

اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

زینب خانجانی^۱، مجید محمود علیلو^۲، علی فخاری^۳، قاسم عبدلپور^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۱۱/۲۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۱/۳۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اختلال استرس پس از سانحه مجموعه‌ای از علائم است که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی پیدا می‌شود. پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

مواد و روش کار: این پژوهش در چهارچوب یک مطالعه آزمایشی تک‌موردی 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 مقیاس‌های اضطراب بک و افسردگی بک ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها و تعیین تغییرات بالینی از درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی هم‌ازلحاظ آماری و هم بالینی به‌طور معنی‌داری موجب کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مرحله پس از درمان و دوره پیگیری شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این ۳ آزمودنی، حاکی از اثربخشی بالینی درمان فراشناخت در فرهنگی متفاوت از فرهنگ سازنده این پروتکل درمانی بود. به‌طوری‌که این روش درمانی، در کاهش نشانه‌ها و علائم بالینی اختلال استرس پس از سانحه از کارایی لازم برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: فراشناخت، اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره سوم، ص ۲۳۰-۲۲۲، خرداد ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، تلفن: ۰۹۳۸۷۹۴۵۵۴۷

Email: g.marand@yahoo.com

مقدمه

است به میزان ۹-۱۱ درصد در جمعیت عمومی و ۴۵-۶ درصد در میان همه بازماندگان حادثه آسیب مشاهده می‌شود (۳،۴). فشاری که موجب اختلال استرس پس از سانحه می‌شود، به‌قدری ناتوان‌کننده است که تقریباً هرکسی را از پا در می‌آورد (۵). رویدادهایی که فراتر از ناامیدی و بدبختی عادی هستند، اتفاقاتی نظیر سوءاستفاده جسمی، هیجانی یا جنسی، حمله‌ی جسمانی، تصادف، اعتیاد، بیماری، جنگ، بلایای طبیعی، مشاغل فشار آور، دزدیده شدن، شکنجه شدن، گروگان بودن، اسیر بودن و همانند این‌ها (۶، ۷).

افراد، واقعه آسیب‌زا را در رؤیا و نیز افکار روزانه خود مجدداً تجربه

پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵، اختلال استرس پس از سانحه را جزء مجموعه تشخیصی اختلالات تروما و وابسته به استرس می‌باشد که می‌تواند پس از مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا ایجاد شود (۱). اختلال استرس پس از سانحه اختلالی است که با تجربه مجدد سانحه آسیب‌زا، اجتناب از محرک‌های یادآورنده‌ی حادثه و برانگیختگی مفرط و تغییرات منفی در شناخت و خلق‌وخوی مشخص می‌شود (۲). تخمین شیوع مادام‌العمر برای اختلال استرس پس از سانحه نشان می‌دهد که این وضعیت ممکن

^۱ استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۲ استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۳ دانشیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۴ کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کند (۱۰). بر اساس درمان فراشناختی ضروری نیست شناخت‌های بیمار در مورد سانحه، اصلاح‌شده یا خوگیری نسبت به خاطرات سانحه آسیب‌زا تسهیل شود؛ بلکه هدف این است که بیمار در پاسخ به علائم مزاحم با کمک شناخت‌ها و رفتارهای کارآمدتر، موانعی که بر سر راه پردازش سازگارانه‌ی واکنشی وجود دارد را از بین ببرد (۱۲، ۱۱). به‌طور کلی، مفهوم‌پردازی اصلی درمان بر پایه مدل فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه، عبارت است از گسترش کنترل و آگاهی فراشناختی قابل‌انعطاف در بیمار و جلوگیری از پردازش به‌صورت نگرانی، نشخوار فکری و پایش تهدید با استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی گسلیده، همراه با به‌تعمیق انداختن نگرانی و تغییر توجه (۱۱).

