

اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

قاسم عبدالپور^{۱*}، زینب خانجانی^۲، مجید محمود علیلو^۳، علی فخاری^۴

۱- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲- استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳- استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۴- دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اختلال استرس پس از سانحه با کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر خودکشی و اختلالات روانپزشکی همراه است. پژوهش‌های اندکی در زمینه اثربخشی مدل فراشناختی در درمان این مبتلایان انجام شده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش در غالب یک مطالعه آزمایشی تک‌موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه اجرا شد. جامعه آماری را کلیه مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه در شهر تبریز در سال ۹۳ تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش سه نفر از مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، مراجعه‌کننده به روانپزشک بودند که بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و در دسترس انتخاب شدند. بیماران در مراحل پیش از درمان، حین درمان و دوره شش هفته‌ی پیگیری با استفاده از مقیاس‌های استاندارد ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها از درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

نتایج: درمان فراشناختی هم از لحاظ آماری و هم بالینی به طور معنی‌داری موجب کاهش باورهای فراشناختی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه در مرحله پس از درمان و دوره پیگیری گردید. درصد بهبودی برای مشارکت‌کننده اول، دوم و سوم به ترتیب ۵۴/۷۴، ۵۱/۰۹، ۵۰/۶۵ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از اثربخشی بالینی درمان فراشناخت در فرهنگی متفاوت از فرهنگ سازنده این پروتکل درمانی بود. به طوری که این روش درمانی، احتمالاً در کاهش باورهای فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه از کارایی لازم برخوردار است.

کلمات کلیدی: درمان فراشناختی، باور فراشناختی، استرس، استرس پس از سانحه

* آدرس نویسنده مسئول: تبریز، دانشگاه تبریز، گروه روان‌شناسی بالینی. شماره تماس: ۰۹۳۸۷۹۴۵۵۴۷

آدرس پست الکترونیکی: g.marand@yahoo.com

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه^۱ وضعیتی است که با تجربه مجدد سانحه آسیب‌زا، اجتناب از محرک‌های یادآورنده ی حادثه، برانگیختگی مفرط و نیز تغییرات منفی در شناخت و خلق و خوی فرد مشخص می‌شود (۱، ۲). این اختلال با تعدادی از برون‌دادهای منفی مثل کاهش کیفیت زندگی (۳)، افزایش خطرپذیری برای خودکشی (۴، ۵) و همانندی بسیار بالا با اختلال‌های روانپزشکی همراه است (۶).

مشخصه اصلی اختلال استرس پس از سانحه، استرس و اضطراب شدید بعد از یک رویداد تروماتیک یا استرس‌زا است که موجب می‌گردد فرد به این تجربه با ترس و درماندگی واکنش نشان دهد و تلاش کند تا کل آن را به یاد نیاورد یا قسمت‌هایی از آن را فراموش نماید (۷). شیوع دائمی اختلال استرس پس از سانحه در مبتلایان نشان می‌دهد که این وضعیت ممکن است به میزان ۹-۱۰ درصد جمعیت عمومی و ۴۵-۶۰ درصد در میان بازماندگان حادثه مشاهده شود (۸، ۹). اکثر قربانیان اختلال استرس پس از سانحه در ماه‌های اولیه بعد از رخداد اغلب بدون هیچ درمانی بهبود می‌یابند. با این حال، قسمت قابل توجهی از این افراد بهبود نیافته و در جستجوی درمان می‌باشند (۱۰).

درمان‌های روان‌شناختی مطرح در درمان اختلال استرس پس از سانحه شامل مواجهه تصویری طولانی مدت با خاطرات سانحه آسیب‌زا (۱۱، ۱۲) و بازسازی شناختی ارزیابی‌ها و باورهای مرتبط با تجربیات سانحه آسیب‌زا است (۱۳، ۱۴).

به نظر می‌رسد که اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سیستم پردازش فراشناختی معیوب و تفکرات منفی تکرار شونده این افراد باشد که سیکل معیوبی از افکار و باورهای فراشناختی منفی تکرار شونده را در فرد ایجاد می‌کند. ورود موضوع شناخت به درمان اختلالات هیجانی در قالب تکوین نظریه طرحواره به کارهای بک^۲ باز می‌گردد. مطابق با این نظریه، اختلال روان‌شناختی و هیجانی با اختلال در تفکر رابطه دارد؛ به این معنی که اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی، با افکار خودآیند منفی و تحریف‌هایی در تفسیرها مشخص می‌شوند. ولز^۳ نیز

برای تعدیل و اصلاح نظریه شناختی، مفهوم فراشناخت را مطرح کرده است (۱۵).

