

اثربخشی درمان فراشناختی در بیماران اختلال تنیدگی پس از سانحه: مورد پژوهی سه بیمار

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۰

یعقوب وکیلی*، لادن فتی**، مجتبی حبیبی***

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب در بیماران دارای اختلال تنیدگی پس از سانحه، با استفاده از طرح مطالعه موردی است.

روش: در یک بررسی تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه فرایند درمان بر روی سه آزمودنی انجام شد. سه بیمار سرپایی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، پیش از درمان، حین درمان و پس از درمان با استفاده از مقیاس تأثیر رویداد-ویرایش شده، پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی ارزیابی شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که این درمان به کاهش نشانه‌های اختلال، کاهش اضطراب و افسردگی، ناراحتی کلی منجر شد. رویکرد درمانی مبتنی بر مدل فراشناختی در درمان اختلال تنیدگی پس از سانحه مؤثر است.

نتیجه‌گیری: نتایج بررسی این سه آزمودنی، حاکی از اثربخشی بالینی درمان فراشناختی در فرهنگی متفاوت از فرهنگ اولیه سازنده این پروتکل درمانی بود. هر چند که این مطالعه فاقد گروه کنترل بود، اما یافته‌های پژوهش حاضر دلالت بر تعمیم‌پذیری بالای یافته‌های مربوط به فراشناخت است. در نهایت، می‌توان گفت که این روش درمانی، رضایت بخش بوده و برای بررسی بیشتر اثربخشی آن، مطالعات ارزیابی کنترل شده‌ای در جهت رسیدن به یک نتیجه قطعی لازم است.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی، مدل فراشناختی، اختلال تنیدگی پس از سانحه، افسردگی، اضطراب

Yaghoobvakili@yahoo.com

* استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

Lfata@yahoo.com

** استادیار، گروه روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Mo_Habibi@sbu.ac.ir

*** نویسنده مسئول: استادیار، گروه خانواده درمانی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

اختلال تنیدگی پس از سانحه^۱ اختلالی است که با تجربه مجدد سانحه آسیب‌زا، اجتناب از محرک‌های یادآورنده‌ی حادثه، و برانگیختگی مفرط مشخص می‌شود [۲،۱]. شیوع بین ۲ تا ۴ درصد این اختلال در جمعیت عمومی و افزایش احتمال آن بعد از هر حادثه طبیعی، همراه با ماهیت بسیار آزارنده و ناتوان‌کننده آن در مقایسه با سایر اختلالات، اضطرابی باعث شده که این اختلال یک معضل جدی نظام سلامت جوامع به شمار آید. درمان‌های روان‌شناختی مطرح در درمان اختلال تنیدگی پس از سانحه عبارتند از: مواجهه تصویری طولانی مدت^۲ با خاطرات سانحه آسیب‌زا [۴،۳] و بازسازی شناختی^۳ ارزیابی‌ها و باورهای مرتبط با تجربیات سانحه‌ی آسیب‌زا [۶،۵]. هر چند فرا تحلیل‌ها نشان می‌دهند که بیماران با این روش‌های درمانی بهبود می‌یابند، با این حال، هنوز هم تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه به این درمان‌ها پاسخ نمی‌دهند و یا بهبودی نسبتاً کمی را نشان می‌دهند [۱۱،۷]. در یک بررسی، گرونرت، اسموکر، ویس و راش [۱۲] دریافتند، که درمان رویارویی در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه، به افزایش علائم این بیماران منجر می‌شود. عده‌ای از بیماران نیز به خاطر ماهیت آزارنده درمان مواجهه، همکاری لازم را به عمل نمی‌آورند. این پدیده یک محدودیت جدی روش مواجهه به شمار می‌آید [۱۵،۱۳].

از سوی دیگر، اگرچه درمان‌های مواجهه و شناختی مداخله‌های نسبتاً کوتاه مدتی هستند که حدود ۱۰ جلسه به طول می‌انجامند؛ ولی به کارگیری این درمان‌ها نیازمند تخصص بالایی است. برای اینکه یک روش درمانی به طور وسیع‌تر قابل دسترسی باشد، لازم است که مداخله‌های درمانی در عین کوتاه‌مدت بودن، ساده‌تر و کمتر آزاردهنده باشند و در عین حال به تخصص بالایی نیاز نداشته باشند [۱۸،۱۶]. یک روند رو به رشد در ابداع مداخله‌های جدید این است که مدل درمانی بر مبنای سازوکارهایی بنا شود که از پردازش هیجانی به‌طور طبیعی جلوگیری می‌نماید.

