییر یا تعدیل

قرار گیرد. این پژوهش در افراد مبتلا به استرس پس از سانحه با راه‌اندازهایی غیر از داغدیدگی انجام گیرد. به منظور نشان‌دادن تأثیر بیشتر درمان استفاده از یک دوره پیگیری طولانی‌تر مدنظر قرار گیرد و مداخله توسط افرادی غیر از پژوهش‌گر انجام شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که براساس نتایج، درمان پردازش شناختی با ایجاد شناخت از تجربه آسیب‌زا که نشان می‌دهد روش‌های سیستم تفکر بعد از آسیب قابل تغییر می‌باشد با تمرکز بر روی تفکر مربوط به امنیت و پذیرش، استرس پس از سانحه را تحت تأثیر قرار داده بر تنظیم هیجان و تسهیل رشد پس‌آسیبی مؤثر است که برای درمان بازماندگان با علائم استرس پس از سانحه مبتلا به داغدیدگی پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی است و بدون حمایت مالی است. پژوهشگران این مقاله از کادر درمان و مراکز مشاوره که برای معرفی بیماران به پژوهشگر همکاری داشته‌اند، مراتب تقدیر و تشکر خود را اعلام می‌دارد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

1. Marx BP, Hall-Clark B, Friedman MJ, Holtzheimer P, Schnurr PP. The PTSD criterion A debate: a brief history, current status, and recommendations for moving forward. *J Trauma Stress*. 2024;37(1):5-15.
2. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8 Suppl 5:1353383.
3. Atwoli L, Stein DJ, King A, Petukhova M, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Posttraumatic stress disorder associated with unexpected death of a loved one: cross-national findings from the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. 2017;34(4):315-26.
4. Rahimi MP, Wafa MH, Stanikzai MH, Rahimi BA. Post-traumatic stress disorder (PTSD) probability among parents who live in Kandahar, Afghanistan and lost at least a child to armed conflict. *Sci Rep*. 2023;13(1):3994.
5. Tessitore F, Caffieri A, Parola A, Cozzolino M, Margherita G. The role of emotion regulation as a potential mediator between secondary traumatic stress, burnout, and compassion satisfaction in professionals

- working in the forced migration field. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2266.
6. Djelantik A, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: systematic review and meta regression analysis. *J Affect Disord*. 2020;265:146-56.
 7. Moore BA, Pujol L, Waltman S, Shearer DS. Management of post-traumatic stress disorder in veterans and military service members: a review of pharmacologic and psychotherapeutic interventions since 2016. *Curr Psychiatry Rep*. 2021;23(2):9.
 8. Pagel JF. *Post-traumatic stress disorder: a guide for primary care clinicians and therapists*. Cham: Springer Nature; 2021.
 9. Facer-Irwin E, Blackwood NJ, Bird A, Dickson H, McGlade D, Alves-Costa F, et al. PTSD in prison settings: a systematic review and meta-analysis of comorbid mental disorders and problematic behaviours. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222407.
 10. Vakili FS, Khaleghipour S, Rezaei AM. The effectiveness of cognitive-processing therapy on the autobiographical memory and grief experience in corona survivors with post-traumatic stress. *J Psychol Sci*. 2024;23(139):231-46. Persian.
 11. Glad KA, Stensland S, Czajkowski NO, Boelen PA, Dyb G. The longitudinal association between symptoms of posttraumatic stress and complicated grief: a random intercepts cross-lag analysis. *Psychol Trauma*. 2022;14(3):386-92.
 12. Liu JJW, Taillefer SE, Tassone A, Vickers K. The importance of bereavement cognitions on grief symptoms: applications of cognitive processing therapy. *Death Stud*. 2021;45(7):552-62.
 13. Eisma MC, Stroebe MS. Emotion regulatory strategies in complicated grief: a systematic review. *Behav Ther*. 2021;52(1):234-49.
 14. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. *Curr Opin Psychol*. 2019;25:6-10.
 15. O'Brien H, Kalokerinos EK, Felmingham K, Lau W, O'Donnell M. Emotion regulation strategy use in PTSD: a daily life study. *J Affect Disord*. 2023;338:365-72.
 16. Rodas JA, Leon-Rojas J, Rooney B. Mind over mood: exploring the executive function's role in downregulation. *Front Psychol*. 2024;15:1322055.
 17. Hansen Sandseter EB, Kleppe R, Ottesen Kennair LE. Risky play in children's emotion regulation, social functioning, and physical health: an evolutionary approach. *Int J Play*. 2023;12(1):127-39.
 18. Henson C, Truchot D, Canevello A. What promotes post traumatic growth? A systematic review. *Eur J Trauma Dissociation*. 2021;5(4):100195.
 19. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996;9(3):455-71.
 20. Eyni S, Hashemi Z, Mousavi SE, Taghavi R. Spirituality, trait gratitude, and post-traumatic growth in Iranian veterans with PTSD: the mediating role of ego resilience. *J Relig Health*. 2023;62(6):4072-87.
 21. MoshirPanahi S, Moradi A, Moghadasin M, Ghaderi B. Investigating the relationship between posttraumatic growth dimensions and posttraumatic stress symptoms in blood, colorectal and breast cancer patients. *Alborz Univ Med J*. 2019;8(4):305-16. Persian.
 22. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60(5):748-56.
 23. Asmundson GJG, Thorisdottir AS, Roden-Foreman JW, Baird SO, Witcraft SM, Stein AT, et al. A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cogn Behav Ther*. 2019;48(1):1-14.
 24. Galovski TE, Wachen JS, Chard KM, Monson CM, Resick PA. Cognitive processing therapy. In: Schnyder U, Cloitre M, editors. *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: a practical guide for clinicians*. Cham: Springer Nature; 2015. p. 189-203.
 25. Pugach CP, Campbell AA, Wisco BE. Emotion regulation in posttraumatic stress disorder (PTSD): rumination accounts for the association between emotion regulation difficulties and PTSD severity. *J Clin Psychol*. 2020;76(3):508-25.
 26. Munoz-Rivas M, Bellot A, Montorio I, Ronzon-Tirado R, Redondo N. Profiles of emotion regulation and post-traumatic stress severity among female victims of intimate partner violence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6865.

