

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۸
دوره‌ی چهارم، سال ۲۶، شماره‌ی ۱
ص:ص: ۱۶۸-۱۵۱

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۱۰/۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۰۲/۱۸

اثربخشی درمان فراشناخت بر راهبردهای کنترل فکر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه^۱

قاسم عبدل‌پور*

زینب خانجانی**

مجید محمود علیلو**

علی فخاری****

چکیده

اختلال استرس پس از سانحه مجموعه‌ای از علائم است که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی پیدا می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. این پژوهش در چارچوب یک مطالعه آزمایشی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه اجرا شده است. جامعه آماری این مطالعه را کلیه افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در شهر تبریز در سال ۹۳ تشکیل می‌دهند. نمونه این پژوهش، شامل سه نفر از افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه از مراجعه‌کنندگان به روان‌پزشک بودند که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و در دسترس انتخاب شدند. بیماران در مراحل پیش از درمان، حین درمان و دوره شش‌هفتگی پیگیری با استفاده از مقیاس راهبردهای کنترل فکر ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها و تعیین تغییرات بالینی از درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی هم از لحاظ آماری و هم بالینی به طور معنی‌داری موجب کاهش استفاده از راهبردهای کنترل فکر آزمودنی‌های مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مرحله

^۱ مطالعه حاضر مستخرج از پایان‌نامه ارشد روان‌شناسی بالینی در دانشگاه تبریز می‌باشد.

* دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

g.marand@yahoo.com

** استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

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

پس از درمان و دوره پیگیری شده است. نتایج این ۳ آزمودنی، حاکی از اثربخشی بالینی درمان فراشناخت در فرهنگی متفاوت از فرهنگ سازنده این پروتکل درمانی بود. درمان فراشناخت از طریق تأثیر بر باورهای فراشناختی، منجر به کاهش استفاده از راهبردهای کنترل فکر افراد در پاسخ به رویدادهای آسیب‌زا می‌شود.

کلید واژگان: فراشناخت، راهبرد کنترل فکر، استرس پس از سانحه

مقدمه

پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، اختلال استرس پس از سانحه^۱ را جزء مجموعه تشخیصی اختلالات تروما و وابسته به استرس می‌داند که می‌تواند پس از مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا ایجاد شود (Simons, 2010). اختلال استرس پس از سانحه اختلالی است که با تجربه مجدد سانحه آسیب‌زا، اجتناب از محرک‌های یادآورنده حادثه و برانگیختگی مفرط و تغییرات منفی در شناخت و خلق و خوی مشخص می‌شود (American Psychiatric Association, 2013). تقریباً ۵-۶ درصد مردان و ۱۰-۱۲ درصد زنان در طول زندگی‌شان یکبار اختلال استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند (Alici et al., 2010). در ایالات متحده آمریکا این وضعیت شایع و ناتوان‌کننده روانی را ۲۰/۸ میلیون والد تجربه می‌کنند، شیوع مادام‌العمر اختلال استرس پس از سانحه در آمریکا و اروپا ۵ تا ۱۰ درصد است (Leen-Flender, Feldner, Bunaciu & Blumenthal, 2011). تخمین شیوع مادام‌العمر برای اختلال استرس پس از سانحه نشان می‌دهد که این وضعیت ممکن است به میزان ۹-۱۱٪ در جمعیت عمومی و ۴۵-۶۷٪ در میان بازماندگان حادثه آسیب مشاهده می‌شود (Kessler et al., 2001). فشاری که موجب اختلال استرس پس از سانحه می‌شود، به قدری ناتوان‌کننده است که تقریباً هر کسی را از پا در می‌آورد (Sadock & Sadock, 2015). رویدادهایی که فراتر از ناامیدی و بدبختی عادی هستند، اتفاقاتی نظیر سوء استفاده جسمی، هیجانی یا جنسی، حمله‌ی جسمانی، تصادف، اعتیاد، بیماری، جنگ، بلایای طبیعی، مشاغل فشارآور، دزدیده شدن، شکنجه شدن، گروگان بودن، اسیر بودن و همانند این‌ها (Brown & Hammond, 1998). افراد، واقعه آسیب‌زا را در خواب و نیز افکار روزانه خود مجدداً تجربه می‌کنند. از هر چیزی که واقعه را به خاطرشان می‌آورد، قاطعانه دوری می‌کنند و دچار کرختی

1- post-traumatic stress disorder

پاسخ‌دهی، همراه با حالت برانگیختگی مفرط می‌شوند. سایر علائم عبارت است از: افسردگی، اضطراب و مشکلات شناختی مثل ضعف تمرکز (Sadock & Sadock, 2015).