روند اصلی رویکرد فراشناختی این است که اختلال روان‌شناختی تا چه حد به برخی از افکار، گسترش یافته و به طور مداوم باز پردازش می‌شوند و یا برخی به سادگی رها می‌شوند. این فرایند گزینش و کنترل سبک‌های تفکر مبتنی بر فراشناخت است که به نحو برخورد با تجارب درونی نیز مربوط می‌شوند (۱۶).

یک سطح اساسی در تبیین روان‌شناختی که برای کمک به افراد جهت تغییر افکارشان ضروری می‌باشد سطحی است که درمانگر را قادر می‌سازد تا عواملی را که بر کنترل، اصلاح، ارزیابی و تنظیم خود تفکر تاثیر می‌گذارد، مفهوم‌سازی نماید. علاوه بر این، در حالی که اهمیت محتوای اندیشه در تعیین ماهیت اختلال روان‌شناختی مورد تردید است، چگونگی تفکر افراد بعد مهمی است که تلویحاتی را برای اختلال روان‌شناختی و بهبود در بر دارد (۱۷).

درمان فراشناختی پیشرفت جدیدی در درک علل مشکلات بهداشت روانی و درمان آن است. این رویکرد ابتدا در درمان اختلال اضطراب فراگیر استفاده شد و بعدها به عنوان یک رویکرد درمانی کلی گسترش یافت (۱۷).

مشخص گردیده است که درمان مواجهه‌ای^۴ در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، به افزایش علایم این بیماران منجر می‌شود (۱۸). همچنین گزارش شده است که عده‌ای از بیماران در این روش درمانی نیز به خاطر ماهیت آزارنده درمان مواجهه‌ای، همکاری لازم را به عمل نمی‌آورند (۱۹، ۲۰). از سوی دیگر، از آنجا که در پیشینه درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال استرس پس از سانحه، بیشتر به درمان‌های مواجهه‌سازی و بازسازی شناختی پرداخته شده است، مطرح ساختن اثربخشی درمان فراشناختی بر این اختلال، سرآغاز مناسبی برای مطالعات در این زمینه خواهد بود (۲۱).

همچنین با توجه به اینکه یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه مدت کارآ و مؤثر از جمله ضرورت پژوهش در حوزه درمان می‌باشد و شیوه‌های درمانی مبتنی بر مدل فراشناختی ولز جزء درمان‌های کوتاه مدت به شمار می‌رود، انجام پژوهشی برای کارایی و اثربخشی این شیوه‌ی درمانی دارای اهمیت است. اگرچه منطقی نظری درمان فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه قابل

^۱ - Post-traumatic stress disorder (PTSD)

^۲ - Beck

^۳ - Wells

4 - Exposure Therapy

ترتیب ۵،۴،۳،۲،۱ نمره گذاری می شوند. دامنه ی کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. نمره ی ۱۰۷ و بالاتر بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه در فرد است. پایایی ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد. این مقیاس در ایران نیز توسط گودرزی، اعتباریابی و آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۲ گزارش شده است.

فرم کوتاه پرسش نامه فراشناخت به منظور سنجش باورهای فراشناختی فرد استفاده می شود. این پرسش نامه دارای ۳۰ ماده است. این ابزار در مقیاس چهار گزینه ای لیکرت به شکل موافق نیستم (۱)، کمی موافقم (۲)، تقریباً موافقم (۳)، کاملاً موافقم (۴) است. این پرسش نامه پنج مؤلفه اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهای فراشناختی عمومی منفی در مورد نیاز به کنترل افکار را می سنجد. پایایی این آزمون در ایران به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس ها در دامنه ای از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۳).

در این پژوهش تعداد جلسات درمانی و مدت هر جلسه به ترتیب ۱۰ جلسه و هر جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه برنامه ریزی و برای واحدهای مورد مطالعه هفته ای یک بار اجرا گردید (۲۴). در جدول شماره ۱ محتوای هر یک از جلسات درمانی به تفکیک ارائه شده است.

