مجله علمی پژوهش در حقوق، فقه، فلسفه و الهیات ، شماره ۱۰ ، زمستان ۱۳۹۶جلد۳، ص۵۹-۴۹
http://www.jrse.ir

مجله علمی پژوهش در حقوق، فقه، فلسفه و الهیات (سال سوم)
شماره ۱۰ / زمستان ۱۳۹۶ / ص ۵۹-۴۹

بررسی تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مهاجر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه(PTSD)

ملیحه پیشوایی[1]، امین عباسی[2]

نویسنده مسئول:

ملیحه پیشوایی

چکیده

اختلال تنش‌زای پس از رویداد یا استرس پس از سانحه نشانگان یاسندرمی است که پس از مشاهده، تجربهٔ مستقیم یا شنیدن یک عامل استرس‌زا و آسیب‌زای شدید روی می‌دهد که می‌تواند به مرگ واقعی یا تهدید به مرگ یا وقوع یک سانحهٔ جدی منجر شود.افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با میزان زیادی خودکشی، مشکلات تفکر، توجه ،حافظه و مشکلات تحصیلی روبرو هستند . هدف از مطالعه حاضر بررسی نظم جویی شناختی هیجان در نوجوانان مهاجر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه(PTSD) بود. نمونه مطالعه شامل۲۰ نفر نوجوان مهاجر مبتلا به PTSD به‌عنوان گروه هدف و ۲۰ نفر نوجوان مهاجر فاقد ملاک‌های PTSD به‌عنوان گروه مقایسه بود.پس از غربال اولیه برای تشخیص PTSD ، از تمام آزمودنی‌ها خواسته شد تا پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان را پر کنند .داده‌های بدست آمده با روش آزمون T مستقل مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که افراد با اختلال PTSD به‌طور معناداری در برخی از راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان ضعیف‌تر از افراد عادی بودند .نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌کنند که نظم جویی هیجان در بررسی تشخیصی و درمانی اختلال استرس پس از سانحه به‌عنوان یک عامل مهم موردتوجه قرار گیرد.

کلیدواژگان: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، نظم جویی شناختی هیجان ، نوجوانان مهاجر

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه[1] (PTSD) اختلالی است که در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانشناسی (DSM5) تغییرات عمده‌ای را نسبت به ویرایش‌های قبلی متحمل شده است و در طبقه‌ای جدید به نام اختلال‌های ضربه‌های روانی و فشارزاهای مرتبط، طبقه‌بندی‌شده است. ویژگی مشترک این طبقه از اختلالات، قرار گرفتن در معرض یک رویداد آسیب‌زا است که باید صراحتاً به‌عنوان یک معیار تشخیصی ذکر شوند. در تعریف این اختلال آورده شده است که: PTSD اختلال شدیدی در سلامت روان است که بوسیله تجربه مجدد مداوم، اجتناب، بیش انگیختگی و نشانه‌های شناختی و عاطفی در پاسخ مستقیم یا غیرمستقیم مواجه‌شدن با حادثه‌ای تروماتیک، مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۱۳).

بیشتر افرادی که وقایع ترومایی را تجربه می‌کنند نشانگان این اختلال را به‌سرعت بعد از واقعه نشان می‌دهند اما فقط ۳۰٪ از آن‌ها این نشانگان را تا یک ماه بعد از واقعه دارا هستند (کوهن[2] و همکاران،۲۰۱۰). چنانکه مشخص است واقعه‌ی ترومایی در هر مکانی و زمانی می‌تواند اتفاق بیافتاد و هر شخصی در هر سنی، از سال اول زندگی تا آخرین لحظه‌های دوران زندگی‌اش(انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۱۳) نیز می‌تواند مورد هجمه و آسیب این وقایع قرار گیرد. علت‌های زیادی برای وقایع ترومایی ذکرشده که برای مثال می‌توان به علت‌های متداول آن مثل آزار و اذیت، سوءاستفاده جنسی، تبعیض شغلی، خشونت پلیس، قلدری، خشونت خانگی اشاره کرد که به‌خصوص در دوران کودکی اتفاق می‌افتد (ویتفیلد[3]، ۲۰۱۰). در همین راستا محققین اذعان می‌کنند که بیش از یک‌چهارم کودکان قبل از رسیدن به بزرگسالی یک حادثه تروماتیک برجسته را تجربه می‌کنند و همین محققین معتقدند که PTSD دوران کودکی، احتمال خطر شماری از مشکلات را برای دوران بعد از کودکی (نوجوانی و بزرگسالی) بالا می‌برد (کوهن[4] و همکاران،۲۰۱۰). یانگ[5] و همکاران (۲۰۱۱) ادعا می‌کنند که تحقیقات روانشناسی در مورد کودکان بعد از حوادث تروماتیک، یک‌روند رو به رشدی را داراست که این در بین عوامل مسبب و ایجادکننده این حوادث، بیشتر در مورد حوادث طبیعی مانند زلزله و سیل و در میان اختلال‌های به وجود آمده، نیز بیشتر در مورد PTSD انجام‌شده است.