با توجه به آنچه تاکنون گفته شد، این پژوهش به‌منظور تعیین اثربخشی درمان فراشناخت بر اختلال استرس پس از سانحه طراحی شده است. اگرچه منطق نظری درمان فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه قابل‌قبول به نظر می‌رسد (۱۱)، ولی با مروری که بر ادبیات پژوهش صورت گرفت پژوهش‌های اندکی در زمینه اثربخشی مدل فراشناختی در درمان اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است. بنابراین لزوم بررسی‌های بیشتر در زمینه اثربخشی درمان مذکور احساس می‌شود.

مواد و روش کار

این پژوهش در چهارچوب یک مطالعه آزمایشی تک‌موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه اجرا شده است. در این‌گونه طرح‌ها شرایط آزمودنی به‌دقت 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. 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. نمونه این پژوهش به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و بر اساس نمونه در دسترس انتخاب شد. پس از انتخاب نمونه، مراجعان به‌طور هم‌زمان به مرحله خط پایه وارد شده و به‌طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک‌به‌یک با فاصله یک

می‌کنند. از هر چیزی که واقعه را به خاطرشان بیاورد، قاطعانه دوری می‌کنند و دچار کرحتی پاسخ‌دهی، همراه با حالت برانگیختگی مفرط می‌شوند. سایر علائم عبارت است از: افسردگی، اضطراب و مشکلات شناختی نظیر ضعف تمرکز (۵).

تاکنون مطالعات کنترل‌شده تصادفی بی‌شماری در زمینه ارزیابی درمان‌های مختلف PTSD انجام شده است که اغلب شامل اشکالی از درمان‌های رفتاری-شناختی بوده‌اند. درمان‌های رفتاری-شناختی اثربخش شامل شناخت درمانی، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس^۱ (SIT)، حساسیت‌زدایی با استفاده از حرکات چشم^۲ (EMDR)، مواجهه درمانی^۳ (ET) و مواجهه درمانی طولانی‌مدت یا ممتد^۴ (PE)، می‌باشند که برخی اوقات به‌صورت جداگانه و در زمان‌های دیگر به‌صورت ترکیبی مورد استفاده قرار می‌گیرند. علی‌رغم اینکه اثربخشی درمان‌های رفتاری شناختی هم در کودکان و در نوجوانان و هم در بزرگسالان به‌خوبی اثبات شده‌اند. اما پژوهش‌هایی وجود دارند که نشان می‌دهند که هنوز یک‌سوم بیماران بزرگسال، ملاک‌های تشخیصی PTSD را پس از قطع درمان، پر می‌نمایند. بنابراین یک نیاز و ضرورت برای تأکید بر درمان‌های جدید، مختصر و اثربخش وجود دارد. پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد که مدل‌های فراشناختی یکی از این مداخله‌ها است. درمان فراشناختی که کم‌تر از دو دهه از عمر آن می‌گذرد به انقلابی در درمان‌های اختلال‌های هیجانی منجر شده است. فراشناخت به دانش درباره‌ی تفکر و شناخت و عواملی که بر افکار اثر می‌گذارد اشاره دارد. دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت بر باورها و تفکرات منفی به‌عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می‌کند که چگونه فراشناخت در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است. درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی بر آن تمرکز دارد؛ تأکید نمی‌ورزد (۸)، و سعی می‌کند فراشناخت‌هایی را که به شیوه ناسازگارانه‌ی تفکرات منفی تکرار شونده را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند، را تغییر دهد (۹). هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانا کردن بیماران به‌گونه‌ای است که با افکارشان به‌گونه‌ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل‌انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به‌صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند. یا به‌عبارتی دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا خودش را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به‌صورت نگرانی،

³ Exposure therapy

⁴ Prolonged exposure

¹ Stress inoculation training

² Eye movement desensitization and reprocessing

گودرزی (۱۳۸۲؛ به نقل از ناطقیان و همکاران، ۱۳۸۷)، اعتبار یابی و آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ گزارش شده است. جهت تبیین روایی هم‌زمان مقیاس مذکور نیز از سه ابزار فهرست وقایع زندگی، فهرست PTSD و سیاهه پادوا استفاده گردید که ضریب همبستگی می‌سی پی با هریک از آن‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۲، ۰/۲۳ گزارش شده است (۱۳).