مدل فراشناختی^۴ در درمان اختلال تنیدگی پس از سانحه، یکی از این مداخله‌هاست [۲۰،۱۹،۱۷]. هدف اصلی درمان فراشناختی این است که بیمار کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهد و از این که پردازش به صورت نگرانی^۵ و نشخوارگری^۶ و پایش تهدید^۷ انجام گیرد، جلوگیری نماید [۲۲،۲۱]. براساس درمان فراشناختی ضروری نیست شناخت‌های بیمار در مورد سانحه، اصلاح شده یا خوگیری^۸ 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 سازگارانگی و اکتشی^۹ وجود دارد را از بین ببرد [۲۲،۲۱]. به‌طور کلی، مفهوم پردازش^{۱۰} اصلی درمان بر پایه مدل فراشناختی اختلال تنیدگی پس از سانحه، عبارت است از گسترش کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطاف در بیمار و جلوگیری از پردازش به صورت نگرانی، نشخوار فکری و پایش تهدید با استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی فارق از محیط^{۱۱}، همراه با به تعویق انداختن نگرانی^{۱۲} و تغییر توجه^{۱۳} [۱۷].

اگرچه منطق نظری درمان فراشناختی اختلال تنیدگی پس از سانحه قابل قبول به نظر می‌رسد، ولی با مروری که بر ادبیات پژوهش صورت گرفت تا به امروز، تنها یک پژوهش در زمینه اثربخشی مدل فراشناختی در درمان اختلال تنیدگی پس از سانحه انجام شده است [۲۱]. بنابراین لزوم بررسی‌های بیشتر در زمینه اثربخشی درمان مذکور احساس می‌شود. بویژه در کشور ما تا جایی که پژوهشگران اطلاع دارند، هیچ‌گونه پژوهشی در زمینه درمان فراشناختی اختلال تنیدگی پس از سانحه صورت نگرفته است. از سوی دیگر، از آنجا که در پیشینه درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال تنیدگی پس از سانحه، بیشتر به درمان‌های مواجهه‌سازی [۱۳] و بازسازی شناختی [۵] پرداخته شده

4- Metacognitive

5 - Worry

6 - Rumination

7 - Threat monitoring

8 - Habituation

9 - Reflexive adaption process

10 - Conceptualization

11 - Detached mindfulness

12 - Worry postponement

13 - Attentional orienting

1- Post- Traumatic Stress Disorder (PTSD)

2- Prolonged imaginable exposure

3- Cognitive restructuring

تعیین سیر پیشرفت درمان تکمیل نمودند. دو بیمار دیگر نیز که در انتظار شروع درمان بودند ابزارهای پژوهش را همچنان تا ورود به درمان تکمیل نمودند.

بعد از گذشت دو جلسه از درمان مراجع اول، درمان مراجع دوم آغاز و بعد از گذشت دو جلسه از درمان مراجع دوم، درمان مراجع سوم آغاز گردید. بیماران به طور تصادفی به ترتیب وارد طرح درمان شدند. به این ترتیب، آزمودنی اول دارای ۳ خط پایه، آزمودنی دوم دارای ۴ خط پایه و آزمودنی سوم دارای ۵ خط پایه بود. در انتهای جلسات درمانی نیز مجدداً مقیاس‌های واحدهای ذهنی ناراحتی، و پرسشنامه‌های اضطراب بک، پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم و مقیاس تأثیر رویداد- ویرایش شده، توسط مراجعان تکمیل شد.

ابزار

۱- مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی^۱: این مقیاس به عنوان عنوان یک مقیاس خودسنجی جهت درجه‌بندی شدت ناراحتی کلی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس از صفر تا ۱۰ درجه‌بندی شده است. نمره صفر نشان‌دهنده هیچ‌گونه ناراحتی و نمره ۱۰ نشان‌دهنده بیشترین ناراحتی می‌باشد [۲۴]. در پژوهش حاضر این مقیاس به منظور تعیین شدت ناراحتی مورد استفاده قرار گرفت.

۲- پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم: این پرسشنامه [۲۵] شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان تدوین شده است. این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ در جمعیت آمریکایی [۲۶] و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب پایایی ۰/۹۴ در نمونه ایرانی به دست آمده است [۲۷]. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت.

۳- پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه [۲۸] یک پرسشنامه خودگزارشی 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

است، مطرح‌ساختن اثربخشی درمان فراشناختی بر این اختلال، سرآغاز مناسبی برای مطالعات پایه در این زمینه خواهد بود. با توجه به آنچه تاکنون گفته شد، این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال تنیدگی پس از سانحه واضطراب و افسردگی این بیماران طراحی شده است.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش با بهره‌گیری از طرح تجربی تک موردی^۱ انجام شد [۲۳].