تحقیقات زیادی نشان می‌دهند که میزان زیادی از افراد مهاجر و همچنین تحت تأثیر جنگ از PTSDرنج می‌برند (مومارتین[6]، سیلوف[7]، مانیکا و اسگار[8] و استیل[9]،۲۰۰۴). کودکان و نوجوانان مهاجر در طول مهاجرت (قبل از مهاجرت، در طول مهاجرت و بعد از مهاجرت) استرس زاهای شدیدی را تجربه می‌کنند. تحقیقات دیگری نشان دادند که علاوه بر PTSD، اختلالات دیگری ازجمله اختلالات خلقی و اضطرابی نیز در بین مهاجرین شیوع و درصد بالایی را داراست (نیکرسون، برایانت، سیلوف و استیل،۲۰۱۱). هینتون و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیقی که بین مهاجران کامبوج انجام دادند دلایل زیادی را برای به وجود آمدن نگرانی در جمعیت مهاجر برشمردند ازجمله مشکلات مسکن، مشکلات مالی، مشکل امنیت وزندگی در مناطق خطرناک، نگرانی در مورد خانواده‌هایشان که در کشور خودشان زندگی می‌کنند و همچنین مسائل و نگرانی‌های مربوط به کودکان ازجمله مشکلات مدرسه و مسائلی که در رابطه با پذیرفتن فرهنگ جدید مثل زبان و رفتار قابل‌قبول فرهنگ میزبان، وجود دارد. آن‌ها همچنین معتقدند که این نگرانی در بین افراد آسیب‌دیده‌ی این جمعیت می‌تواند به ایجاد PTSD منجر شود. اما تحقیقی دیگری که شیوع PTSD را در نوجوانان مهاجر زیاد می‌داند و آن‌ها را با تفکر منفی بعد از تروما، میزان زیاد خودکشی و استفاده از راهبرد مقابله‌ای اجتناب توصیف می‌کند علت PTSD در مهاجرین را جابجایی‌های متعدد و همچنین شمار زیاد اتفاقات ترومایی که آن‌ها تجربه می‌کنند می‌داند که با چالش‌های متنوع برای سازش همراه است (سینیونگا، اونس و اولما،۲۰۱۳).نتایج مطالعات نشان می‌دهند که

---

[1] Post-traumatic stress disorder
[2] Cohen
[3] Whitfield
[4] Cohen
[5] Pinchen Yang
[6] Momartin
[7] Silove
[8] Manicavasagar
[9] Steel

افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از مشکلات توجه (برایانت[۱۰] و هاروی[۱۱]،۱۹۹۷)، نشانه‌های تجزیه‌ای(مورگان[۱۲] و همکاران،۲۰۰۱)و حافظه(بروین[۱۳] و اسمارت[۱۴]،۲۰۰۲) رنج می‌برند.