برای تحلیل داده ها از روش تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد. در این روش فراز و فرود متغیر وابسته، پایه دآوری در مورد میزان تغییر به شمار می رود. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی از درصد بهبودی نیز برای بررسی تغییرات بالینی استفاده شد. این فرمول برای تجزیه و تحلیل داده های طرح های تجربی تک موردی مطرح شده است. اندازه اثر در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده هاست (d کوهن)، محاسبه شد. اندازه اثر کمتر از ۰/۴۱ نشان دهنده حداقل میزان اندازه اثر، اندازه اثر ما بین ۰/۴۱- ۱/۱۵ نشان دهنده اثر متوسط، اندازه اثر ما بین ۱/۱۵- ۲/۷ و هم چنین اندازه اثر بالاتر از ۲/۷ اندازه اثر بزرگ محسوب می گردد.

اهمیت است (۲۲)، اما مروری بر ادبیات پژوهش نشان می دهد که مطالعات اندکی در زمینه اثربخشی این مدل در درمان اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است. بنابراین لزوم بررسی های بیشتر در زمینه اثربخشی درمان مذکور احساس می شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

روش ها

این پژوهش یک مطالعه آزمایشی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه است. جامعه آماری این مطالعه را کلیه افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در شهر تبریز در سال ۹۳ تشکیل می دادند. نمونه پژوهش شامل سه نفر از افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه از مراجعه کنندگان به روانپزشک بودند که به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه ها، مراجعان به طور همزمان به مرحله خط پایه وارد و به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند. بدین نحو که مراجع اول پس از دو جلسه سنجش در مرحله خط پایه یعنی از هفته سوم وارد جلسه درمان شد و بعد از آن مراجع دوم در جلسه دوم مراجع اول وارد جلسه اول درمان و مراجع سوم نیز در جلسه دوم مراجع دوم و جلسه سوم مراجع اول وارد جلسه اول طرح درمان شدند. از درصد بهبودی برای بررسی تغییرات بالینی استفاده شد. اندازه اثر در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده هاست (d کوهن) محاسبه شد.

در این مطالعه از مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می سی سی پی و فرم کوتاه پرسش نامه فراشناخت استفاده شد. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می سی سی پی یک ابزار مقیاس خود گزارشی است که برای ارزیابی شدت نشانه های اختلال استرس پس از سانحه به کار برده می شود. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می سی سی پی دارای ۳۵ آیتم و پنج زیر مقیاس تجربه مجدد، کناره گیری، کرحتی، پیش برانگیختگی و خودآزاری و در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت نمره گذاری شده است. غلط، به ندرت درست، گاهی درست، خیلی درست، کاملاً درست) پاسخ می دهند؛ که این گزینه ها به

جدول ۱: مشخصات جلسات آموزشی

جلسات آموزش	محتوای جلسات آموزشی
جلسه اول	تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، استفاده از استعاره‌ی التیام زخم، چالش با باورهای منفی درباره‌ی علایم، تمرین ذهن آگاهی منفصل، معرفی به تعویق انداختن نگرانی، تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی
جلسه دوم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، به ویژه آیتم‌های ۲ و ۳، ادامه‌ی آماده‌سازی در صورت نیاز، تحلیل مزایا و معایب نگرانی و نشخوار فکری، ادامه‌ی چالش با باورهای منفی درباره‌ی علایم، تکلیف خانگی: ادامه‌ی تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی
جلسه سوم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، به ویژه آیتم‌های ۲ و ۳، چالش با باورهای مثبت درباره‌ی نشخوار فکری و نگرانی، مرور به تعویق انداختن نگرانی و گسترش کاربردهای آن، بررسی و متوقف کردن سرکوب فکر، تکلیف خانگی: ادامه‌ی ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی همراه با گسترش کاربردهای آن و متوقف کردن تلاش برای سرکوب فکر
جلسه چهارم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، به ویژه آیتم‌های ۲، ۳ و ۴، گسترش کاربردهای به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت باقی‌مانده درباره نشخوار فکری و نگرانی و باورهای منفی درباره‌ی علایم، بررسی و شروع حذف سایر راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی، تکلیف خانگی: ادامه‌ی تعمیم تکنیک به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، متوقف کردن رفتارهای مقابله‌ای غیرانطباقی خاص
جلسه پنجم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، بررسی ماهیت پردازش مفهومی. آیا به نوع دیگری از پردازش تغییر یافته و همچنان در حال پیشرفت است؟، بررسی مقابله‌ای اجتنابی و غیرانطباقی و حذف آن، کار بر روی باورهای باقی‌مانده درباره‌ی نگرانی و نشخوار فکری، تکلیف خانگی: ادامه‌ی خودداری از نگرانی و نشخوار فکری. حذف مقابله‌ی غیرانطباقی به ویژه اجتناب
جلسه ششم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، تحلیل مزایا و معایب پایش (بازبینی) تهدید، چالش با باورهای مثبت درباره‌ی پایش تهدید، متوقف کردن پایش تهدید و ارایه‌ی گزینه‌های جانشین، تکلیف خانگی: ادامه‌ی خودداری از نگرانی و نشخوار فکری. تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن.
جلسه هفتم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، آموزش تمرکز مجدد توجه، چالش با باورهای مثبت و منفی باقی‌مانده، تکلیف خانگی: بازگشت به روند قبل از رویداد آسیب‌زا و به کارگیری راهبردهای جدید. مرور مقابله‌ای غیر انطباقی باقی‌مانده
جلسه هشتم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، کار بر روی نگرانی، نشخوار فکری، باورها، مقابله و توجه، کار بر روی باورهای باقی‌مانده، شروع کار بر روی « طرح کلی درمان»، تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه‌ی خلاصه‌ی درمان، ادامه‌ی خودداری از نگرانی، نشخوار فکری و پایش تهدید.
جلسه نهم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، کار بر روی موضوعات باقی‌مانده‌ی مشخص‌شده در مقیاس PTSD-S، تدوین برنامه‌ی جدید برای مقابله با افکار مزاحم و علایم، تکمیل طرح کلی درمان، تکلیف خانگی: تمرین اجرای برنامه‌ی جدید.
جلسه دهم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، تقویت برنامه‌ی جدید و تشریح آن با استفاده از مثال فرضی، واریسی هرگونه باور باقی‌مانده، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، تکلیف خانگی: شناسایی کاربرد مداوم درمان.