پرسش‌نامه اضطراب بک:

این پرسش‌نامه یک پرسش‌نامه خود گزارشی برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است. این پرسش‌نامه ۲۱ ماده دارد و بالاترین نمره در این پرسش‌نامه ۶۳ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی پیش‌آزمون-پس‌آزمون ۰/۷۵ و ضریب آلفای ۰/۹۲ و ضریب پایایی از طریق دونیم‌سازی برابر با ۰/۹۱ در مطالعه ایرانی به‌دست‌آمده است. در پژوهش حاضر این پرسش‌نامه به‌منظور تعیین شدت اضطراب مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم:

این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه افسردگی بک است که جهت سنجش افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان تدوین شده است. این پرسش‌نامه ۲۱ ماده دارد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ در جمعیت آمریکایی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب پایایی ۰/۹۴ در نمونه ایرانی به‌دست‌آمده است. در پژوهش حاضر این پرسش‌نامه به‌منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

پکیج درمانی:

این پکیج درمانی متعلق به ولز (۲۰۰۰)، می‌باشد که محقق به‌طور کامل از آن استفاده کرده است. تعداد جلسات درمانی ۱۰ جلسه بود و مدت هر جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه برنامه‌ریزی شده بود؛ که هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. در زیر محتوای هر یک از جلسات درمانی به تفکیک ارائه می‌شوند.

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 بعدازآن 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 شد. 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 داده‌هاست (d کوهن^۱)، محاسبه شد.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌پی:

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌پی توسط کین^۲ و همکاران (۱۹۹۸)، تحول یافته است. این مقیاس خود گزارشی است و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به‌کاربرده می‌شود. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌پی ۳۵ آیتم دارد که در پنج گروه طبقه‌بندی می‌شود: تجربه مجدد، کناره‌گیری، کرختی، پیش‌برانگیختگی و خودآزاری. آزمودنی‌ها با یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (غلط، به‌ندرت، درست، گاهی درست، خیلی درست، کاملاً درست) پاسخ می‌دهند، که این گزینه‌ها به ترتیب ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه‌ی کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. نمره‌ی 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 به‌دست‌آمده است. ضریب پایایی باز آزمایی این مقیاس نیز بالا گزارش شده است. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌پی اعتبار بالایی دارد و همبستگی بسیار خوبی با سایر ابزارهای سنجش PTSD دارد. این مقیاس قادر به افتراق افراد دارای PTSD و بدون این اختلال می‌باشد. این مقیاس در ایران توسط

جدول (۱): جلسات درمانی

| 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، به‌ویژه آیت‌های 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 |

²Kean

¹Kohen

| جلسات | محتوای جلسات |
|------------|---|
| جلسه سوم | مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، به‌ویژه 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، به‌ویژه 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 غیر انطباقی، تکلیف خانگی: ادامه‌ی تعمیم فن به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، متوقف کردن رفتارهای مقابله‌ای غیر انطباقی خاص |
| جلسه پنجم | مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، بررسی ماهیت پردازش مفهومی. آیا به نوع دیگری از پردازش تغییر یافته و هم چنان در حال پیشرفت است؟، بررسی مقابله‌ای اجتنابی و غیر انطباقی و حذف آن، کار بر روی باورهای باقی‌مانده درباره‌ی نگرانی و نشخوار فکری، تکلیف خانگی: ادامه‌ی خودداری از نگرانی و نشخوار فکری. حذف مقابله‌ی غیر انطباقی به‌ویژه 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 ارائه‌ی گزینه‌های جان‌نشین، 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 به‌کارگیری 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 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 هرگونه باور باقی‌مانده، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، تکلیف خانگی: شناسایی کاربرد مداوم درمان. |

