

اثربخشی آموزش کنترل خشم در افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود علائم مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

دکتر رضا کاظمی^۱، دکتر توکل موسی زاده^۲

و رامین فرد^۳

فشار آسیب‌زایی که موجب اختلال استرس پس از سانحه می‌شود، بسیار در هم شکننده است. چنین فشاری می‌تواند برخاسته از تجارب جنگ، شکنجه، بلایای طبیعی، حمله، تجاوز و سوانح جدی باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش کنترل خشم در افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود علائم مبتلایان به PTSD بود. بدین منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل، ۴۰ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال PTSD شهر اردبیل، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. آزمودنی‌ها در ابتدا و انتهای پژوهش از نظر علائم اختلال استرس پس از سانحه و میزان سازگاری مورد آزمون قرار گرفتند. آموزش کنترل خشم در مدت هفت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش ارائه شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) نشان داد که آموزش کنترل خشم، علاوه بر کاهش علائم PTSD در افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود علائم افراد مبتلا به اختلال PTSD موثر بوده است. به نظر می‌رسد که توانایی در مدیریت خشم، در افزایش سازگاری و کاهش علائم پرخاشگری موثر است و این شیوه در مداخلات روان‌شناختی مبتلایان نتایج مفیدی ایجاد می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: کنترل خشم، سازگاری، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

مقدمه

ضربه‌ی روانی، به عنوان حادثه یا رویدادی فوق‌ظرفیت روانی فرد، حیطه‌ای است که از دیرباز در گستره‌ی روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و زیست‌شناسی مورد علاقه بوده است. تحقیقات متعدد و گسترده‌ای در ابعاد تروما انجام گرفته که بخش وسیعی از آن به تغییرات بیولوژیکی و تعامل آن با

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل ایران

۲. دپارتمان روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل ایران (نویسنده‌ی مسوول) Ramin.fard.14@gmail.com

ویژگیهای روانشناختی اختصاص دارد. اختلال PTSD برای نخستین بار در سال ۱۹۸۰ در طبقه‌بندی‌های تشخیصی اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا عنوان شد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). شیوع در طول عمر اختلال PTSD از طریق مطالعات زمینه یابی در افراد بزرگسال از ۰/۱ درصد تا ۱۲/۳ درصد برآورد شده است (نات، دیویدسون و زر، ۲۰۰۰). همچنین، میزان شیوع اختلال مزبور در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۱، طبق تعریف چهارمین متن تجدیدنظر شده ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰)^۲، بعنوان مجموعه علایمی توصیف می‌شود که پس از رویداد آسیب‌زا بوجود می‌آید. واکنش شخص به این تجربه با ترس و ناتوانی در مرور تجربه ی فشارزا همراه است. فشار آسیب‌زایی که موجب PTSD می‌شود، به قدری درهم شکننده است که تقریباً هر فردی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، چنین فشاری می‌تواند برخاسته از تجارب جنگ، شکنجه، بلایای طبیعی، حمله، تجاوز و سوانح جدی باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). پژوهشی که در پی حمله تروریستی و بمب‌گذاری در سفارت آمریکا در کشور ناپروبی روی ۲۸۸۳ نفر که در معرض انفجار قرار داشتند، ۱ تا ۳ ماه پس از بمب‌گذاری انجام گرفت نشان داد که علایم PTSD در ۳۵ درصد از قربانیان مشاهده می‌شود (جنگا، ۲۰۰۴). در ارتباط با پیامدهای اختلال PTSD بررسی‌ها نشان داده‌است که خشم مهار نشده ی مبتلایان در این اختلال، سازگاری افراد را با خطرات جدی روبرو کرده و می‌تواند افراد را از پیشرفت و کارکرد بهینه باز دارد (بار-آن، ۲۰۰۹). خشم به عنوان درک پاسخی هیجانی به تهدید جسمانی یا روانی که احساس آسیب‌پذیری، ناتوانی و اضطراب را تحریک می‌کند، تعریف می‌شود (کالهن، بکهام و بوسورث، ۲۰۰۲).