یکی از متغیرهای مهم که در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، مختل می‌شود راهبردهای کنترل فکر است. راهبردهای کنترل فراشناختی پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی نشان می‌دهند. این راهبردها ممکن است راهبردهای تفکر را افزایش یا کاهش دهند و به افزایش فرایندهای نظارتی کمک کنند. در زندگی روزمره، افراد از راهبردهایی مثل استفاده از وسایل کمک حافظه‌ای برای رمزگردانی (مثل استفاده از یادپارها یا مرور ذهنی مواد به خاطر سپرده شده) و راهبردهای یادآوری (مثل نشانه‌گذاری) بهره می‌گیرند. در اختلالات بالینی، راهبردهای کنترل اغلب مشتمل بر تلاش‌هایی جهت کنترل جریان هشیاری است. در اختلالات اضطرابی که رویدادهای ذهنی اغلب به عنوان نشانه‌ای از فروپاشیدگی روانی (برای نمونه اختلال هراس) تفسیر می‌شوند، افراد ممکن است تلاش کنند تا افکار خاصی را برای اجتناب از آن رویدادهای ذهنی به کار ببرند یا به سبکی فکر کنند که بتوانند از فاجعه مورد نظرشان جلوگیری کنند (Wells, 2010). در یک بررسی تحلیلی عاملی پنج راهبرد کنترل را شناسایی کردند (Wells & Davies, 1994). پژوهش‌های آزمایشی با پرسشنامه کنترل فکر نشان دادند که راهبردهای مقابله‌ای نگرانی و تنبیه با طیفی از شاخص‌های منفی سلامت روان شناختی همراه است. بررسی‌ها همچنین نشان می‌دهند که استفاده از راهبردهای کنترل خاص در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی پس از درمان با پیامدهای ضعیف‌تر همراه است (Reynolds, 1999). این داده‌ها حاکی از آن است که راهبردهای فراشناختی رابطه مثبتی با آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های هیجانی و بهبودی دارند.

مدل فراشناختی Wells روی راهبردهای کنترل فراشناختی تأکید می‌کند. براساس این مدل، افکار مزاحم و برانگیختگی ناشی از آن یک استرس پاسخ طبیعی به شمار می‌آیند که خود این افکار در حکم محرکی برای پردازش هیجانی محسوب می‌شوند. پردازش هیجانی به معنای تدوین یک برنامه یا طرح برای راهنمایی افکار و رفتار هنگام رویارویی با آن تهدید در آینده است. در حالت طبیعی این فرآیند بدون هیچ مانعی به حرکت خود ادامه می‌دهد. دستیابی به این گونه طرح‌ها مستلزم کنترل انعطاف‌پذیر روی شناخت می‌باشد. اما گاهی اوقات راهبردهای مقابله‌ای خاص یک فرد، مانع از شکل‌گیری این طرح‌ها می‌گردد. راهبردهای مقابله‌ای مثل

نشخوار فکری، نگرانی، تلاش برای اجتناب از افکار آسیب‌زا و سرکوب آن‌ها، منجر به این می‌شوند که فرد در برابر تهدید، با اضطراب پاسخ دهد و در نتیجه احساس تهدید همچنان وجود داشته باشد. در مجموع، می‌توان گفت این افراد در نتیجه‌ی به‌کارگیری این راهبردهای مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری مورد نیاز برای تدوین یک برنامه درونی را از دست می‌دهند و برنامه و طرح درونی‌شان را صرف تعیین خطر و تهدید می‌کنند (Wells & Davis, 1994). در ضمن این سبک‌های غیرمفید پاسخ‌دهی، ناشی از باورهای فراشناختی نادرستی است که این افراد دارند. نمونه‌هایی از این باورها عبارتند از: نگرانی و تفکر مکرر درباره تهدید، توانمندی فرد برای مقابله با خطر و اجتناب از آن را بهبود می‌بخشد. این باورها تا حدی گسترش می‌یابند که فرد تصور می‌کند حفظ یک حالت آمادگی توجهی نسبت به یک محرک تهدیدکننده سودمند می‌باشد، افکار بایستی کنترل شوند و حتماً همه جوانب رویدادهای آسیب‌زا را به‌خاطر بسپاریم. براساس این مدل، برانگیختگی، جهت‌یابی موقعیتی و نفوذ، نوعی علایم هستند که به دنبال رخدادهای استرس‌زا پدید می‌آیند. در حقیقت این پاسخ‌ها، ابزاری برای پردازش‌های هیجانی بوده که به افراد اجازه می‌دهد برای تهدیدهای آینده برنامه‌ریزی کنند (Wells & Davis, 1994).