بااین‌همه در سالیان اخیر توجهی روزافزون نسبت به نقش پردازش و نظم دهی هیجانی در طیف گوناگونی از اختلال‌ها معطوف شده است (لی هی[۱۵]، تیرچ[۱۶]، ناپولیتانو[۱۷]، ۲۰۱۱). وانچه مشخص است نقش هیجان‌ها در زندگی انسان‌هاست چون انسان‌ها روزانه با وقایع و محرک‌های زیادی مواجه می‌شوند که نیاز به مدیریت هیجانی آن‌ها برای یک کارکرد سالم وزندگی مناسب ازنظر روانی، ضروری به نظر می‌رسد؛ این تا جایی است که نورنا[۱۸] و بیکر[۱۹] (۲۰۱۴) اولین محیط برای آموختن تنظیم هیجان[۲۰] را خانواده می‌دانند؛ که کودک از طریق یادگیری مشاهده‌ای و مراجع اجتماعی و شیوه‌های فرزند پروری می‌تواند آن را بیاموزد. وارنر[۲۱] و گروس[۲۲] (۲۰۱۰) بیان می‌کنند، هرچند که افراد مبتلابه اختلال‌ها روان‌پزشکی، ماهیت اختلالی متفاوتی دارند، اما همه‌ی آن‌ها سطح بالایی از هیجان منفی را به شیوه‌ها و اندازه‌های متفاوت تجربه می‌کنند، همه‌ی آن‌ها تلاش می‌کنند تا این هیجانات را سرکوب یا ابراز کنند. به‌طور مثال مدل طرح‌واره هیجانی (لی هی،۲۰۰۲) که بیان می‌کند از مدل فراشناختی بسیار تأثیر پذیرفته، نگرانی را به‌عنوان پیامدی از عدم نظم‌جویی هیجانی در نظر می‌گیرد. این مدل بیان می‌کند که تفاسیر از هیجان‌ها موجب عدم تحمل یا ترس از هیجان می‌شود، درنتیجه منجر به حسی از بی‌نظمی هیجانی، فروپاشی به‌وسیله هیجان‌ها و بکارگیری راهبردهای مشکل‌ساز، از قبیل نگرانی، نشخوار، پرخوری، نوشیدن و برون‌ریزی، سرکوبی یا خاتمه دادن به هیجان می‌شود (لی‌هی، تریچ و ناپلوتینو، ۲۰۱۱). گروس (۲۰۰۷) نظم دهی هیجانی را مجموعه‌ی نامتجانسی[۲۳] از فرایندها می‌داند که هیجان‌ها به‌وسیله‌ی آن منظم می‌شوند. او بیان می‌کند که این فرایند نظم دهی هیجان می‌تواند خودکار یا کنترل‌شده و آگاهانه یا ناآگاهانه باشد. نظم دهی هیجان با توجه به هدف موردنظر شخص ممکن است پاسخ هیجانی را کاهش یا افزایش دهد و یا همان‌گونه آن را حفظ کند. در تحقیقی نشان داده شد که نقص در نظم دهی هیجانی در ایجاد افسردگی نقش دارد (برکینگ[۲۴]، ریتز[۲۵]، اسوالدی[۲۶]، هافمن[۲۷]، ۲۰۱۴؛ لی و همکاران، ۲۰۱۴) همچنین در تحقیقاتی دیگر نقش تنظیم هیجان را در اختلال‌های شدیدتر روانی مثل اوتیسم موردبررسی قراردادند (مازفسکی[۲۸] و همکاران،۲۰۱۳). تحقیقات درزمینه ی نظم دهی هیجانی نشان داده‌اند که نقص در این فرایند با اختلال‌های ازجمله اضطراب سلامتی (باردین[۲۹] و فرگاس[۳۰]، ۲۰۱۴) و دیگر اختلال‌ها اضطرابی، ازجمله اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی جبری (استرن و همکاران، ۲۰۱۴) رابطه دارند. در یک فرا تحلیل که به‌منظور بررسی نقش نظم دهی هیجانی در اختلال‌ها روانی انجام شد نشان داده شد که راهبردهای تنظیم هیجانی نشخوار، اجتناب و سرکوب نسبت به پذیرش، ارزیابی مجدد و حل مسئله رابطه‌ی بیشتری با اختلال‌ها روانی دارند (آلداو[۳۱]،

---

[10] Bryant
[11] Harvey
[12] Morgan
[13] Brewing
[14] Smart
[15] Leahy
[16] Tirch
[17] Napolitano
[18] Norona
[19] Baker
[20] emotion regulation
[21] Werner
[22] gross
[23] heterogeneous
[24] Berkinga
[25] Wirtz
[26] Svaldi
[27] Svaldi
[28] Mazefsky
[29] Bardeen
[30] Fergus
[31] Aldao