دیویدسون و فوآ (۱۹۹۱) بر این باورند که PTSD دربردارنده ی سه شاخه نشانه است: شاخه ی اول، نشانه‌های مداخله‌ای و تکراری است که در معیار دوم اختلال جای دارند و ویژه ی خود اختلال هستند؛ دومین شاخه، نشانه‌های معیار سوم PTSD است که خود به دو دسته تقسیم می‌شوند: الف) دسته‌ای که مربوط به اجتناب هستند و افزون بر PTSD ممکن است در کرختی هیجانی نیز دیده شوند و ب) دسته‌ای که اختلال‌های ترس بیمارگونه با افسردگی مشترک هستند و شاخه ی سوم، نشانه‌های معیار چهارم PTSD که مربوط به بیش برانگیختگی است و

1. Posttraumatic Stress Disorder

2. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder IV.TR

مواردی از آن‌ها ممکن است در ترس بیمارگونه ی ساده و همچنین در اختلال وسواس نیز دیده شود. با وجود ارتباطی که میان رویارویی با رویداد آسیب‌زا و PTSD وجود دارد، برخی از پژوهشگران بر این باورند که آسیب‌شناسی روانی پس از رویداد آسیب‌زا منحصر به PTSD نیست (گرین، ۱۹۹۱). یکی دیگر از مشکلات اصلی افراد مبتلا به PTSD که ناشی از نارسایی بازداری است، ناتوانی در جلوگیری از فوران خشم است (جانوویچ، نورالهوم، بلاندرینگ، دیویس و همکاران، ۲۰۱۰) به گونه‌ای که طبق نتایج مطالعات مختلف، این افراد نسبت به افراد عادی و افراد افسرده، سطح بالاتری از پرخاشگری را نشان می‌دهند که ممکن است ناشی از افزایش برانگیختگی و پرخاشگری ناشی از بدکنشی کورتکس پیش‌پیشانی باشد (هال، فامین، انوین، اوریت و همکاران، ۲۰۰۳). سربازان قدیمی جنگ که مبتلا به PTSD هستند، به احتمال زیاد بیش از دیگران از مشکلات خشم و رفتارهای پرخاشگرانه رنج می‌برند که در نتیجه این مشکلات منجر به روابط معیوب، انزوای اجتماعی و احساس بی‌فایده بودن در آنها می‌شود (نواکو و چمتاپ، ۲۰۰۲).

همانگونه که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) عنوان شده است، علامت دائمی اختلال PTSD ناتوانی در ابراز و کنترل خشم است. بنابراین برنامه ی آموزشی کنترل خشم که یک مداخله ی روانی سازمان یافته برای وسعت بخشیدن به مهارت‌های مدیریت خشم و کاهش آسیب‌پذیری افراد سالم یا گروه خاصی از افراد تحت مراقبت است، می‌تواند تاثیر به‌سزایی در کنترل خشم افراد مبتلا به اختلال PTSD داشته باشد (تایلر و نواکو، ۲۰۰۵). در سالهای اخیر، پژوهش‌های بسیاری در خصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های کنترل خشم به انجام رسیده است. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش پایلت (۲۰۰۲)، دی‌گیوسپ و تافریت (۲۰۰۳)، مک‌واف (۲۰۰۴)، برسلین (۲۰۰۵)، فریدن (۲۰۰۵)، تایلر و نواکو (۲۰۰۵)، التراکیت و اوهری (۲۰۰۷)، لسلی و مورلند (۲۰۰۹)، مورلند، گرین، روسن، فوی و همکاران (۲۰۱۰) و آلوارز، مک‌لین، هریس، روسن و همکاران (۲۰۱۱) اشاره کرد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی آموزش کنترل خشم در افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود علائم مبتلایان به اختلال PTSD بود.

روش

پژوهش حاضر، به روش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل جانبازان مبتلا به اختلال PTSD شهر اردبیل بود که از این جامعه، ۴۰ نفر از جانبازان

بستری در بیمارستان تخصصی روانپزشکی ایثار شهر اردبیل به شیوه ی در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) کاربندی شدند. آزمونی ها قبل و بعد از انجام کاربندی، با مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی^۱ و پرسشنامه ی سازگاری بل^۲ مورد آزمون قرار گرفتند.