تحقیقات اخیر نشان دادند که نگرانی و خودتنبیهی به عنوان راهبردهایی برای کنترل افکار مزاحم با شاخص‌های آسیب‌پذیری برای استرس و آسیب‌شناسی روانی رابطه مثبت دارد (Roussis & Wells, 2008). در یک پژوهشی نشان داده شد که به‌کارگیری نگرانی برای کنترل افکار، در حمایت اجتماعی ادراک‌شده تغییراتی بوجود می‌آورد و تعامل‌ها میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و به‌کارگیری کنترل اجتماعی به عنوان راهبرد مقابله‌ای، به طور معنی‌داری اختلال استرس پس از سانحه بعدی را پیش‌بینی می‌کنند (Holeva, Tarrier & Wells, 2001). در این زمینه، Scarpa نشان داد که شدت بیشتری از رخدادهای آسیب‌زا، با گزارش‌های بیشتری از به‌کارگیری راهبردهای نگرانی و خودتنبیهی و به‌کارگیری کمتر راهبردهای کنترل اجتماعی مرتبط است. به طور خلاصه، راهبردهای کنترل فکر، متغیر روان‌شناختی مهمی است که به‌وسیله رخدادهای آسیب‌زا تحت تأثیر قرار می‌گیرد (Scarpa, Wilson & Wells, 2009). اکثر قربانیان اختلال استرس پس از سانحه در ماه‌های اولیه بعد از رویداد آسیب‌زا، اغلب بدون هیچ درمانی بهبود می‌یابند، با این حال، قسمت قابل توجهی از این افراد بهبود نیافته و در جستجوی درمان می‌باشند (Shirinzadeh, 2006). درمان‌های روان‌شناختی مطرح در درمان

اختلال استرس پس از سانحه، شامل مواجهه تصویری طولانی مدت با خاطرات سانحه آسیب‌زا (Richards & Marks, 1994; Barlow, Foa, Hallam, Lang & Marks, 1986) و بازسازی شناختی ارزیابی‌ها و باورهای مرتبط با تجارب سانحه آسیب‌زا است (Marks, Lovell, Noshirvani,) (Livanou & Therasher, 1998; Haugen & Wiess, 2012). علاوه بر این نتایج پژوهش‌ها (Rabiei, Kalantari, Molavi & Bahrami, 2012; Fisher, 2009)، نشان دادند که حضور شناخت‌های منفی (افکار، تکانه و تصاویر) به معنی اختلال نیست، چون افراد سالم نیز به نسبتی شناخت‌های منفی دارند ولی لزوماً بیمار نیستند، بنابراین، عوامل دیگری به غیر از عامل محتوا در تبیین اختلالات روانی از جمله اختلال استرس پس از سانحه درگیر هستند که نیاز به توجه و مطالعه دارند. از طرف دیگر به نظر می‌رسد که اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سیستم پردازش فراشناختی معیوب و تفکرات منفی تکرارشونده این افراد باشد که سیکل معیوبی از افکار و باورهای فراشناختی منفی تکرار شونده را در فرد ایجاد می‌کند. پس روش درمانی جدیدی لازم است که تفکر را کنترل کند و وضعیت ذهن را تغییر دهد که این اساس نظریه فراشناختی است.

بنابراین، با توجه به این که شیوه‌های درمانی مبتنی بر مدل فراشناختی Wells جزء درمان‌های کوتاه مدت به شمار می‌رود، انجام پژوهشی برای کارایی و اثربخشی این شیوه‌ی درمانی دارای اهمیت است. اگرچه منطق نظری درمان فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه قابل قبول به نظر می‌رسد (Wells, 2010)، ولی با مروری که بر ادبیات پژوهش صورت گرفت پژوهشی که به صورت مستقیم در زمینه اثربخشی مدل فراشناختی در درمان راهبردهای کنترل فکر اختلال استرس پس از سانحه انجام شده باشد، وجود ندارد. از سوی دیگر، از آنجا که در پیشینه‌ی 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 پایه در این زمینه خواهد بود. بنابراین، سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا درمان فراشناختی بر بهبود راهبردهای کنترل فکر افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأثیر دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش در چهارچوب یک مطالعه آزمایشی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه

چندگانه اجرا شده است. در این گونه طرح‌ها شرایط آزمودنی به دقت کنترل می‌شود و متغیر مستقل نیز به‌طور منظم در مورد آزمودنی اعمال می‌شود. متغیر مستقل در این پژوهش درمان فراشناختی و متغیر وابسته، تغییرات درمانی حاصل از کاربرد این روش درمانی در جلسات درمانی است. از این رو طرح‌های آزمایشی تک موردی نسبت به بررسی‌های موردی از نظر کنترل شرایط ناخواسته مناسب هستند. جامعه آماری این مطالعه را کلیه افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در شهر تبریز در سال ۹۳ تشکیل می‌دهند. نمونه این پژوهش، شامل سه نفر (دو نفر زن و یک نفر مرد) از افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه از مراجعه‌کنندگان به روان‌پزشک بودند؛ که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و براساس نمونه در دسترس انتخاب شد. روان‌پزشک ارجاع دهنده، براساس ملاک‌های ذکر شده، بیمار واجد شرایط را به درمانگر ارجاع می‌کرد. درمانگر بیمار را در جریان پژوهش قرار داده و رضایت آن‌ها را فراهم کرد. در صورت اعلام موافقت، بیمار به عنوان نمونه‌ی پژوهش، وارد درمان گردید. براساس ملاک‌های فوق، ۳ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انتخاب و با روش پله‌ای وارد درمان شدند. پس از تشخیص بیماران از سوی روان‌پزشک، محقق برای اطمینان بیشتر از تشخیص، مقیاس استرس پس از سانحه می‌سی سی پی نیز اجرا کرد و چنان‌چه بیمار نمره حدنصاب اختلال را کسب می‌کرد جزء شرکت‌کنندگان محسوب می‌شد که براساس ملاک‌های زیر و احراز شرایط پژوهش وارد طرح درمانی شدند

ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارتند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه براساس DSM-5، سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۵۰، عدم دریافت درمان‌های دارویی و روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش، پذیرفتن فرد برای شرکت در پژوهش، پس از امضای رضایت‌نامه کتبی. ملاک‌های خروج بیماران از پژوهش که توسط روان‌پزشک مورد بررسی قرار گرفتند، عبارتند از: داشتن سایر اختلالات بالینی در محور I داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی سی پی^۱: مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی سی پی توسط Kean تحول یافته است (Gudarzi, Esmaili & Torkanbori, 2006). این مقیاس خودگزارشی است و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به

1- Mississippi Post Traumatic Stress Disorder Scale

کار برده می‌شود. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی ۳۵ آیت‌م دارد که در پنج گروه طبقه‌بندی می‌شود: تجربه مجدد، کناره‌گیری، کرختی، پیش‌برانگیختگی و خودآزایی. آزمودنی‌ها با یک مقیاس پنج درجه‌ای (غلط، به ندرت، درست، گاهی درست، خیلی درست، کاملاً درست) پاسخ می‌دهند، که این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، و ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه‌ی کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. نمره ۱۰۷ و بالاتر بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه در فرد است. این مقیاس همسانی درونی بالایی دارد. این ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ از ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. همچنین، ضریب اعتبار این فهرست با استفاده از روش تصنیف (دو نیمه کردن فهرست براساس زوج یا فرد بودن ماده‌ها) برابر با ۰/۷۹ بود. این مقیاس قادر به افتراق افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه و بدون این اختلال می‌باشد. این مقیاس در ایران توسط (Gudarzi, et al. (2006 اعتباریابی و آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ گزارش شده است. جهت تبیین روایی همزمان مقیاس مذکور نیز از سه ابزار فهرست وقایع زندگی، فهرست اختلال استرس پس از سانحه و سیاهه پادوا استفاده گردید که ضریب همبستگی می‌سی‌سی‌پی با هریک از آن‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۲۳ و ۰/۸۲ گزارش شده است.

پرسشنامه کنترل فکر^۱: این پرسشنامه توسط Wells and Davis (1994) به منظور اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در استفاده از راهبردهای کنترل افکار مزاحم ناخوانده طراحی شده و دارای ۳۰ ماده می‌باشد که شامل پنج خرده‌مقیاس توجه برگردانی (۱، ۹، ۱۶، ۱۹، ۲۱، ۳۰)، نگرانی (۴، ۷، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۶)، کنترل اجتماعی (۵، ۸، ۱۲، ۱۷، ۲۵، ۲۹)، خودتنبیهی (۲، ۶، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۲۸) و ارزیابی مجدد (۳، ۱۰، ۱۴، ۲۰، ۲۳، ۲۷) می‌باشد. بنابراین، هر یک از خرده‌مقیاس‌ها دارای ۶ ماده هستند که سازندگان آن، برای زیرمقیاس‌های این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۶۴ و ضریب پایایی پیش‌آزمون- پس‌آزمون را ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهشی که در ایران در یک نمونه ۱۰۰ نفری انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌های توجه برگردانی ۰/۷۹، کنترل اجتماعی ۰/۷۰، نگرانی ۰/۷۰، خودتنبیهی ۰/۷۶ و ارزیابی مجدد ۰/۷۷ گزارش شد (Gudarzi, et al., 2006).