نتایج

وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و

اقدامات درمانی پیشین) واحدهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه

شده است.

میانگین و انحراف معیار سنی واحد‌های مورد مطالعه $\pm 0/4$

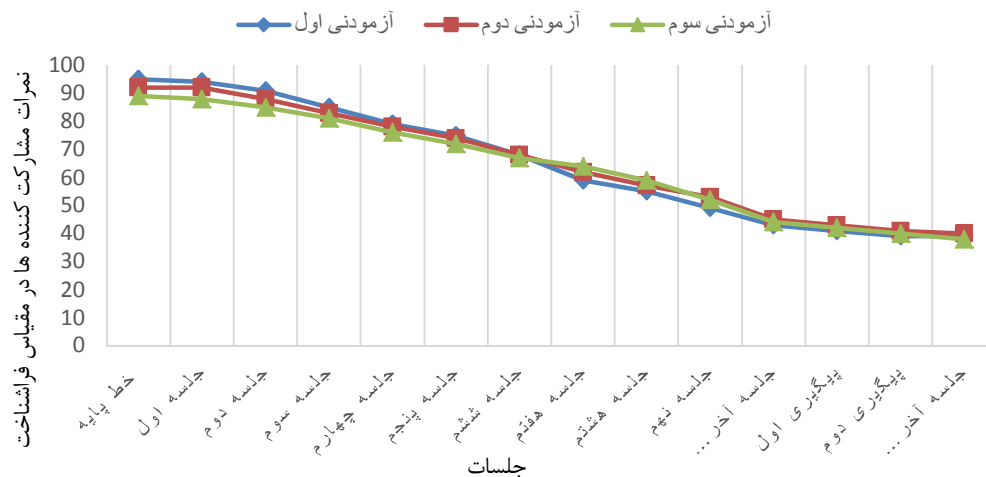
۲۵/۳۳ سال بود. سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن،

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی واحدهای مورد مطالعه

بیماران	سن	وضعیت تأهل	تحصیلات	وضعیت اجتماعی-اقتصادی	اقدامات درمانی پیشین
بیمار یک	۲۶	مجرد	لیسانس	پایین	ندارد
بیمار دو	۲۸	متاهل	لیسانس	متوسط	ندارد
بیمار سه	۲۲	متاهل	سیکل	متوسط	ندارد

آمده از مقیاس مذکور، نشانگر مؤثر بودن درمان فراشناختی در تغییر استفاده از باورهای فراشناختی در افراد PTSD است.