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی، توسط کین، کادل و تایلر (۱۹۸۸) تدوین شده است. این مقیاس خود گزارشی، برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به کار برده می‌شود و از ۳۵ آیتم تشکیل شده است که در پنج گروه تجربه ی مجدد، کناره گیری، کرختی، بیش‌انگیزختگی و خودآزاری، وضعیت فرد را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (غلط، درست، گاهی درست، خیلی درست و کاملا درست) ارزیابی می‌کند. ضریب پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ از ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ برآورد شده است (رفیع‌نیا، ۲۰۰۱). به جهت تعیین روایی همزمان این مقیاس از سه ابزار فهرست وقایع زندگی، فهرست اختلال استرس پس از سانحه و سیاهه ی پادوآ استفاده شد. ضریب همبستگی مقیاس می‌سی‌سی‌پی به ترتیب برابر ۰/۸۲/۲۳، ۰/۷۵، گزارش شده است (گودرزی، ۲۰۰۲).

پرسشنامه ی سازگاری در سال (۱۹۶۱) توسط بل تدوین شده و ۱۶۰ سوال دارد که به صورت بلی، خیر یا نمی‌دانم (؟) پاسخ داده می‌شود. اعتبار آزمون- آزمون مجدد گزارش شده در راهنمای آزمون از ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ متغیر بوده است. بل، ضرایب اعتبار را برای خرده مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش کرده است. همچنین، این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک و همبستگی با آزمون شخصیت آیزنک نشان داده است (بل، ۱۹۶۲).

روش اجرا

برنامه ی آموزش کنترل خشم به مدت هفت جلسه ی ۹۰ دقیقه‌ای با فاصله ی یک جلسه در هفته به اجرا در آمد. در جدول ۱، مراحل آموزش کنترل خشم ارایه شده است.

1. Mississippi Posttraumatic Stress Disorder
2. Bell Adjustment Inventory

جدول ۱: مراحل آموزش کنترل خشم

جلسه ی اول: معرفی اعضا و آشنایی با یکدیگر، توضیح در ارتباط با علت تشکیل جلسات آموزشی، تعداد جلسات، مدت جلسات و لزوم مشارکت اعضا، ارائه ی تعاریفی چند از خشم و ماهیت کلی آن، ارائه ی اطلاعاتی نظیر تغییرات بدنی حاصل از خشم و تحولات فیزیولوژیکی ناشی از آن.

توزیع جزوات آموزشی

جلسه ی دوم: آموزش مهارت خودآگاهی هیجانی، آموزش شیوه‌های گفتار درونی و خودگویی، شناسایی موقعیت های خشم برانگیز، ارائه ی توضیحاتی در مورد شیوه‌های بلند مدت و کوتاه مدت کنترل خشم.

توزیع جزوات آموزشی

جلسه ی سوم: آموزش مهارت قاطعیت (جرات ورزی)، تمرین ابراز قاطعیت در موقعیتهای فرضی برای هر یک از اعضا.

توزیع جزوات آموزشی

جلسه ی چهارم: ارائه ی توضیحاتی در مورد مثلث افکار، احساس و رفتار و رابطه ی آنها با یکدیگر، آشنایی با افکار (کارآمد و ناکارآمد)، احساسات یا هیجانات (مثبت و منفی) و رفتارهای (بهنجار و نابهنجار)، توزیع جزوات آموزشی

جلسه ی پنجم: آموزش تکنیک حل مساله، آموزش تکنیکهای روابط بین فردی، توزیع جزوات آموزشی

جلسه ی ششم: ارائه ی توضیحاتی درباره ی تکنیک آرمیدگی، آموزش تکنیک آرمیدگی و اطمینان از یادگیری آن، تمرین تکنیک آرمیدگی (تن آرامی) به عنوان تکلیف، توزیع جزوات آموزشی

جلسه ی هفتم: سوال از بیماران درباره ی تکلیف (تمرین تن آرامی) و میزان تاثیر انجام این تکنیک، بحث در مورد دستاوردهای آموزش مهارت کنترل خشم

یافته ها

مولفه های توصیفی نمرات آزمودنی ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: مولفه های توصیفی نمرات گروهها در سازگاری اجتماعی و PTSD به تفکیک پیش آزمون