آزمودنی‌ها: شرکت‌کنندگان در این پژوهش از بیمارانی که طی یک دوره یک ساله از مهر ۱۳۹۱ تا تیر ۱۳۹۲ با تشخیص اختلال تنیدگی پس از سانحه به درمانگاه بیمارستان روانپزشکی تهران مراجعه کردند، انتخاب شدند. نمونه مورد مطالعه شامل ۳ بیمار مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه مزمین داوطلب شرکت در پژوهش بودند که با توجه به ملاک‌های شمول و حذف پژوهش انتخاب شدند. لازم به ذکر است که معیارهای ورود، دارا بودن اختلال تنیدگی پس از سانحه بوده است و این افراد غیر از اختلال تنیدگی پس از سانحه، اختلال روانشناختی یا فیزیکی دیگری نداشته و طی مدت انجام‌مداخله تحت هیچ‌گونه درمان دارویی و غیر دارویی قرار نگرفتند. پس از تشریح اهداف پژوهش و تشکر از مشارکت بیماران آزمودنی‌ها، ابزارهای پژوهش شامل مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی^۲، پرسشنامه اضطراب بک^۳، پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم^۴ و مقیاس تأثیر رویداد- ویرایش شده^۵ را در سه نوبت به فاصله زمانی یک هفته تکمیل نمودند. هنگامی که خطوط پایه با شیب نسبتاً ثابت برای همه آزمودنی‌ها در مورد ابزارهای فوق تشکیل شد، درمان توسط درمانگر به روش پلکانی با فواصل یک هفته‌ای آغاز گردید. از این مرحله به بعد، آزمودنی‌ها پس از هر جلسه‌ی درمان مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی، و پرسشنامه‌های اضطراب بک، پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم و مقیاس تأثیر رویداد- ویرایش شده مربوط به همان جلسه را به منظور

1 - single- subject

2 - Subjective Units Distress Scale (SUDs)

3 - Beck Anxiety Inventory (BAI)

4 - Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II)

5 - Impact of Event Scale- Revised (IES-R)

6 - (SUDs)

در نگرانی و نشخوار فکری هیچ هدفی را دنبال نمی‌کند؛ بلکه باعث می‌شود بیمار صرفاً به جنبه‌های منفی سانحه پاسخ دهد. سپس به بیمار آموزش داده شد تا با استفاده از تکنیک "ذهن آگاهی بی‌طرفانه" [۲۰] به علائم پاسخ دهد. در این تکنیک بیمار جریان فکرش را بدون تفسیر، تعبیر، کنترل و واکنش به آن صرفاً مشاهده می‌کند. از بیمار خواسته شد، وقتی افکار یا تصاویر مزاحم ناخوانده، کابوس و دوره‌های برگشت به گذشته را تجربه کرد، از این تکنیک بالا استفاده کند. در جلسه درمان، کاربرد این تکنیک به بیمار نشان داده شد. برای این کار از چند تمثیل استفاده شد. بعد از این مرحله برای افزایش آگاهی فراشناختی بیمار و عدم درگیری با نگرانی و نشخوار فکری روزانه، بیمار با تکنیک "به تعویق انداختن نگرانی" آشنا شد. از بیمار خواسته شد که هرگاه علائم مزاحم ظاهر شدند، باید بداند که این علائم اتفاق افتاده‌اند و به خودش بگوید الان در مورد سانحه و علائم، نگرانی و نشخوار فکری نداشته باشد، بلکه در مورد این علائم بعداً فعالانه می‌تواند فکر کند. پس از آن به فکرشان اجازه دهند تا در زمان مورد نظر این علائم به تدریج محو شود. از بیمار خواسته شد هر شب ۱۵ تا ۳۰ دقیقه به طور فعالانه در مورد نگرانی‌اش فکر کند. در پایان جلسه سوم از بیمار خواسته شد تا به عنوان تکالیف خانگی از تکنیک‌های «ذهن آگاهی بی‌طرفانه» و به «تعویق انداختن نگرانی» استفاده کند.

در جلسه چهارم و پنجم، پیشرفت استفاده از تکنیک‌های «ذهن آگاهی بی‌طرفانه» و «به تعویق انداختن نگرانی» ارزیابی شد. و همین‌طور موانع موجود در عدم استفاده از تکنیک‌های مذکور مشخص و بحث شد. در پایان جلسه پنجم، راهبردهای ناکارآمد دیگری را که بیمار استفاده می‌کرد، شناسایی شد، وقتی بیمار به پیامدهای غیر مفید این راهبردها پی‌برد، از بیمار خواسته شد به عنوان تکالیف خانگی از راهبردهای مذکور استفاده نکند.