روند اجرای پژوهش: پس از تأیید طرح پژوهش و پس از ارجاع بیماران از سوی روان‌پزشک به پژوهشگر و احراز شرایط پژوهش، نمونه مورد نظر (۳ نفر) انتخاب شد. برای

1- Thought Control Questionnaire

دستیابی به این هدف، ابتدا مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک و سپس به منظور تأیید تشخیصی با یک ابزار عینی، مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی به عمل اجرا شد. پس از انتخاب نمونه، مراجعان به‌طور همزمان به مرحله خط پایه وارد شده و به‌طور 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. برای این نوع درمان، ۱۰ جلسه پیش‌بینی شده بود که هر جلسه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید و هفته‌ای یک جلسه برگزار گردید. در انتهای هر جلسه درمانی پرسشنامه‌های به کار رفته در تعیین خط پایه مجدداً اجرا شدند. نتایج بدست آمده در آخرین جلسه درمان به عنوان نتیجه پس از درمان در نظر گرفته شد. همچنین در دوره پیگیری شش‌هفتگی، سه بار همه بیماران پرسشنامه‌های مذکور را دوباره تکمیل نمودند. بکیچ درمانی متعلق به Wells (2010) می‌باشد که محقق به‌طور کامل از آن استفاده کرده است. در زیر محتوای هر یک از جلسات درمانی به تفکیک ارائه می‌شوند.

جدول ۱.

خلاصه محتوای جلسات درمان فراشناخت

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، استفاده از استعاره‌ی التیام زخم، چالش با باورهای منفی درباره‌ی علائم، تمرین ذهن آگاهی گسلیده، 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 علائم، 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 علائم، بررسی و شروع حذف سایر راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی، 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 (بازیابی) تهدید، چالش با باورهای مثبت درباره‌ی پایش تهدید، متوقف کردن پایش تهدید و ارزیابی 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 غیرانطباقی باقی‌مانده

جلسه هشتم مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، کار 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 مشخص شده در مقیاس PTSD-S، تدوین برنامه‌ی جدید برای مقابله با افکار مزاحم و علائم، تکمیل طرح کلی درمان، تکلیف خانگی: تمرین اجرای برنامه‌ی جدید.

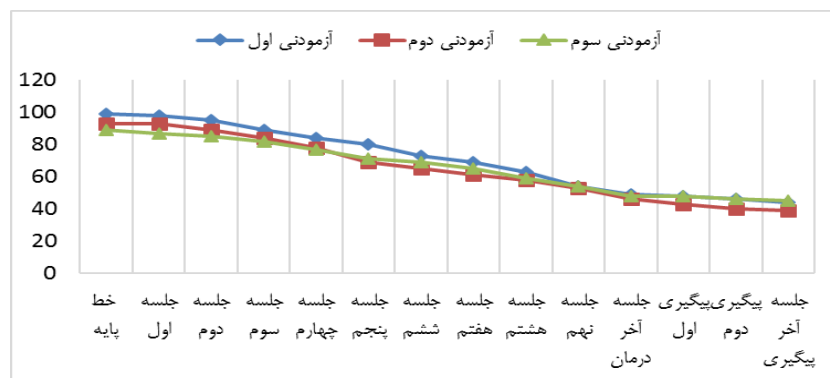
جلسه دهم مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، تقویت برنامه‌ی جدید و تشریح آن با استفاده از مثال فرضی، واریسی هگانه باور باقی‌مانده، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، تکلیف خانگی: شناسایی کاربرد مداوم درمان.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از بازیابی نمودارها، شاخص‌های تغییر روند، شیب، و افزون بر این به منظور تعیین معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد. درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات هدف است. این فرمول را اولین بار بلانچارد و اسکوارز به کار بردند. اندازه اثر، معنادار بودن اثر یا ارتباط بین دو یا چند متغیر را برآورد می‌کند. اندازه اثر در برابر تأثیرات اندازه نمونه مقاوم است، بنابراین، اندازه‌گیری صحیح‌تری از معناداری اثر بین متغیرها فراهم می‌کند. به‌علاوه، روش اصلی تحلیل داده‌ها در طرح‌های تک آزمودنی استفاده از شکل و تحلیل دیداری آن است. در تحلیل دیداری طراز، روند و تغییرپذیری نقاط داده‌ها در مراحل مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرد. همچنین فراز و فرودهای متغیر وابسته در نمودار، اساس داوری در مورد میزان تغییر و اثر بخشی است.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