و پس آزمون

گروه کنترل		گروه آزمایش		گروه کنترل		گروه آزمایش		سازگاری اجتماعی PTSD
پس آزمون sd	پیش آزمون M	پس آزمون Sd	پیش آزمون M	پس آزمون sd	پیش آزمون M	پس آزمون sd	پیش آزمون M	
۵/۹۲	۲۲/۰۵	۶/۰۵	۲۱/۷۵	۵/۹۳	۱۲/۳۰	۶/۲۱	۲۱/۹۰	
۱۲/۸۴	۱۲۹/۶۰	۱۳/۱۲	۱۳۰/۳۵	۶/۴۹	۹۹	۱۳/۴۲	۱۳۰/۸۰	

برای بررسی معناداری تفاوت‌های مشاهده شده در نمرات سازگاری اجتماعی و مقیاس اختلال استرس پس از سانحه ی می‌سی‌سی‌پی این نمرات را با روش تحلیل کواریانس مورد آزمون قرار داده ایم. همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، با توجه به مقدار F به دست آمده (۱۲/۲۲) و احتمال

معناداری آن، می توان نتیجه گرفت که داده ها از مفروضه ی همگنی ماتریس وارینانس- کوواریانس تخطی نکرده اند.

جدول ۳: خلاصه ی آزمون برابری ماتریس کوواریانس باکس

Sig.	Df2	Df1	F	M Box
۰/۰۷	۲۵۹۹۲۰	۳	۱۲/۲۲	۳۸/۸۷

در جدول شماره ۴، با توجه به مقدار آزمون ویلکز لامبدا (۰/۴۶) و F محاسبه شده (۲۱/۳۱) با درجه ی آزادی ۲ و ۳۷ می توان فرض صفر را رد کرد ($p < ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، میانگین نمره های افراد مبتلا به PTSD در سازگاری و علایم اختلال استرس پس از سانحه، به طور همزمان بین اعضای دو گروه آزمایش و کنترل متفاوت است. اندازه اثر اختلاف با توجه به مقدار مجذور ایتا (۰/۵۳) در حد بالا است؛ یعنی می توان براساس نتایج آزمون های اجرا شده، افراد تحت آزمایش و کنترل را از هم تفکیک کرد. در مجموع، مقدار مجذور ایتا (۰/۵۳) نشان دهنده ی ارتباط نسبتاً قوی بین آموزش روش کنترل خشم و نمرات سازگاری و شدت اختلال استرس پس از سانحه است.

جدول ۴: خلاصه ی آزمون های چندمتغیری

اثرات	آزمون ها	مقادیر	F	Df	dfe	P	مجذور ایتا
گروه ها	ویلکز لامبدا	۰/۴۶	۲۱/۳۱	۲	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳

معنادار در سطح ۰/۰۵

با توجه به نتایج آزمون های اثرات بین آزمودنی ها و شاخص های محاسبه شده (نسبت های F و سطوح معناداری آنها)، در جدول ۴، می توان نتیجه گرفت که در نمرات سازگاری و علایم اختلال استرس پس از سانحه، تفاوت معنادار وجود دارد. علاوه براین، مقادیر مجذور ایتا نشان دهنده اندازه اثر آموزش مدیریت خشم در نمرات سازگاری و علایم اختلال استرس پس از سانحه است.

جدول ۵: خلاصه ی آزمون های اثرات بین آزمودنی ها

منابع	متغیر	SS	۱	df۲	MS	F	p	مجذور ایتا
گروه ها	سازگاری	۲۸۰/۹۰	۱	۳۸	۲۸۰/۹۰	۱۱/۱۴	۰/۰۰۲	۰/۲۳
	میزان علایم	۳۱۵۰/۶۲	۱	۳۸	۳۱۵۰/۶۲	۳۵/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۴۸