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و اقدامات درمانی پیشین) آزمودنی‌ها در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول (۲): ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

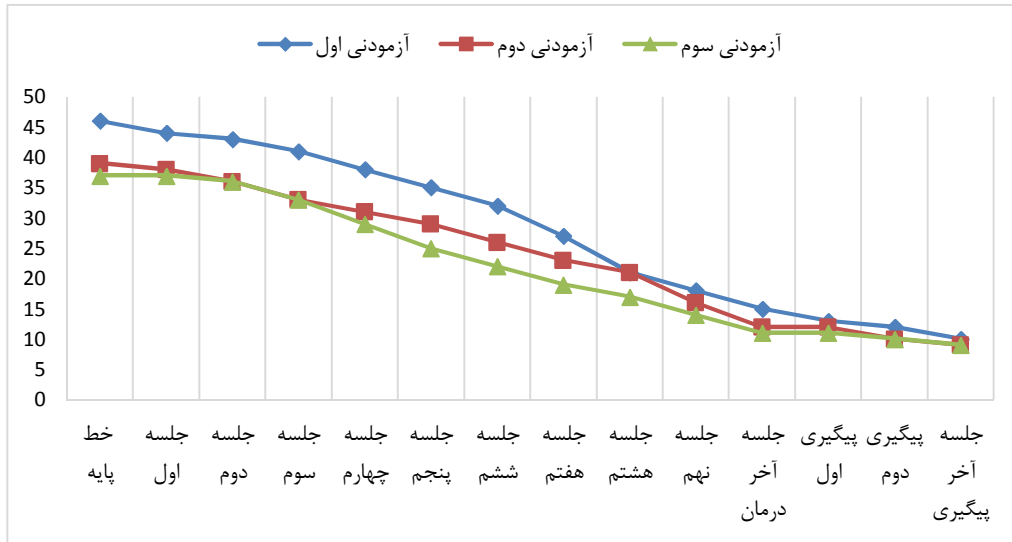
| بیماران | سن | وضعیت تأهل | تحصیلات | وضعیت اجتماعی-اقتصادی | اقدامات درمانی پیشین |
|----------|----|------------|---------|-----------------------|----------------------|
| بیمار یک | ۲۶ | مجرد | لیسانس | پایین | ندارد |
| بیمار دو | ۲۸ | متأهل | لیسانس | متوسط | ندارد |
| بیمار سه | ۲۲ | متأهل |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

مندرجات جدول نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اختلال PTSD، اقدامات درمانی پیشین نداشتند و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آنان متوسط به پایین بود.

نمودار زیر کارایی نسبی درمان فراشناختی و لزوم کاهش نمره پرسش‌نامه اضطراب بک نشان می‌دهد. نتایج به‌دست‌آمده از مقیاس مذکور، نشانگر مؤثر بودن درمان فراشناختی در کاهش اضطراب آزمودنی‌ها است.

جدول (۳): درصد بهبودی (درمان و پیگیری) و اندازه اثر (درمان) برای هر سه آزمودنی در مقیاس اضطراب بک

| آزمودنی‌ها | میانگین خط پایه | میانگین درمان | انحراف استاندارد خط پایه | انحراف استاندارد مرحله درمان | جلسه آخر درمان | پیگیری یک‌ماهه | درصد بهبود درمان | درصد بهبود پیگیری | اندازه اثر درمان (خط پایه-درمان) |
|------------|-----------------|---------------|--------------------------|------------------------------|----------------|----------------|------------------|-------------------|----------------------------------|
| آزمودنی ۱ | ۴۵ | ۳۱/۴۰ | ۲/۵ | ۱۰/۶۳۷۴۶ | ۱۵ | ۱۰ | ۶۷/۳۹ | ۷۸/۲۶۰۸۷ | ۱/۳۷۲۵۰۸ |
| آزمودنی ۲ | ۳۹ | ۲۶/۵۰ | ۳/۶ | ۸/۵۲۷۷۳۳ | ۱۲ | ۹ | ۶۹/۲۳ | ۷۶/۹۲۳۰۸ | ۱/۴۶۵۸۰۶ |
| آزمودنی ۳ | ۳۶ | ۲۴/۳۰ | ۱/۴ | ۹/۲۲۶۱۷۱ | ۱۱ | ۹ | ۷۰/۲۷ | ۷۵/۶۷۵۶۸ | ۱/۳۷۶۵۱۳ |