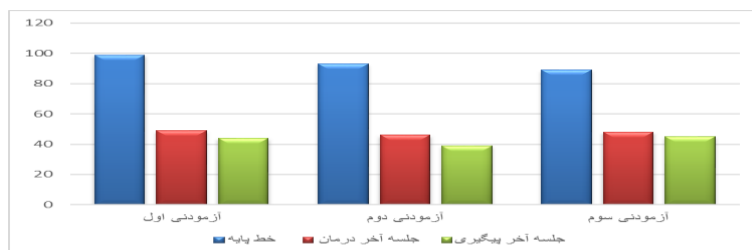
همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، نمونه مورد مطالعه در این پژوهش، سه بیمار (دو نفر زن و یک مرد) مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با میانگین سنی ۲۵/۳ بود که از لحاظ وضعیت اجتماعی و اقتصادی متوسط و روبه پایین بودند و هیچ اقدام درمانی قبلی نداشتند. نمودار ۱، کارایی نسبی درمان فراشناختی Wells را در کاهش نمره پرسشنامه راهبردهای کنترل فکر Wells and Davis (1994) نشان می‌دهد. نتایج به‌دست آمده از پرسشنامه مذکور، نشان‌دهنده مؤثر بودن درمان فراشناختی در کاهش استفاده از راهبردهای کنترل فکر است.



نمودار ۱. مقایسه کارایی درمان فراشناختی در کاهش نمره راهبردهای کنترل فکر آزمودنی‌ها در پرسشنامه راهبردهای کنترل فکر

در ادامه، تغییر نمره‌های آزمودنی‌ها در نمره راهبردهای کنترل فکر پرسشنامه در مراحل پیش از درمان (میانگین نمره‌های خط پایه)، پس از درمان (جلسه آخر درمان) و پیگیری شش هفتگی در قالب نمودار ۲، ارائه می‌شود.

با توجه به نمودارهای ۱ و ۲، می‌توان چنین استنباط نمود که آزمودنی اول بعد از ارائه درمان در متغیر راهبردهای کنترل فکر کاهش چشم‌گیری نشان داده است، تغییرات در دوره پیگیری اندک می‌باشد. آزمودنی دوم مانند آزمودنی 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. آزمودنی سوم مانند آزمودنی اول و دوم در مرحله درمان کاهش قابل ملاحظه در متغیر



نمودار ۲. نمره راهبردهای کنترل فکر در پرسشنامه راهبرد کنترل فکر (قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری یک ماهه) برای هر سه آزمودنی

مورد بررسی را نشان داده است و تغییر اندکی در دوره پیگیری نیز قابل مشاهده است. در جدول ۲، درصد بهبودی درمان و پیگیری و اندازه اثر درمان برای هر سه بیمار در پرسشنامه راهبردهای کنترل فکر ارائه شده است. قابل ذکر است که درصد بهبودی، نسبت به نمره‌ها بیماران در مرحله خط پایه سنجیده شده است.

Table 2. Indicators of Therapeutic Trend Changes, Percent Recovery, Effect Size of Patients

Patients	Baseline Mean	Treatment Mean	Baseline Standard Deviation	Treatment Standard Deviation	Treatment Recovery Percent	Follow up Recovery Percent	Effect Size
Patient 1	99	74.40	2.6	16.77	50.51	55.55	1.41
Patient 2	93	69.60	3.5	15.86	50.54	58.06	1.48
Patient 3	89	69.70	1.9	13.31	46.07	49.43	1.54

در متغیر مورد بررسی، به ترتیب در آخرین جلسه درمان و پیگیری، آزمودنی اول ۵۰٪ و ۵۵٪، آزمودنی دوم، ۵۰٪ و ۵۸٪ و آزمودنی سوم، ۴۶٪ و ۴۹٪ بهبودی نشان می‌دهند. همچنین اندازه اثر به دست آمده برای آزمودنی اول، ۱/۴۰، آزمودنی دوم، ۱/۴۷ و آزمودنی سوم ۱/۴۵ می‌باشد. باتوجه به این‌که اندازه اثر کمتر از ۰/۴۱، نشان‌دهنده حداقل اندازه اثر، اندازه اثر ما بین ۰/۴۱ و ۱/۱۵ نشان‌دهنده اندازه اثر متوسط، اندازه اثر ما بین ۱/۱۵ و ۲/۷ نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ و همچنین اندازه اثر بیشتر از ۲/۷ نیز نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ می‌باشد، لذا می‌توان چنین استنباط نمود که میزان اندازه اثر برای هر سه آزمودنی بزرگ می‌باشد. بنابراین، پاسخ سؤال پژوهش مبنی بر این‌که آیا درمان فراشناخت بر کاهش استفاده از راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است، مثبت می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراشناخت در کاهش استفاده از راهبردهای کنترل فکر افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است. این نتیجه با یافته‌های Wells and King (2006) و Roussis and Wells (2008) مبنی بر اثربخش بودن درمان فراشناختی بر بهبود نگرانی و اضطراب و خودتنبیهی، مطابقت دارد. طبق یافته‌های آنان استفاده از راهبردهای کنترل فکر مبتنی بر نگرانی و خودتنبیهی در گروه بهبود یافته از علائم اختلال استرس پس از سانحه، نسبت به گروه بهبودنیافته در مقایسه با خط پایه کاهش معنی‌داری نشان می‌دهد. نتایج این پژوهش در پیگیری ۶ ماهه همچنان تداوم داشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به این که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از راهبردهای نگرانی و خودتنبیهی بیشتر از راهبردهای دیگر، مورد استفاده قرار می‌دهند؛ به نظر می‌رسد این روش درمانی از طریق رفع نگرانی- نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف‌پذیر، پردازش طبیعی سانحه و برگشت شناخت به محیط طبیعی عاری از تهدید را میسر می‌سازد.