P<0/05

بحث و نتیجه گیری

ضربه ی روانی، به عنوان حادثه یا رویدادی فوق ظرفیت روانی فرد، حیطه‌ای است که از دیرباز در گستره ی روانشناسی، جامعه‌شناسی و زیست‌شناسی مورد علاقه بوده است. در ارتباط با پیامدهای اختلال PTSD، بررسی‌ها نشان داده‌است که خشم مهار نشده ی مبتلایان در این اختلال سازگاری افراد را با خطرات جدی روبرو کرده و می‌تواند افراد را از پیشرفت و کارکرد بهینه باز دارد (بار- آن، ۲۰۰۹). خشم، به عنوان درک پاسخی هیجانی به تهدید جسمانی یا روانی که احساس آسیب‌پذیری ناتوانی و اضطراب را تحریک می‌کند (کالهن، بکهام و بوسورث، ۲۰۰۲). یکی از مشکلات اصلی افراد مبتلا به PTSD که ناشی از نارسایی بازداری است، ناتوانی در جلوگیری از فوران خشم است (جانوویچ، نورالهوم، بلاندینگ، دیویس و همکاران، ۲۰۱۰). این افراد سطح بالایی از پرخاشگری را نشان می‌دهند که ممکن است ناشی از افزایش برانگیختگی و پرخاشگری ناشی از بدکنشی کورتکس پیش‌پیشانی باشد (هال، فامین، انوین، اوریت و همکاران، ۲۰۰۳).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که آموزش کنترل خشم شامل آموزش مهارت خودآگاهی هیجانی، آموزش خودگویی درونی، شناسایی موقعیت‌های خشم برانگیز، آموزش مهارت قاطعیت آموزش تکنیک حل مساله و آموزش تکنیک آرمیدگی، در افزایش سازگاری اجتماعی افراد مبتلا به اختلال PTSD موثر است. یافته‌ها نشان داد که میان افراد مبتلا به PTSD گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری ($P < 0/010$) وجود دارد.

نتایج بررسی فریدن (۲۰۰۵) نیز، نشان داد که آموزش مدیریت خشم، همدلی و مهارت‌های اجتماعی می‌تواند مشکلات سازگاری و رفتاری افراد را کاهش دهد. یافته‌های بدست آمده از پژوهش حاضر، نشان داد که آموزش کنترل خشم در بهبود علایم افراد مبتلا به اختلال PTSD موثر است. این یافته، با یافته‌های پژوهش‌های قبلی همچون پایلت (۲۰۰۲)، دی گیوسپ و تافریت (۲۰۰۳)، مک و اف (۲۰۰۴) برسلین (۲۰۰۵)، تایلر و نواکو (۲۰۰۵)، التراکیت و اوهیری (۲۰۰۷)، لسلی و مورلند (۲۰۰۹)، مورلند، گرین، روسن، فوی و همکاران (۲۰۱۰) و آلوارز، مک‌لین، هریس، روسن و همکاران (۲۰۱۱) همخوان است. نتایج پایلت (۲۰۰۲)، نشانگر آن بود که آموزش مدیریت خشم در کاهش میزان خشم موثر است. همچنین نتایج بررسی ۵۰ پژوهش توسط دی گیوسپ و تافریت (۲۰۰۳)، نشان داد که در درمان خشم بزرگسالان، بیمارانی که تحت درمان قرار گرفتند در مجموع ۸۳ درصد آنها در مقایسه با قبل از درمان، بهبود یافتند.

مک واف (۲۰۰۴) و برسلین (۲۰۰۵) نیز نشان دادند که برنامه‌های آموزش کنترل خشم در کنترل تکانه‌های خشم و پرخاشگری، کاهش رفتارهای وابسته به خشم و کاهش خشونت خانوادگی نقش موثری دارد. تایلر و نواکو (۲۰۰۵)، با بازیابی فراتحلیل‌هایی که اثربخشی مداخله‌های درمانی بر پیامدهای خشم را ارزیابی کرده‌اند، دریافته‌اند که مداخله‌های مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری که آموزش کنترل خشم یکی از مهارت‌های این رویکرد به شمار می‌آید، در بسیاری از موقعیت‌ها و برای گروه‌های گوناگون بالینی و غیربالینی، در گروه‌های سنی مختلف موثر بوده است. نتایج پژوهش لسللی و مورلند (۲۰۰۹)، نشان داد که آموزش کنترل خشم از راه دور می‌تواند روی افراد مبتلا به PTSD موثر واقع شود. نتایج حاصل شده از پژوهش مورلند و همکاران نیز (۲۰۱۰)، موید تاثیر درمان گروهی کنترل خشم برای مشکلات خشم سربازان مبتلا به PTSD بود. نتایج پژوهش آلواریز و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان داد که در درمان گروهی متمرکز بر تروما، شرکت کنندگان در درمان پردازش شناختی، بهبودی‌های بیشتری نسبت به گروه دیگر در چک لیست علائم PTSD نشان دادند.