نولن-هوکسما[32] و شوویزر[33]، ۲۰۱۰). در تحقیقی که شفرد[34] و ویلد[35] (۲۰۱۴) روی ۴۵ آزمودنی انجام دادند روش جدیدی در بررسی تنظیم هیجان انجام دادند آن‌ها معتقدند که بررسی کامپیوتری تنظیم هیجان بسیار معتبرتر از خودگزارشی هایی است که در تحقیقات متداول است. بهر حال نتایج آن‌ها نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان‌های منفی، ممکن است یکی از ویژگی‌های افراد با PTSD باشد. همچنین تأثیر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان در افراد PTSD بسیار مهم است چون PTSD با اجتناب هیجانی و بد تنظیمی هیجانی مشخص می‌شود (ربر و همکاران،۲۰۱۳).

با توجه به موارد فوق و مشخص شدن رابطه بین تنظیم هیجان و PTSD در جمعیت عادی و این‌که هنوز مشخص نیست این رابطه در بین جمعیت مهاجر چگونه است، هدف پژوهش حاضر بررسی نظم جویی هیجان در نوجوانان مهاجر با PTSD بود.

مواد و روش ها

با توجه به طرح تحقیق علی-مقایسه ای، حجم نمونه ۲۰ نفر گرفته شد. جامعه آماری این تحقیق کلیه نوجوانان و کودکان مهاجر بود که از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. برای انجام تحقیق با مراجعه به ۳ موسسه مربوط به کودکان مهاجر در کرج، نمونه مورد نظر برای تحقیق، مورد بررسی قرار گرفتند. پس از غربال اولیه برای تشخیص PTSD ، از تمام آزمودنی‌ها خواسته شد تا پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان را پر کنند. ملاک‌های ورود برای افراد: ۱. افراد بین ۱۴ تا ۱۸ سال۲. حداقل یک سال سابقه زندگی در ایران ۳. عدم وجود بیماری جسمی حاد۴. عدم وجود سوءاستفاده از مواد مخدر۵. تشخیص PTSD از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک(SCID-I) برای گروه ملاک.

[36] SCID-I یک مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته است که برای تشخیص گذاری اختلال‌های عمده محور یک بر اساس DSM-IV-TR به کار می‌رود. در مطالعه روی سوءمصرف کنندگان مواد که توسط کرانزلز[37] و همکاران انجام شد، تشخیص‌هایی که با استفاده از SCID-I انجام شدند از روایی بالاتری در مقایسه با مصاحبه بالینی استاندارد برخوردار بودند. نتایج پایایی به‌طور چشمگیری در بعضی از تشخیص‌ها و بخش‌ها متفاوت بود (منتظری، نشاط دوست، عابدی و عابدی،۲۰۱۴).

پرسش‌نامه‌ی نظم دهی شناختی هیجان (**CERQ**[38]):

این پرسشنامه یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است و راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان را در پاسخ به رویدادهای تهدیدکننده و تنیدگی زار زندگی در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) برحسب ۹ زیر مقیاس به این شرح می‌سنجد: خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، نشخوارگری، فاجعه سازی، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی. حداقل و حداکثر نمره در هر زیر مقیاس به ترتیب دو و ده و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی استفاده‌ی بیشتر از آن راهبرد شناختی است. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ی نظم دهی شناختی هیجانی در پژوهش‌های خارجی مورد مایید قرارگرفته است. نتایج پژوهش حسنی (۱۳۹۰) نشان داد که فرم کوتاه نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی نظم دهی شناختی هیجان که دارای ۱۸ ماده می‌باشد از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است. همچنین ازلحاظ ساختار عاملی و روایی همزمان، فرم کوتاه در مقایسه بافرم بلند مطلوب‌تر است.

---

[32] Nolen-Hoeksema
[33] Schweizer
[34] Shepherd
[35] Wild
[36] Structured Clinical Interview for DSM
[37] Ceranzelz
[38] Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

با توجه به برقرار نبودن مفروضه نرمال بودن و عدم برقراری مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس ها از اجرای ازمون مانووا صرف نظر گردید و برای تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون T برای دو گروه مستقل استفاده گردید که نتایج آن در جدول زیر ارائه‌شده است.همچنین برای تحلیل داده ها از نرم افزار spss22 استفاده گردید.