مطابق مدل فراشناختی، فعال‌شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه تهدید می‌شود. این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً به صورت اضطراب هستند. در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود (Wells, 2010). پژوهش‌ها نیز نشان دادند که رابطه‌ی معنی‌داری بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر وجود دارد. به عنوان نمونه، در پژوهش (Mohammadkhani and Farjad, 2009) خرده‌مقیاس‌های کنترل فکر، تنبیه، نگرانی و ارزیابی مجدد به ترتیب بیشترین همبستگی را با باورهای فراشناختی کلی نشان دادند. هر چه باورهای فراشناختی به ویژه کنترل‌ناپذیری و خطر و نیاز به کنترل فکر قوی‌تر باشد، فرد بیشتر از راهبردهای کنترل فکر استفاده می‌کند. با توجه به همبستگی بالای کنترل فکر و مؤلفه‌های آن با باورهای فراشناختی، به نظر می‌رسد یکی از روش‌های تأثیرگذار بر راهبردهای کنترل فکر، درمان فراشناختی باشد. Wells با استفاده از آموزش و تمرین تکنیک‌های کنترل توجه و فنون ذهن آگاهی انفصالی سعی در تعدیل نشانگان شناختی-توجهی بیماران کرده است (Wells, 2010). فراشناخت درمانی را می‌توان

درمانی تلقی کرد که بیماران را در شناسایی الگوهای فکری و مقابله‌ای ناکارآمد که باعث آشفتگی‌های هیجانی مزمن می‌شوند، توانمند می‌سازد. در فراشناخت درمانی این گونه فرض می‌شود که باورهای فراشناختی تأثیری محوری بر روی شیوه‌ی پاسخ‌گویی به افکار، باورها، علائم و هیجان‌های منفی دارند. این باورهای فراشناختی آب در آسیاب سبک تفکر زهرآگین می‌ریزند که خود این عوامل منجر به رنج هیجانی پایدار می‌شود (Wells, 2010).

به طور خاص، به نظر می‌رسد استفاده از راهبردهای کنترل فکر غیرانطباقی مانند نگرانی و خودتنبیهی در نگهداری اختلال از طریق افزایش علائم، مشارکت کند. یکی از دلایلی که افراد اختلال استرس پس از سانحه، پس از آسیب، از راهبردهای نامناسبی چون خودتنبیهی و نگرانی استفاده می‌کنند، باورهایی است که درباره افکار مزاحم و ناخوانده دارند. این نتیجه ناشی از این دیدگاه است که تصورات و باورهای ناکارآمد بر چگونگی تفسیر و پاسخ افراد به افکار مزاحم و ناخوانده تأثیر می‌گذارند. همچنین، این نتیجه با دیدگاه Abramowitz, Deacon, Woods and Tolin (2004) که معتقد هستند باورهای مربوط به اهمیت و نیاز به کنترل افکار مزاحم و ناخوانده، بیش برآورده کردن تهدید و مسئولیت رویداد، کمال‌گرایی، عدم تحمل ابهام و افکار وسواس‌گونه استفاده از خودتنبیهی را در پاسخ به تعدی‌های مزاحم بالا می‌برد، هم‌خوانی دارد.

تلویحات کلینیکی از یافته‌های پژوهش حاضر این است که درمان فراشناختی، با تمرکز بر قطع سبک‌های ناسازگار تفکر و فراشناخت و به عنوان یک مداخله کم‌هزینه و کوتاه‌مدت، تکنیک‌هایی را به کار می‌برد که مانند درمان شناختی- رفتاری نیازی به آموزش‌های تخصصی وسیع ندارد.