در تبیین یافته‌های بدست آمده از پژوهش حاضر، همانگونه که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی عنوان شده است، علامت دائمی PTSD ناتوانی در ابراز و کنترل خشم است. به لحاظ روانی، خشم می‌تواند عملکرد اجتماعی را دچار اشکال نماید، به این صورت که می‌تواند رفتارهای پرخاشگرانه و ضد اجتماعی نظیر پرخاشگری‌های کلامی و فیزیکی را به دنبال داشته باشد. بنابراین بروز علائم این اختلال نظیر داشتن احساس خصومت و توانایی ضعیف در کنار آمدن، پرخاشگری و اجتناب، گذشت کمتر در برابر خطاهای دیگران، تعارض در روابط صمیمانه، در مجموع در چرخه‌ای معیوب قرار گرفته و تهدیدی برای سازگاری خواهد بود. می‌توان گفت احتمالاً افزایش خود آگاهی هیجانی نسبت به علائم برانگیختگی اولیه‌ی خصمانه، آموزش کنترل بر افکار، احساس و رفتار و آموزش قاطعیت و قاطعانه رفتار کردن، تاثیر بسزایی در افزایش رفتارهای سازگارانه افراد مبتلا به اختلال PTSD داشته است. بنابراین با توجه به ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال PTSD می‌توان انتظار داشت که شیوه‌ی درمانی آموزش کنترل خشم بتواند در افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود علائم افراد مبتلا به اختلال PTSD، تاثیر به‌سزایی داشته باشد. به نظر می‌رسد یادگیری این مهارت‌ها و کاربردی کردن آنها افراد مبتلا به اختلال PTSD را برای مواجهه‌ی موثرتر با مشکلات و یا موقعیتهایی که با آنها روبرو می‌شوند، یاری رسانده و به آنها کمک می‌کند تا در برخورد با مسایل شخصی و همچنین در محیط اجتماعی خویش رفتارهای سازگارانه تری از خود بروز دهند.

بدین وسیله از همکاری تمامی کارکنان دانشگاه آزاد و پرسنل بیمارستان تخصصی روانپزشکی ایثار شهر اردبیل، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