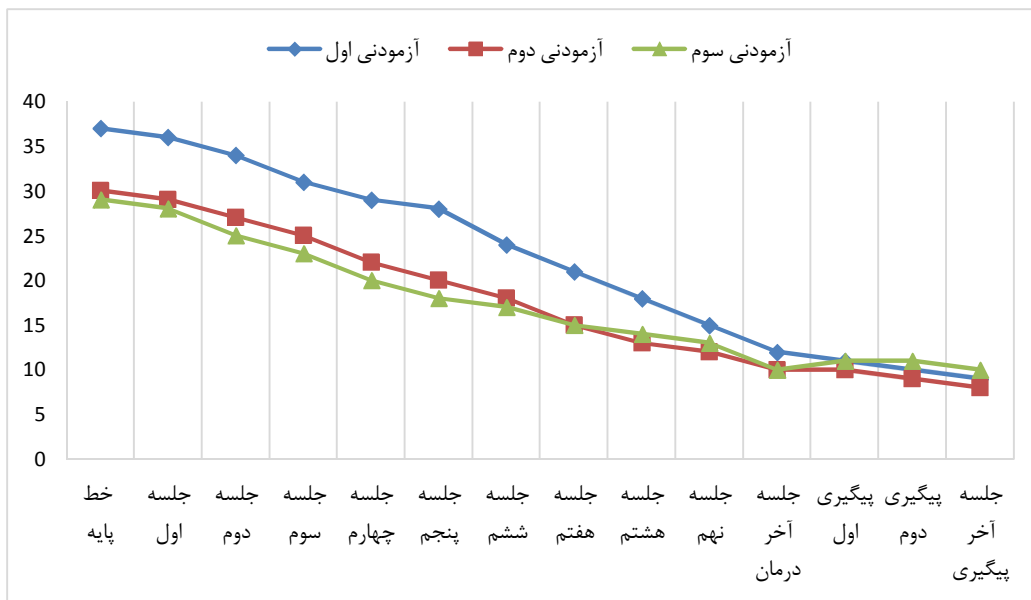


نمودار (۱): مقایسه کارایی درمان فراشناختی در کاهش نمره اضطراب آزمودنی‌ها در مقیاس اضطراب بک

نیز نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ می‌باشد، لذا می‌توان چنین استنباط نمود که میزان اندازه اثر برای هر سه آزمودنی بزرگ می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت درمان فراشناخت بر کاهش اضطراب در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است.

نمودار زیر کارایی نسبی درمان فراشناختی و لز را در کاهش نمره پرسش‌نامه افسردگی بک نشان می‌دهد. نتایج به‌دست‌آمده از مقیاس مذکور، نشانگر مؤثر بودن درمان فراشناختی در کاهش افسردگی آزمودنی‌ها است.

در متغیر موردبررسی، به‌ترتیب در آخرین جلسه درمان و پیگیری، آزمودنی اول ۶۷ درصد و ۷۸ درصد، آزمودنی دوم، ۶۹ درصد و ۷۶ درصد و آزمودنی سوم، ۷۰ درصد و ۷۵ درصد بهبودی نشان می‌دهند. هم‌چنین اندازه اثر به‌دست‌آمده برای آزمودنی اول، ۱/۳۷، آزمودنی دوم، ۱/۴۶ و آزمودنی سوم ۱/۳۷ می‌باشد. با توجه به اینکه اندازه اثر کم‌تر از ۰/۴۱، نشان‌دهنده حداقل اندازه اثر، اندازه اثر مابین ۰/۴۱ و ۱/۱۵ نشان‌دهنده اندازه اثر متوسط، اندازه اثر مابین ۱/۱۵ و ۲/۷ نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ و هم‌چنین اندازه اثر بیشتر از ۲/۷