یافته‌ها

تمام آزمودنی‌های شرکت‌کننده در این تحقیق بین رنج سنی ۱۴-۱۸ سال بودند که ۶۰% از گروه PTSD ، نوجوانان ۱۴ ساله بودند و۶۰ % نوجوانان گروه عادی ۱۵ سال داشتند.در متغییر تحصیلات نیز ۶۰ % گروه PTSD دارای تحصیلات پنجم بودند و در گروه عادی ۴۰ % شرکت‌کنندگان تحصیلات ششم را دارا بودند. همچنین تعداد ۱۰ نفر از گروه PTSD دختر و ۱۰ نفر دیگر پسر بودند و در گروه عادی تعداد ۲ دختر و ۱۸ پسر در تحقیق شرکت داشتند.

جدول ۱ : یافته های مربوط به مقایسه گروه PTSD و نرمال در راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، با استفاده از آزمون T مستقل

متغیرهای پژوهش	گروه	ازمون لوین		میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری
		F	سطح معناداری					
ملامت خود	نرمال PTSD	0/38	0/53	4/65 4/20	2/10 2/16	38	0/66	0/51
پذیرش	نرمال PTSD	0/00	0/98	6/25 4/55	1/74 1/70	38	3/12	0/01
نشخوارگری	نرمال PTSD	0/17	0/67	5/35 6/90	1/84 2/29	38	-2/35	0/02
تمرکز مجدد مثبت	نرمال PTSD	4/05	0/051	5/80 5/70	2/01 2/67	38	0/13	0/89
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	نرمال PTSD	0/06	0/80	6/50 6/35	2/50 2/66	38	0/18	0/85
ارزیابی مجدد مثبت	نرمال PTSD	0/41	0/52	6/30 5/45	2/17 2/43	38	1/16	0/25
دیدگاه گیری	نرمال PTSD	0/79	0/37	5/95 5/90	1/70 2/04	38	0/08	0/93
فاجعه‌سازی	نرمال PTSD	2/05	0/16	4/45 5/70	2/06 2/57	38	-1/69	0/09
ملامت دیگری	نرمال PTSD	6/00	0/01	2/06 2/57	4/45 5/70	38	-2/28	0/02

با توجه به جدول1 می توان مشاهده کرد که بین دو گروه نرمال و PTSD از بین راهبردهای سازگارانه نظم جویی شناختی هیجان فقط در متغیر پذیرش تفاوت وجود دارد و افراد PTSD نسبت به گروه نرمال به طور معناداری در سطح آلفای 0/01 دارای پذیرش پایین تری هستند. همچنین بین افراد PTSD و گروه نرمال در راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان نشخوارگری و ملامت دیگری نیز تفاوت وجود دارد و افراد PTSD نسبت به گروه نرمال به طور معناداری در سطح آلفای 0/05 دارای میزان نشخوارگری و ملامت دیگری بیشتری می باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت نظم جویی شناختی هیجان در نوجوانان مهاجر همراه با اختلال استرس پس از سانحه بود . یافته‌های پژوهش نشان داد که عملکرد نوجوانان مهاجر با PTSD در برخی از راهبردهای نظم جویی هیجان، ضعیف‌تر از نوجوانان مهاجر عادی است.