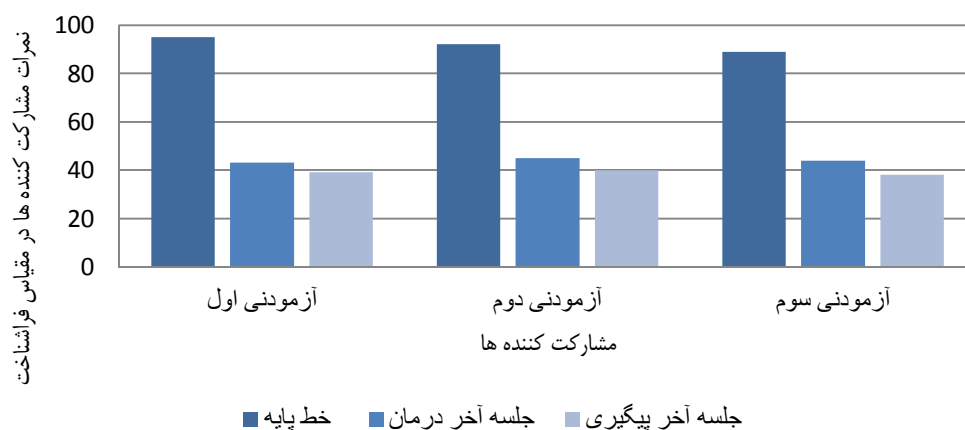
نمودار ۱، کارایی نسبی درمان فراشناختی را در تغییر نمره پرسش‌نامه باورهای فراشناخت ولز نشان می‌دهد. نتایج به‌دست



نمودار ۱- مقایسه کارایی درمان فراشناختی در تغییر نمرات مشارکت کنندگان در مقایسه باورهای فراشناختی و لز

پس از درمان (جلسه آخر درمان) و پیگیری شش هفتگی در
نمودار ۲ ارائه شده است.

در ادامه تغییر نمره‌های آزمودنی‌ها در مقایسه باورهای
فراشناختی در مراحل پیش از درمان (میانگین نمرات خط پایه)،



نمودار ۲- نمرات باورهای فراشناختی مقیاس (قبل از درمان، بعد از درمان و دوره پیگیری) برای هر سه مشارکت کننده

آخرین جلسه درمان و پیگیری، مشارکت کننده اول ۵۴ درصد و ۵۸ درصد، مشارکت کننده دوم، ۵۱ درصد و ۵۶ درصد و مشارکت کننده سوم، ۵۰ درصد و ۵۷ درصد بهبودی نشان می‌دهند. همچنین اندازه اثر به دست آمده برای مشارکت کننده اول، ۱/۴۱، مشارکت کننده دوم، ۱/۴۰ و مشارکت کننده سوم ۱/۴۰ می‌باشد (جدول ۳). با توجه به اینکه اندازه اثر کمتر از ۰/۴۱، نشان دهنده حداقل اندازه اثر، اندازه اثر مابین ۰/۴۱ و ۱/۱۵ نشان دهنده اندازه اثر متوسط، اندازه اثر مابین ۱/۱۵ و ۲/۷ نشان دهنده اندازه اثر بزرگ و هم چنین اندازه اثر بیشتر از ۲/۷ نیز نشان دهنده اندازه اثر بزرگ می‌باشد، لذا می‌توان چنین

با توجه به نمودارهای ۱ و ۲، می‌توان چنین استنباط نمود که مشارکت کننده اول بعد از ارائه درمان در متغیر باورهای فراشناختی کاهش چشم‌گیری نشان داده و تغییرات در دوره پیگیری اندک بوده است. مشارکت کننده دوم مانند مشارکت کننده اول در مرحله درمان کاهش چشم‌گیری در متغیر مورد نظر نشان داده است. در دوره پیگیری نیز تغییر در متغیر مورد نظر ادامه پیدا کرده است. مشارکت کننده سوم مانند مشارکت کننده اول و دوم در مرحله درمان کاهش قابل ملاحظه در متغیر مورد بررسی را نشان داده و تغییر اندکی در دوره پیگیری نیز قابل مشاهده است. در متغیر باورهای فراشناختی، به ترتیب در

استنباط نمود که میزان اندازه اثر برای هر سه مشارکت‌کننده بزرگ می‌باشد. بنابراین می‌توان استنباط کرد که درمان فراشناخت بر تغییر استفاده از باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه احتمالا اثربخش است.

بحث

براساس یافته‌های به دست‌آمده از پژوهش حاضر، فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است، تأیید می‌شود. به‌طوری‌که درمان فراشناختی باعث کاهش باورهای فراشناختی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شد. یافته پژوهش با مطالعات قبلی (۱۷، ۲۵-۲۸) همسو است. این یافته‌ها مؤید این است که باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر، هسته اصلی شکل‌گیری نگرانی شدید و غیرقابل کنترل است و با آسیب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی ارتباط دارد. در یک مطالعه آزمایشی بر روی بیماران مبتلا به PTSD، ۱۲ بیمار را به طور میانگین در ۸/۵ جلسه درمان کردند.