نمودار (۲): مقایسه کارایی درمان فراشناختی در کاهش نمره افسردگی آزمودنی‌ها در افسردگی بک

جدول (۴): درصد بهبودی (درمان و پیگیری) و اندازه اثر (درمان) برای هر سه آزمودنی در مقیاس افسردگی بک

| آزمودنی‌ها | میانگین | میانگین | انحراف | انحراف | جلسه | پیگیری | درصد | درصد | اندازه اثر درمان |
|------------|---------|---------|-------------------|-----------------------|-----------|---------|--------|--------|------------------|
| | خط پایه | درمان | استاندارد خط پایه | استاندارد مرحله درمان | آخر درمان | یک‌ماهه | بهبودی | بهبودی | (خط پایه- درمان) |
| آزمودنی ۱ | ۳۷ | ۲۴/۸۰ | ۳/۶ | ۸/۱۴۶۶۲ | ۱۲ | ۹ | ۶۷/۵۷ | ۶۷/۷۵ | ۱/۴۹۷۱۸۶ |
| آزمودنی ۲ | ۳۰ | ۱۹/۱۰ | ۳/۳ | ۶/۶۰۷۲۳۵ | ۱۰ | ۸ | ۶۶/۶۷ | ۷۳/۳۳ | ۱/۶۴۹۷۰۷ |
| آزمودنی ۳ | ۲۹ | ۱۸/۳۰ | ۲/۸ | ۵/۶۹۶۹۷۸ | ۱۰ | ۱۰ | ۶۵/۵۲ | ۶۵/۵۱ | ۱/۸۷۸۱۸۹ |

شده است و این فرایند، احساس‌ها و باورهای منفی را درباره خود افزایش داده و تداوم می‌بخشد. بنابراین می‌توان گفت که در درمان فراشناختی با استفاده از فن‌های ذهن آگاهی انفصالی، به تعویق انداختن نگرانی و به‌ویژه فن موقعیتی توجه که برای مقابله با تهدیدهای بیرونی در افراد مبتلا به PTSD، به کار می‌رود و میزان برانگیختگی را افزایش می‌دهد، ممکن است در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر باشد.

یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی برای کاهش اضطراب و نگرانی بیماران با استفاده از تحلیل سود- زیان صورت می‌گیرد. به‌طوری‌که درمانگر تلاش کرد تا بیمار متوجه شود که نگرانی و اندیشناکی نتیجه کمی دارد و در گرفتار کردن او، صرفاً در تکرار جنبه‌های منفی رویداد آسیب‌زا یا فکر درباره تهدیدهای آینده، نقش دارد. درمانگر با این هدف و به‌منظور تضعیف باورهای مثبت درباره نیاز به درگیری در این الگوهای تفکر پایدار، مراجع را به سمت تحلیل سود و زیان نگرانی و اندیشناکی پیش می‌برد. هدف تضعیف سودها و برجسته کردن زیان‌ها برای تسهیل استفاده از تعویق نگرانی و اندیشناکی است. طبق این دیدگاه افکار مزاحم به شیوه گسلیده و بدون اینکه مورد تحلیل یا تفسیر یا کنترل قرار بگیرند در نظر گرفته می‌شوند. زمانی که بیمار مفهوم ذهن آگاهی گسلیده را متوجه شد و در جلسه درمان تمرین انجام شد. درمانگر راهبرد به تعویق انداختن نگرانی و اندیشناکی را معرفی می‌کند. درمانگر به بیمار آموزش داد هرگاه افکار یا علائم مزاحم (مثل افزایش برانگیختگی ناگهانی) را تجربه کرد، باید از وقوع آن‌ها آگاه شود و با خودش بگوید الآن در مورد رویداد آسیب‌زا اندیشناک نباش، نگران نباش و علائم را تحلیل نکن، فقط اجازه بده علائم به‌وقت خودشان ناپدید شوند. درمانگر از مراجع خواست که ذهن آگاهی گسلیده و تعویق نگرانی و اندیشناکی را در پاسخ به‌به تمام افکار مزاحم مرتبط با رویداد آسیب‌زا به کار ببرد.