27. Hannan SM, Orcutt HK. Emotion regulation in undergraduate students with posttraumatic stress symptoms: a multimethod study. *Psychol Trauma*. 2020;12(6):643-50.
28. Chen C, Tang S. Profiles of grief, post-traumatic stress, and post-traumatic growth among people bereaved due to COVID-19. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1947563.
29. Namjo F, Sajjadian I, Golparvar M. The effectiveness of cognitive processing therapy on cognitive regulation of emotion and individual development of children of control and self-sacrificing families. *J Appl Fam Ther*. 2020;1(4):1-17. Persian.
30. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(1):85-90.
31. Vreven DL, Gudanowski DM, King LA, King DW. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation. *J Trauma Stress*. 1995;8(1):91-109.
32. Basharpour S. The effectiveness of cognitive processing therapy on the improvement of posttraumatic symptoms, quality of life, self esteem and marital satisfaction in the women exposed to infidelity. *Fam Couns Psychother*. 2012;2(2):193-208. Persian.
33. Goodarzi MA. Evaluating validity and reliability of Mississippi Post Traumatic stress disorder scale. *Shiraz J Psychol*. 2003;7(3):153-78. Persian.
34. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;85(2):348-62.
35. Hasani J. Persian version of the emotion regulation questionnaire: factor structure, reliability and validity. *Int J Behav Sci*. 2016;10(3):156-61. Persian.
36. Foroughi AA, Parvizifard A, Sadeghi K, Moghadam AP. Psychometric properties of the Persian version of the Emotion Regulation Questionnaire. *Trends Psychiatry Psychother*. 2021;43(2):101-7. Persian.
37. Mahmoudi SJS, Rahimi Ch, Mohammadi N. Psychometric properties of Posttraumatic Growth Inventory in an Iranian sample. *J Psychol Models Methods*. 2013;3(12):93-108. Persian.
38. Heidarzadeh M, Rassouli M, Shahbolaghi FM, Majd HA, Mirzaeei H, Tahmasebi M. Validation of the Persian version of the posttraumatic growth inventory in patients with cancer. *Payesh*. 2015;14(4):467-73. Persian.
39. Resick PA, Monson CM, Chard KM. Cognitive processing therapy veteran/military version: therapist's manual. Washington: Department of Veterans Affairs; 2008.