در این بررسی، بهبودی قابل توجه و به لحاظ آماری معنی‌دار در علائم استرس آسیب‌زا، اضطراب و افسردگی گزارش شد. در پیگیری شش ماهه، ۸۹ درصد بیماران براساس مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد وایس و مارمر (IES-R) بهبودی نسبی یا کامل نشان دادند (۲۹). همچنین در یک مطالعه آزمایشی کنترل شده تصادفی، اثربخشی درمان فراشناختی در اختلال استرس پس از سانحه مورد بررسی قرار گرفت. بر مبنای ارزیابی ملاک تغییر معنی‌دار بالینی، ۸۰ درصد بیماران در وضعیت درمان فراشناختی براساس مقیاس اثر رویدادها به طور کامل درمان شدند و ۱۰ درصد بیماران بهبودی قابل توجه پیدا کردند؛ در مقایسه با وضعیت لیست انتظار که تنها ۱۰ درصد بیماران بهبود نسبی یافتند و هیچ یک از افراد بهبودی کامل پیدا نکردند (۳۰). افراد به طور طبیعی بعد از آسیب ممکن است به فکر فرو روند و درباره اینکه چرا این حادثه برای آن‌ها اتفاق افتاده است و در مورد اینکه احتمال دارد دوباره حادثه مشابه آن برای خودشان اتفاق بیفتد نگران شوند. این پردازش‌ها از طریق ارزیابی‌های فراشناختی مثبت و منفی می‌تواند تشدید و تداوم یابند. باورهای فراشناختی مثبت، یعنی دید و نگاه مثبت به محتوای منفی و راه‌های مقابله با آن را نشان می‌دهد. این باورها معمولاً عامل

شروع‌کننده مشکل و بیماری هستند و نشان‌دهنده دلایل توجه بیماران به سودمندی پردازش‌های فکری معین می‌باشد. باورهای فراشناختی مثبت باعث افزایش نگرانی و نشخوار فکری می‌شود. فراشناخت‌های منفی به دنبال افزایش نگرانی و نشخوار فکری اتفاق می‌افتد. فرد تصور می‌کند که دیگر ذهنش از کنترل خارج شده است. این نوع نگاه باعث می‌شود که فرد از نگرانی‌های خود بترسد و نگران‌تر شود. همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که باورهای منفی فراشناختی در مورد کنترل‌ناپذیری و کنترل با استرس رابطه مثبت دارد (۳۱). در تبیین این وضعیت باید مطرح کرد که این اختلالات می‌توانند ساختاری باشند، یعنی در ماهیت افکار بیمار و مهمتر از آن در فرآیند و راهبردهایی ریشه داشته باشند که بیماران برای ارزیابی و کنترل افکارشان به کار می‌برند (۱۶).

در نظریه فراشناخت، تأکید بر عواملی است که تفکر را کنترل و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. عوامل فراشناختی با ایجاد شیوه‌های غیرسودمند و ناسازگارانه تفکر باعث حفظ هیجانات منفی و تداوم اختلالات روان‌شناختی می‌شوند.

بنابراین در اختلال استرس پس از سانحه، فراشناخت‌ها غیرانطباقی هستند؛ به این دلیل که موجب می‌شوند فرد در فرآیندهایی مانند اندیشناکی، نگرانی یا غلبه بر خلأ حافظه، توجه به تهدید و اجتناب یا سرکوب افکار مرتبط با رویداد آسیب‌زا درگیر شوند. این راهبردها با مانع شدن از پردازش هیجانی باعث تداوم علائم می‌شوند و با استمرار پردازش محرک‌های مرتبط با تهدید منجر به تداوم اضطراب می‌شوند. علاوه بر فعال شدن باورهای فراشناختی مثبت که پاسخ‌های مقابله‌ای را هدایت می‌کنند، افراد معمولاً باورهای فراشناختی منفی را در رابطه با معنای علائم در اختیار دارند که به تعبیرهای تهدید‌کننده از علائم و اضطراب‌های بعدی منجر می‌شوند. یکی از تکنیک‌های موثر در باورهای فراشناخت افراد مبتلا، تضعیف باورهای فراشناخت مثبت درباره بازبینی بود. درمانگر برای چالش با این باورها از بیمار می‌پرسد که آیا حفظ توجه به تهدید واقعا باعث دفع حادثه آسیب‌زا می‌شود. تقویت معایب و پیامدهای درگیری به بیمار کمک می‌کند تا ببینند چگونه توجه به تهدید، احساس خطر شدید را ایجاد می‌کند. برای این منظور از بیمار خواسته می‌شود تا از راهبردهای توجه و هوشیاری نسبت به رویدادهای احتمالی خود را تغییر دهد.