همانطور که ذکر شد در این تحقیق نوجوانان همراه PTSD نسبت به گروه کنترل در ۳ راهبرد نظم جویی هیجان(پذیرش، نشخوار و ملامت دیگران) اختلاف معناداری داشتند و در سایر راهبردها(خودسرزنشگری ، فاجعه سازی، کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) اختلاف معناداری نداشتند. این نتیجه در راستای نتیجه تحقیقات بسیاری است که به بررسی نقش نظم جویی هیجان و PTSD پرداخته اند. برای مثال ۱۶۴ زن که تجربه مورد سوء استفاده واقع شدن در دوران کودکی را داشتند در تحقیقی شرکت کردند که رابطه نظم جویی هیجان و نشانگان PTSD انها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که راهبردهای نظم جویی هیجان یک پیش بینی کننده قوی نشانگان PTSD هست(کلیتر[۳۹]،میراندا[۴۰]،استوال[۴۱]و هان[۴۲]،۲۰۰۵). در راستای ضعف در راهبرد پذیرش در نوجوانان با PTSD ، تریپ[۴۳] و مورفی[۴۴] در یک تحقیق با نمونه ی نسبتا بالایی از بازماندگان جنگ به بررسی همبستگی نظم جویی هیجان و نشانگان PTSD پرداختند که نتایج نشان داد راهبرد پذیرش با نشانگان تجربه مجدد[۴۵] ، کرختی و اجتناب[۴۶] و گوش بزنگی[۴۷] رابطه معناداری دارد(۲۰۱۵). همانطور که واضح است پذیرش یک حادثه تروماتیک می تواند به عنوان یک راهبرد بسیار موثر در کم کردن اثر مخرب ان حادثه مفید باشد. در تایید این نتیجه می توان به تحقیق هینتون[۴۸] و همکارن اشاره کرد که به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش در جمعیت PTSD پرداختند و نتیجه گرفتند که تکنیک پذیرش با افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و کاهش نشخوار باعث بهبود نشانگان افراد PTSD می شود(۲۰۱۳).همانطور که تحقیق قبلی نشان داد با پذیرش ، نشخوار کاهش پیدا می کند ، پس می توان نتیجه گرفت رابطه نشخوار و PTSD یک رابطه مثبت است. در تبیین این قضیه گفته شده است که نشخوار یک راهبرد شناختی برای کاهش استرسی است که از خاطرات تروماتیک سرزده ناشی می شود(بروین[۴۹] و هوملس[۵۰]، ۲۰۰۳)، و به همین خاطر نشخوار باعث پردازش ناقص اطلاعات و بالابردن شدت نشانگان PTSD می شود . در همین زمینه نشخورا یک پیش بینی کننده طولی علائم PTSD در شش ماه بعد از واقعه تروماتیک بود(اهرینگ[۵۱]، فرانک[۵۲] و اهلرز[۵۳]،۲۰۰۸). از این جنبه نتایج این تحقیق با تحقیقات بسیاری هم راستاست(می توانید رجوع کنید به رولی[۵۴] و همکاران، ۲۰۱۵). اما در مورد راهبرد ملامت دیگری تحقیق اختصاصی بین این راهبرد و PTSD انجام نشده است اما می توان این نتیجه را از دو زاویه مورد بررسی قرار داد اول اینکه می توان انتظار داشت بدلیل اینکه در اغلب حوادث تروماتیکی که در زندگی افراد مهاجر رخ می دهد خود انها هیچ نقشی ندارند این افراد بیشتر به ملامت دیگری روی بیاورند تا خودشان. اما از زاویه دیگر ممکن است بدلیل اینکه گروه هدف

---

39 Cloitre
40 Miranda
41 StovalI
42 Han
43 Tripp
44 Murphy
45 PTSD Re-experiencing Symptoms
46 Avoidance and Numbing
47 Hypervigilance
48 Hinton
49 Brewin
50 Holmes
51 Ehring
52 FRANK
53 ehlers
54 Roley

تحقیق حاضر نوجوانان بودند ملامت دیگری انها بیشتر بوده است زیرا در همین راستا تحقیقی نشان داد که نوجوانانی که احساس گناه کمتری داشتند بیرونی سازی ملامت[۵۵] بیشتری را از خود نشان دادند(استویگ[۵۶]، تانگنی[۵۷]، هیگل[۵۸]، هارتی[۵۹]و مککلوسکی[۶۰]،۲۰۱۰).

یکی از محدودیت های این پژوهش گروه سنی خاص این پژوهش بود که وسعت تعمیم پذیری داده ها را به گروه های سنی دیگر محدود می کند. بنابراین پیشنهاد می شود این پژوهش در گروه های سنی دیگر اجرا شود تا یافته های بیشتری مورد بررسی قرار گیرند.

سپاسگزاری

اینجا لازم است که از دو موسسه خانه مهر و کیانا کرج (موسسه کودکان مهاجر) که برای انجام این تحقیق بستر مناسب را فراهم کردند و همچنین از تمام نوجوانانی که در این تحقیق شرکت کردند کمال تشکر را بنماییم.