به دلیل محدودیت زمانی، پیگیری نتایج تنها در دوره شش هفته‌گی صورت گرفته و نبود اطلاعاتی در مورد تداوم روند بهبودی آزمودنی‌ها از جمله محدودیت‌های این پژوهش است. تکیه صرف بر ابزارهای خودگزارشی مربوط به نتایج درمان، محدودیتی دیگر برای تفسیر تأثیرات درمان در این پژوهش محسوب می‌شود. با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود که مشابه این پژوهش بر روی سایر اختلالات نیز بررسی و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه شود. همچنین، در پژوهش‌های آتی برای جمع‌آوری داده‌ها از سایر روش‌ها، مثل مصاحبه و مشاهده استفاده شود. در 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. در نهایت می‌توان گفت بهتر است که درمان‌گران در مراکز مشاوره با درمان‌فراشناختی بیشتر آشنا شوند و آموزش ببینند تا در درمان اختلالات مذکور از آن استفاده کنند.

Reference

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2004). Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety, 20*, 70-76.
- Alici Y., Smith, D., Lu, H.L., Bailey A., Shreve, S., Rosenfeld, K., Ritchie, C., & Casarett, D.J. (2010). Families' perceptions of veterans' distress due to posttraumatic stress disorder-related symptoms at the end of life. *Journal of Pain Symptom Manage, 39*(3), 507-514.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DsM-5)*: Washington, DC: Author.
- Barlow, D. C. B., Foa, U., Hallam, D., Lang, P., Marks, I., et al. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bull, 99* (1), 23-32.
- Brown, V. K., & Hammond, D. S. (1983). Disturbance, phenology and life-history characteristics: factors influencing distance/density-dependent attack on tropical seeds and seedlings. Dynamics of tropical communities - the 37th symposium of the British Ecological Society London.
- Fisher, P. L. (2009). Obsessive compulsive disorder: A comparison of CBT and the metacognitive approach. *International Journal of Cognitive Therapy, 2*, 107-122.
- Gudarzi, M., Esmaili, A., & Torkanbori, Y. (2006). The relation between intrusive thoughts control strategies and severity of obsessive-compulsive symptoms. *Hakim, 8* (4), 44-51. [Persian]
- Haugen, P. T., & Weiss, D. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical Psychological Review, 32* (5), 370-380.
- Holeva, V., Tarrier, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy, 32*, 65-68.
- Kessler, R., Berglund, P., Baruce, M., Koch, J., Laska, E., Leaf, P., et al. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health services Research, 36*, 987-1007.

- Leen-Flender, W. E., Feldner, T. M., Bunaciu, L., & Blumenthal, H. (2011). Association between parental posttraumatic stress disorder and both offspring internalizing problems and parental aggression within the national comorbidity survey replication. *Journal of Anxiety Disorder*, 25(2), 169-175.
- Marks, I. L. K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55(4), 317-330.
- Mohammadkhani, S., & Farjad, M. (2009). The relationship of the metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in nonclinical population. *Journal of Clinical Psychology*, 1(3), 35-51. [Persian]
- Rabiei, M. M., Kalantari, S., Molavi, M., & Bahrami, H. (2012). Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *Journal of Behavioral Therapy*, 43, 724-729. [Persian]
- Richards, D. A., & Marks, I. M. (1994). Posttraumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 669-680.
- Roussis, P., & Wells, A. (2008). Psychological factors predicting stress symptoms: Metacognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21, 213-225.
- Rynolds M. W. A. (1991). The thought control questionnaire psychometric properties in a clinical sample, and relationship with PTSD and depression. *Psychological Medicine*, 9, 1089-1099.
- Sadock, B. J., & Sadock, A.V. (2015). *Synopsis of psychiatry* (L. W. & Wilkins Ed.): Philadelphia.
- Scarpa, A., Wilson, L. C., Wells, A. O., Patriquin, M. A., & Tanaka, A. (2009). Thought control strategies as mediators of trauma symptoms in young women with histories of child sexual abuse. *Behavior Research and therapy*, 47, 809-813.
- Shirinzadeh, S. (2006). The comparison of metacognitive beliefs and responsibility in patients with obsessive-compulsive, generalized anxiety disorder and normal persons. *Shiraz University*, 14(1), 46-55. [Persian]
- Simons, M. (2010). Meta cognitive therapy and other cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder. *Verhalten therapy*, 20, 000.
- Wells, A. (2010). *Emotional disorder and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chic Hester: Wiley.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behavior Research and therapy*, 32, 871-878.

Wells, A., & King P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-212.