- Al-turkait, F., & Ohaeri, J.U. (2007). Post- traumatic stress disorder among wives of Kuwaiti veterans of the first gulf war. *Journal of Anxiety Disorder*, 22 18-13.
- Alvarez, J., Mclean, C., Harris, A.H.S., Rosen, C.S., Ruzek, J. I. & Kimer-ling, R. (2011). The Comparative Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for male Veterans Treated in a VHA Posttraumatic Stress Disorder Residential Rehabilitation Program. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 79 (5), 590 – 599.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revised). Arlington, VA: *American Psychiatric Association*.
- Bar-on, R. (2001). Emotional Intelligence and self- actualization – In J. Ciarrochi, J.P. Fogas, and J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life*. U.S. A: Taylor& Franeis.
- Bell, H. M. (1961) The Adjustment Inventory (Adult form). *Consulting psychological press*. INC. Palo Alto. California.
- Bell, H.M. (1962) Bell Adjustment Inventory Manual. California: *Consulting psychological press INC*.
- Breslin, J.H. (2005). *Effectiveness of a rural anger management program in preventing domestie violencee recidivism*. Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3151308>.
- Calhoun, P.S., Beckham, J.C., & Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15,205-212.
- Davidson, D., & Foa, E. (1991). Treatment PTSD in traumatized people. *American Journal of Psychiatry*, 10, 38-41 .
- DiGuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2003). Anger treatments for adults: A meta- analytic review. *Clinical psychology: science and practice*, 10, 70-84.
- Freiden, J. (2005) *GAME: A clinical intervention for adolescent violence in schools*. Available on: www.lib.umi.com/dissertations/fullcit/3199466.
- Green, L. (1991). Evaluation the effects of disasters. *American Journal of Psychological Assessment*, 41, 538-540.
- Hull, L., Famin, L., Unwin, C., Everitt, B., Wykes, T., & David, A.S.(2003). Anger, psychopathology and cognitive inhibition: A study of UK servicemen. *Pers Individ Dif* 35:1211-26.
- Goodarzi, M., (2002). Considering Validity and Reliability of Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Journal of Psychology*, 7, 153-178. (Persian).
- Jenga, F.G.N. (2004). PTSD following the terrorist attack, *British Journal of psychiatry* (185), 328-333.
- Jovanovic, T., Norrholm, S. D, Blanding, N.Q., Davis, M., Duncan, E., & Bradley, B. (2010). Impaired fear inhibition is a biomarker of PTSD but not depression. *Depress Anxiety*, 27(3), 244-251 .
- Keane, T. M., & Barlow, D.H. (2004). Posttraumatic stress Disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The natur and treatment of anxiety and panic* (pp.418- 454). New York: Guilford.
- Leslie, A., & Morland, PSYD, (2009). Telemedicine and anger management groups for PTSD veterans in the Hawaiian Island. *Journal Clinical Psychiatry*.
- Macvaugh, G.S. (2004). Outcomes of court intervention and diversionary programs for domestically violent offenders. Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3143323>.
- Morland L. A., Greene, C. J., Roosen, C.S., Foy, D., Reilly, P., Shore, J., He, Q., & Frueh, B.C. (2010). Telemedicine for anger management therapy in a rural population of combat VJ eterans with post traumatic stress disorder: A randomized nonifrority trial. *Journal Clinical Psychiatry*.
- Novaco, W., Reymond, Chemtob, M., & claude (2002). Anger and combat- related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 25 (2), 1-14.
- Nutt, D., Davidson, J.R.T., Zohr, J. (2000). *Post traumatic stress disorder*, Duntiz press.
- Pilet, G.A. (2002). Efficacy of adult psychoeducation in an anger management portion of a domestic violence treatment portion of a domestic violence treatment program. Available on: www.lib.umi.com/dissertations/fullit/3052663.

- Rafeenia, A. (2005). Considering Efficacy of Personal Counseling with Approach of Cognitive-Behavior on Treatment of people of PTSD Effective from War. MA degree thesis Tarbyat moalem University, Iran. (Persian).
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of Psychiatry*. Translation of Poorafcari, (2007). Shahre Ab, Tehran, Iran. (Persian).
- Taylor, J. L., & Novaco, R.W. (2005). *Anger treatment for people with developmental Disabilities: a theory, evidence and manual based approach*. John Wiley & Sons, Ltd.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 8 (No. 32), pp.57-66, 2014

The effectiveness of anger control training in increase of social adjustment and improvement of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms

Kazemi, Dr Reza

Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran

Mousavi zadeh, Dr Tavakol

Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran

Ramin Fard

Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran

Received: Jun, 1, 2014

Accepted: Jun, 20, 2014

Pathological strain which causes post-traumatic stress disorder is much too fragile. This pressure can be derived from the experiences of war, torture, natural disasters, assault, rape and serious injuries. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of anger control training in increasing social adjustment and improvement of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms. In an experimental study of the post-test and pre-test with the control group, 40 combat veterans with PTSD in Ardabil were selected from available samples, they were assigned to two groups of experiment and control, randomly. Subjects were tested in terms of post-traumatic stress disorder and adjustment rate, at the beginning and end of the study. The experimental group received anger control training in seven sessions with duration of 90 minutes. The control group did not undergo any intervention. (MANOVA) Multivariate variance analysis indicated that anger control training, in addition to reducing PTSD symptoms, was also effective in increasing social adjustment and improving symptoms of individuals with PTSD disorder. It seems that the inability to manage anger is effective in increasing adjustability and reducing symptoms of aggression. This method produces beneficial result in psychological interventions of sufferers

Keywords: anger management, coping, posttraumatic stress disorder (PTSD)

Electronic mail may be sent to: Ramin.fard.14@gmail.com