[55] externalization of blame
[56] Stuewig
[57] Tangney
[58] Heigel
[59] Harty
[60] McCloskey

منابع

۱.حسنی، ج. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان. تحقیقات علوم رفتاری، ۲۲۹-۲۴۰.

2.Abdi, A., Moradi, A. R., & Akramian, F. (2009). The Comparison of Autobiographical Memory in PTSD & Normal Adults. Journal of Clinical Psycology, 1(3), 53-62.

3.Aldao, A. Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical psychology review, 30(2), 217-237.

4.Allen, R. J., Schaefer, A., & Falcon, T. (2014). Recollecting positive and negative autobiographical memories disrupts working memory. Acta psychologica, 151, 237-243.

5.American Psychiatric Association. (2013). the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. bookpointUS.

6.Bardeen, J. R. & Fergus, T. A. (2014). An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. Journal of anxiety disorders, 28(4), 394-401.

7.Berking, M. Wirtz, C. M. Svaldi, J. & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. Behavior research and therapy, 57, 13-20.

8.Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. Clinical psychology review, 23(3), 339-376.

9.Brewin, C. R., & Smart, L. (2005). Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 36(1), 61-68.

10.Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1997). Attentional bias in posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 10(4), 635-644.

11.Cloitre, M., Miranda, R., StovalI-McCIough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. Behavior Therapy, 36,119-124.

12.Cohen, J. A. Bukstein, O. Walter, H. Benson, R. S. Chrisman, A. Farchione, T. R. ... & Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder.Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49(4), 414-430.

13.Crane, C. Heron, J. Gunnell, D. Lewis, G. Evans, J. & Williams, J. M. G. (2014). Childhood traumatic events and adolescent overgeneral autobiographical memory: Findings in a UK cohort. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 45(3), 330-338.

14.Dalgleish, T. Williams, J. M. G. Golden, A. M. J. Perkins, N. Barrett, L. F. Barnard, P. J. & Watkins, E. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: the role of executive control. Journal of Experimental Psychology: General, 136(1), 23.

15. Ehring, T., Frank, S., & Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. Cognitive therapy and research, 32(4), 488-506

16.Golden A, Dalgleish T, Mackintosh B(2007). Levels of specificity of autobiographical memories and of biographical memories of the deceased in bereaved individuals with and without complicated grief. Journal of Abnormal Psychology.;116(4):786-795.

17. Graham, B., Herlihy, J., & Brewin, C. R. (2014). Overgeneral memory in asylum seekers and refugees. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry,45(3), 375-380.

18. Gross (2007) in maghaleha Na elm tovlid mikone, Na bedard mikhore. The Guilford Press

19.Hinton, D. E. Nickerson, A. & Bryant, R. A. (2011). Worry, worry attacks, and PTSD among Cambodian refugees: A path analysis investigation. Social Science & Medicine, 72(11), 1817-1825.

20.Hinton, D. E. Pich, V. Hofmann, S. G. & Otto, M. W. (2013). Acceptance and Mindfulness Techniques as Applied to Refugee and Ethnic Minority Populations With PTSD: Examples From" Culturally Adapted CBT". Cognitive and Behavioral Practice, 20(1), 33-46.

21. Kaviyani H&Mosavi A(2007). Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory in Iranian population age and sex classes. Journal of Medicine..66,(2),126-140. {Persian}

22. Kleim B, Ehlers A(2008). Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. Journal of Consulting and Clinical Psychology.;76(2):231-242.

23. Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. Cognitive and Behavioral Practice, 9(3), 177-190.

24. Leahy, R. L. Tirch, D. D. & Napolitano, L. A. (2011). Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. Guilford Press.

25.Lee, D. J. Liverant, G. I. Lowmaster, S. E. Gradus, J. L. & Sloan, D. M. (2014). PTSD and reasons for living: Associations with depressive symptoms and alcohol use. Psychiatry research.

26. Leventon, J. S. Stevens, J. S. & Bauer, P. J. (2014). Development in the neurophysiology of emotion processing and memory in school-age children.Developmental cognitive neuroscience

27. Mazefsky, C. A. Herrington, J. Siegel, M. Scarpa, A. Maddox, B. B. Scahill, L. & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,52(7), 679-688.

28. Momartin, S. Silove, D. Manicavasagar, V. & Steel, Z. (2004). Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. Journal of affective disorders, 80(2), 231-238.