صورتی که امکان پیگیری نتایج درمان فراشناختی در دوره زمانی بلندمدت (۳ ماه و ۶ ماه) وجود داشته باشد، احتمالاً با قابلیت بیشتری می‌توان از کارایی این نوع درمان برای اختلال استرس پس از سانحه سخن گفت.

نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از اثربخشی بالینی درمان فراشناخت در فرهنگی متفاوت از فرهنگ سازنده این پروتکل درمانی بود. به طوری که این روش درمانی، احتمالاً در کاهش باورهای فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه از کارایی لازم برخوردار است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد به شماره ۲۲۳۰۵۸۵ می باشد. بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خویش را از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند، خصوصاً از بیماران شرکت کننده در این مطالعه اعلام می داریم.

براساس نظریه ولز (۱۷)، باورهای فراشناختی و الگوهای تفکر در درمان مورد هدف قرار می‌گیرند، زیرا باورهای فراشناختی منفی بر پاسخدهی فرد به افکار، باورها، علائم و هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارند. در نتیجه درمان فراشناختی با تأکید بر به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی کنترل‌ناپذیری و خطر و کاهش فرآیندهای شناختی غیرسودمند و تسهیل باورهای فراشناختی پردازش توانسته است بر باورهای فراشناختی مبتلایان تأثیر بگذارد.

به دلیل محدودیت زمانی، پیگیری نتایج تنها در دوره شش هفتگی صورت گرفته و نبود اطلاعاتی در مورد تداوم روند بهبودی مبتلایان از جمله محدودیت‌های این پژوهش است. تکیه صرف بر ابزارهای خودگزارشی مربوط به نتایج درمان، محدودیتی برای تفسیر تأثیرات درمان در این پژوهش محسوب می‌شود.

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی به منظور جمع‌آوری داده‌ها از سایر روش‌ها مثل مصاحبه و مشاهده استفاده شود. در

References

- 1- Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL, Dick AM, King MW, Mitchell KS, et al. A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal Trauma Stress*. 2012; 25(3):241-51.
- 2- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: Author. 2013.
- 3- Schnurr PP, Hayes AF, Lunney CA, McFall M, Uddo M. Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006 Aug;74(4):707.
- 4- Lemaire CM, Graham DP. Factors associated with suicidal ideation in OEF/OIF veterans. *Journal of Affective Disorders*. 2011 Apr 30; 130(1):231-8.
- 5- Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and anxiety*. 2010 Sep 1; 27(9):791-8.
- 6- Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of

full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of anxiety disorders*. 2011 Apr 30; 25(3):456-65.

7- Kaplan and sadock synopsis of psychiatry" updated with DSM-5:11. Mehdi ganji.tehran. savalan. 2015.

8- Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, Manderscheid RW, Rosenheck RA, Walters EE, Wang PS. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health services research*. 2001 Dec; 36(6 Pt 1):987.

9- Pillar G, Harder L, & Malhotra A. Trauma and Post-traumatic Stress disorder. In T. Lee-chiong (Ed.), *sleep: A comprehensive hand book* (PP.857-866). Hoboken, N J: John Wiley & sons. 2006.

10- Shirinzadeh, S. The comparison of meta cognitive beliefs and responsibility in patients with obsessive-compulsive, generalized anxiety disorder and normal persons. Master of art thesis. Shiraz university. 2006; 14(1): 46-55. [Persian].

11- Barlow D, Cuthbert B, Foa U, Hallam D, Lang P, Marks I, et al. Emotional processing of fear:

Exposure to corrective information. *Psychological Bull.* 1986; 99(1):23-32.

12- Richards DA, Lovell K, Marks IM. Posttraumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of Traumatic Stress.* 1994; 7(4):669-80.

13- Marks I, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Archives of General psychiatry.* 1998; 55(4):317.

14- Haugen PT, Evces M, Weiss DS. Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical Psychological Review.* 2012; 32(5):370-80.

15- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. John Wiley & Sons; 2002 Sep 27.