احتمال دارد بتوان برای تبیین دیگر این یافته به تعمیم فن ذهن آگاهی گسلیده متوسل شد. درمانگر به بیمار آموزش داد تا

در متغیر افسردگی نیز، به‌ترتیب در آخرین جلسه درمان و پیگیری، آزمودنی اول ۶۷٪ درصد و ۶۷/۷۵ درصد، آزمودنی دوم، ۶۶٪ درصد و ۷۳٪ درصد و آزمودنی سوم، ۶۵٪ درصد بهبودی نشان می‌دهند. همچنین اندازه اثر به‌دست‌آمده برای آزمودنی اول، ۱/۴۹، آزمودنی دوم، ۱/۶۴ و آزمودنی سوم ۱/۸۷ می‌باشد. با توجه به اینکه اندازه اثر کم‌تر از ۰/۴۱، نشان‌دهنده حداقل اندازه اثر، اندازه اثر مابین ۰/۴۱ و ۱/۱۵ نشان‌دهنده اندازه اثر متوسط، اندازه اثر مابین 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 می‌توان گفت درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش اندازه‌گیری اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است. بر اساس داده‌های به‌دست‌آمده، می‌توان گفت که روش درمانی فراشناختی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مؤثر بوده و این درمان به بهبودی معنی‌داری منجر شده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که اعمال مداخله فراشناختی، موجب کاهش نمره آزمودنی‌ها در مقیاس‌های اضطراب و افسردگی شده است. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های (۱۹-۱۴)، که همگی کاهش علائم اضطراب و افسردگی را در بیماران مبتلا به PTSD، متعاقب درمان‌های فراشناختی و شناختی رفتاری گزارش کرده‌اند، همسو است. اضطراب و افسردگی تجربه‌های هیجانی نامطلوبی هستند که نشانه‌ای از وجود انواع تهدید یا فقدان می‌باشند. وقتی افراد با تغییر الگوی توجه و تفکر به آن‌ها پاسخ می‌دهند، پایدار و مسئله‌ساز می‌شوند. باین‌حال اکثر افراد قادر به این مسئله نیستند که توجهشان بر خود و تفکر و احساسشان قفل

صرف بر ابزارهای خودگزارشی مربوط به نتایج درمان، محدودیتی برای تفسیر تأثیرات درمان در این پژوهش محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود که 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 (۳ماه و ۶ماه) وجود داشته باشد، احتمالاً با قابلیت بیشتری می‌توان از کارایی این نوع درمان برای اختلال استرس پس از سانحه سخن گفت.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خویش را از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند، خصوصاً از بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه اعلام می‌داریم.

References:

1. Simons M. Metacognitive therapy and other cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder. *Verhaltenstherapie* 2010;20:86–92.
2. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. 5 edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Kessler R., Berglund P, Baruce M, Koch J, Laska E, Leaf P, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res* 2001; 36: 987-1007.
4. Pillar G, Harder L, Malhtra A. Trauma and Post-traumatic Stress disorder. In T. Lee-chiong (Ed.), *sleep: A comprehensive hand book*. Hoboken, N J: john Wiley & sons; 2006. P. 857-866.
5. Sadock BJ, Sadock AV. *Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.P. 12-21.
6. Brown S, Hammond R. *Memory, Trauma Treatment, and the Law*. New York, NY: W. W. Norton; 1998.
7. Barnes JE. U.S. veterans struggle with war stress. 2008. P.4-18.
8. Wells A. *Met cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: the Guilford Press; 2009.