29.Montazeri M,Neshat D H,Abedi M,Abedi A(2014). Effect of schema therapy in reducing symptoms of depression and obsessive-compulsive personality disorder: a single case study. Clinical psychology journal., 5, 1. {Persian}

30. Moradi, A. R., Abdi, A., Fathi-Ashtiani, A., Dalgleish, T., & Jobson, L. (2012). Overgeneral autobiographical memory recollection in Iranian combat veterans with posttraumatic stress disorder. Behaviour research and therapy, 50(6), 435-441.

31. Morgan, C. A., Hazlett, G., Wang, S., Richardson, E. G., Schnurr, P., & Southwick, S. M. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. American Journal of Psychiatry, 158(8), 1239-1247.

32. Nickerson, A. Bryant, R. A. Silove, D. & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. Clinical psychology review, 31(3), 399-417.

33. Reber, C. A. Boden, M. T. Mitragotri, N. Alvarez, J. Gross, J. J. & Bonn-Miller, M. O. (2013). A prospective investigation of mindfulness skills and changes in emotion regulation among military veterans in posttraumatic stress disorder treatment. Mindfulness, 4(4), 311-317.

34. Shepherd, L. & Wild, J. (2014). Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 45(3), 360-367.

35. Smith, P. Yule, W. Perrin, S. Tranah, T. Dalgleish, T. & Clark, D. M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46(8), 1051-1061.

36. Ssenyonga, J. Owens, V. & Olema, D. K. (2013). Posttraumatic Growth, Resilience, and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among Refugees.Procedia-Social and Behavioral Sciences, 82, 144-148.

37. Stern, M. R. Nota, J. A. Heimberg, R. G. Holaway, R. M. & Coles, M. E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3(2), 109-114.

38. Stuewig, J., Tangney, J. P., Heigel, C., Harty, L., & McCloskey, L. (2010). Shaming, blaming, and maiming: Functional links among the moral emotions, externalization of blame, and aggression. Journal of Research in Personality,44(1), 91-102.

39. Sumner J(2012). The mechanisms underlying overgeneral autobiographical memory: An evaluative review of evidence for the CaR-FA-X model. Clinical Psychology Review.;32(1):34-48.

39. Sutherland, K. & Bryant, R. A. (2007). Autobiographical memory in posttraumatic stress disorder before and after treatment. Behaviour Research and Therapy, 45(12), 2915-2923.

38. Tahery F,Moradi A,Azadfallah P,Mirzayi J,Alizade R,Namegh M(2011). Ability of Retrieval Specific Memory Materials from Autobiographical Memory among PTSD Veteran's Young Children. Advances in Cognitive Science, Vol. 13, No. 1,. {farsi}

39. Taraghijah S(2005). Comparison between effect of cognitive behavioral group counseling and spiritual approach to depression of female students at Tehran University. Faculty of psychology. Kharazmi university.. {Persian}

40.Tripp, J. C., McDevitt-Murphy, M. E., Avery, M. L., & Bracken, K. L. (2015). PTSD Symptoms, Emotion Dysregulation, and Alcohol-Related Consequences among College Students with a Trauma History. Journal of dual diagnosis, (just-accepted), 00-00.

41. Wagener, A. Weigend, A. Boulanger, M. & Blairy, S. (2014). Depression and autobiographical memory: which are the characteristics of depressed patients' self-defining memories?

42. Werner, K. & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. Kring, A. M. & Sloan, D. M. (Eds.). Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. Guilford Press.

43. Whalley M, Rugg M, Brewin C (2012). Autobiographical memory in depression: An fMRI study. Psychiatry Research: Neuroimaging. 201(2):98-106.

44. Whitfield, C. L. (2010). Psychiatric drugs as agents of Trauma. The International Journal of Risk and Safety in Medicine, 22(4), 195-207.

45. Williams, J. M. G. Barnhofer, T. Crane, C. Herman, D. Raes, F. Watkins, E. & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. Psychological bulletin, 133(1), 122

46. Yang, P. Yen, C. F. Tang, T. C. Chen, C. S. Yang, R. C. Huang, M. S. ... & Yu, H. S. (2011). Posttraumatic stress disorder in adolescents after Typhoon Morakot-associated mudslides. Journal of anxiety disorders, 25(3), 362-368.