16- Beck AT. Cognitive therapy and emotional disorders. New York. International universities press. 1976.

17- Wells A. Met cognitive therapy for anxiety and depression. New York: the Guilford Press. 2009.

18- Grunnert BK, Smucker MR, Weis JM, Rusch MD. When prolonged exposure fails: Adding an imagery-based cognitive restructuring component in the treatment of industrial accident victims suffering from PTSD. *Cognitive Behavior Practical.* 2003; 10(4):333-46.

19- Foa E B, & Meadows E A. Psychosocial treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A critical review. *Annual Review of psychiatry*, 48, 449-480. In *Psychological science.* 1997; 14: 135-138.

20- Strachan M, Daniel F, Gros KJ, Ruggiero C, Lejuez RA. An Integrated Approach to delivering exposure-based treatment for symptoms of PTSD and Depression in OIF/OEF Veterans: Preliminary Findings. *Behavioral Therapy.* 2012; 43(3):560-569.

21- Vakili, Yaghoob; Fata, Ladan. The

Effectiveness of the Met cognitive Model in Treating Case of Post-Traumatic Stress Disorder. *Iranian J Psychiatry*, 2006; 1(4): 169- 71.

22- Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2004; 11(4):365-77.

23- Nateghian S, Mollazadeh JMA, Gudarzi MA, Rahimi CM. Forgiveness and marital satisfaction in combat veterans with posttraumatic stress disorder and their wives. *J Ment Health.* 2008; 37(10): 33-46- [Persian].

24- Wells A. The Metacognitive Model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy & Research.* 2005; (29): 107-121.

25- Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal Behavior Therapy Experimental Psychiatry.* 2006; 37(3):206-1.

26- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*, 2004; (42), 385-396.

27- Saeed O, Purehsan S, Akbari S. Correlation among meta-cognitive beliefs and anxietydepression symptoms. *Procedia Social & Behavior Science.* 2010; (5): 1685-1689.

28- Wells A. Emotional disorder and metacognition: innovative cognitive therapy. UK: Wiley pulication. 2001.

29- Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, et al. Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2008; 15(1):85-92.

30- Colbear J, wells A. Randomized controlled trail of metacognition therapy for posttraumatic stress disorder. Manuscript in preparation. 2008.

31- Ashori A, Vakili Y, Bensaeid S, Nouei Z. Beliefs psychological and general health in students. *Mental Health Journal.* 2009; 11(1):15-20. (In Persian).

The effectiveness of meta-cognitive therapy on metacognitive beliefs in patients with post-traumatic stress disorder

Ghasem Abdolpour^{*1}, Zeynabkhanjani, Majid², Mahmoud Aliloo³, Ali fakhari⁴

1- M.A. in Department of Clinical Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. Email: G.marand@yahoo.com

2- Professor, Department of Clinical Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

3- Professor, Department of Clinical Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

4- Associate Professor, Department of Psychiatry, Clinical Psychiatry Research Center (CPRC), Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

***Corresponding address: University of Tabriz, Tabriz, Faculty of Psychology and Educational Sciences. Tel: 09387945547**

Email address: G.marand@yahoo.com

Abstract

Background & aim: Post-traumatic stress disorder can reduce the quality of life and increase in the risk of suicide and psychiatric disorders, as well. Few studies have been done to investigate the effectiveness of metacognitive model for treatment of these patients. This study aimed to investigate the effectiveness of metacognitive therapy on metacognitive beliefs in patients with post-traumatic stress disorder.

Methods: This is a single-case study conducted using the multiple baseline design. The population of the study included all patients with post-traumatic stress disorder in the city of Tabriz in 2015. The subjects consist of three patients with post-traumatic stress disorder were referred to psychiatrist and selected based on purposive and convenience sampling methods. Patients were evaluated in pre-treatment, during treatment and follow-up period of six weeks using the standard scales. Percent of improvement and effect size were used to analyze data.

Results: The results of the study showed that metacognitive therapy significantly reduced metacognitive beliefs and post-traumatic stress disorder in the both post-treatment and follow-up stages statistically and clinically. Percent of improvement for the first, second and third participants was 54.74, 51.09 and 50.65, respectively.

Conclusion: The results showed that the clinical effectiveness of metacognitive therapy was confirmed in a culture other than the culture of the manufacturer's treatment protocol so that this treatment is probably effective to reduce the metacognitive beliefs of post-traumatic stress disorder.

Keywords: metacognitive treatment, metacognitive beliefs, stress, post-traumatic stress