بتواند ذهن آگاهی گسلیده را برای هرگونه پیامد کابوس‌ها به کار ببرد. پس‌از آن، گام بعدی بررسی وجود راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی است که برای سازگاری زبان‌بخش است. درمانگر به‌دقت استفاده از راهبردهای کنترل علائم، کوچک شمردن تهدیدها، افکار کنترل‌کننده و کاهش اضطراب را ارزیابی می‌کند. راهبردهای معمول که مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل استفاده از الکل و سایر داروها، سرکوبی افکار، اجتناب از برانگیزاننده‌های رویداد آسیب‌زا و واریسی کردن می‌باشد. شناسایی این رفتارها، به بیمار کمک می‌کند تا موارد مسئله‌ساز را بشناسد.

به دلیل محدودیت زمانی، پیگیری نتایج تنها در دوره شش‌هفتگی صورت گرفته و نبود اطلاعاتی در مورد تداوم روند بهبودی آزمودنی‌ها از جمله محدودیت‌های این پژوهش است. هم‌چنین تکیه

9. Wells A. *Emotional disorder and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chic Hester: Wiley; 2000.
10. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004;35(4):307–18.
11. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cogn Behav Pract* 2004;11(4):365–77.
12. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Person Indiv Diff* 2006. 40(1): 111-22.
14. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behav Res Ther* 2005. 43(4): 413-31.
15. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA, Riggs DS, Feeny NC, et al. randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol* 2005. 73(5): 953-64.

16. Blanchard EB, Hickling EJ, Devineni T, Veazey CH, Galovski, TE, Mundy E, et al. A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behav Res Ther* 2003. 41(1): 79-96.
17. Vakili Y, Fata L. The Effectiveness of the Meta-Cognitive Model in Treating Case of Post-Traumatic Stress Disorder. *Iranian J Psychiatry* 2013; 1(4): 169-71. (Persian)
18. Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, et al. Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cogn Behav Pract*;2008. 15(1): 85-92.
19. Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisely J, Mendel E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2010.(48): 429-34.

THE EFFECTIVENESS OF META-COGNITIVE THERAPY ON ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Zeynabkhanjani¹, Majid Mahmoud Aliloo², Ali fakhari³, GhasemAbdolpour⁴

Received: 16 Feb, 2016; Accepted: 20 Mar, 2016

Abstract

Background & Aims: post-traumatic stress disorder is a set of symptoms that can be find after following that exposure to traumatic life events. This study was conducted with purpose of investigation the effectiveness of meta-cognitive therapy on Anxiety and depression in patients with post-traumatic stress disorder.

Materials & Methods: This study was conducted in the context of a single case study using the multiple baselines design. The population of the study included all patients with post-traumatic stress disorder in the city of Tabriz in 2015. The sample, consist of three people with post-traumatic stress disorder were referred to psychiatrist and were selected based on purposive sampling method. Patients were evaluated in pre-treatment, during treatment and follow-up period of six weeks using the Beck anxiety inventory, Beck depress inventory, and the Mississippi PTSD scale (MPS).

Results: The results of study showed that Meta-cognitive therapy significantly reduce Anxiety and depression in subjects with post-traumatic stress disorder at post-treatment and follow-up period both statistically and clinically

Conclusion: The results of these three subjects showed the clinical efficacy of Meta-cognitive therapy in a culture different from the culture of the manufacturer's protocol. So that this treatment, in reducing signs and symptoms of post-traumatic stress disorder is as effective.

KeyWords: meta-cognitive, Anxiety, depression, post-traumatic stress.

Address: Departement of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Tel: 09387945547

Email: g.marand@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(3): 230 ISSN: 1027-3727

¹ PhD, Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

² PhD, Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

³ Associate Professor, Department of Psychiatry, Clinical Psychiatry Research Center (CPRC), Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ MA, Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)