در جلسه ششم و هفتم، تکنیک «تغییر توجه» به بیمار آموزش داده شد. این تکنیک بر برانگیختگی متمرکز است. هدف این روش، تسهیل آگاهی از بازبینی تهدید و نیز آگاهی از این است که تهدید چقدر مختل‌کننده می‌باشد. منطق این تکنیک به بیمار توضیح داده شد. مرور پیشرفت تکنیک «کنار گذاشتن پایش تهدید» و کاربرد آن در زندگی

۰/۷۵ [۲۸] و ضریب آلفای ۰/۹۲ و ضریب پایایی از طریق دو نیم‌سازی برابر با ۰/۹۱ در مطالعه ایرانی به دست آمده است [۲۷]. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت اضطراب مورد استفاده قرار گرفت.

۴- مقیاس تأثیر رویداد- ویرایش شده: این مقیاس به منظور اندازه‌گیری ناراحتی ذهنی شایع بعد از یک سانحه ناگوار در زندگی، طراحی شده است [۲۹]. این مقیاس ۲۲ ماده دارد و از سه خرده مقیاس تشکیل شده است که عبارتند از: اجتناب (۸ ماده)، افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده (۸ ماده)، برانگیختگی (۶ ماده). بالاترین نمره در این مقیاس ۸۸ است. ضریب پایایی پیش آزمون برای خرده مقیاس اجتناب، ۰/۸۹ خرده مقیاس افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده، ۰/۹۴ و خرده مقیاس برانگیختگی، ۰/۹۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت اختلال تنیدگی پس از سانحه مورد استفاده قرار گرفت.

روند اجرای پژوهش: روش درمان مبتنی بر الگوی فراشناختی [۲۱] بود. جلسه اول (یک هفته پس از مرحله خط پایه) مفهوم‌سازی مورد و آشناسازی بود. بدین منظور گام نخست، فراخوانی علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه (کابوس‌ها، دوره‌های برگشت به گذشته، برانگیختگی، افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده) بود. سپس یک فرمول‌بندی تشخیصی از مشکل بیمار مبتنی بر مدل فراشناختی ساخته شد. به این منظور از بیمار خواسته شد در مورد راهبردهایی که وی برای کاهش یا مدیریت این علائم به کار برده، توضیح دهد. آثار غیرمفید تفکر نگهدارنده (نگرانی / نشخوار فکری) و راهبردهای توجهی بازبینی تهدید در تداوم علائم مورد تأکید قرار گرفته و بررسی شد. از بیمار خواسته شد راهبردهای تفکر ناکارآمد را کنار بگذارد تا سیستم شناختی‌اش از پردازش اطلاعات سانحه‌آمیز رها شده و بیمار از چرخه اختلال تنیدگی پس از سانحه خارج شود. این عمل در کاهش میزان فراوانی و شدت علائم مؤثر است. گام دوم، مروری بر ماهیت و اهداف درمان بود. یک نسخه از مفهوم‌بندی مورد به بیمار داده شد تا به خانه ببرد و در مورد آن تا جلسه بعدی فکر کند. در جلسه دوم و سوم، بیمار به تحلیل فواید و مضرات نگرانی و نشخوار فکری پرداخت. این کار نشان می‌دهد که نه تنها درگیری

نمره پرسشنامه مورد سنجش در خط پایه، A1 نمره همان پرسشنامه در جلسه آخر و $\Delta A\%$ میزان تغییرات است.

$$\Delta A\% = \frac{A_0 - A_1}{A_0}$$

یافته‌ها

در این پژوهش درمان فراشناختی به تغییر کلی ۷۲٪ در مقیاس مقیاس تأثیر رویداد- ویرایش شده منجر شد. در پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی میزان بهبود کلی به ترتیب ۵۹٪، ۷۲٪ و ۷۹٪ بود. جداول شماره ۱ تا ۴ این نتایج را نشان می‌دهد.

روزمره، هدف جلسه هشتم است. بیمار تشویق شد به عنوان تکلیف خانگی با موقعیت‌های کم خطر روبرو شود. بعد از کنار گذاشتن پایش تهدید، گام بعدی تمرکز دوباره بر توجه به طور فعالانه است. از بیمار خواسته شد عمداً در موقعیت‌هایی که یادآور سانحه است، به جای توجه به خود و تهدید، به جنبه‌های بی‌خطر محیط خارجی توجه کند. در پایان جلسه هشتم، فرمول‌بندی اولیه مورد بحث قرار می‌گیرد. به بیمار توصیه شد که وقتی دوباره با علائم بیماری‌اش مواجه شد از تکنیک‌هایی که در طی جلسات درمان یاد گرفته است، استفاده کند. برای عینی‌سازی میزان بهبودی از فرمول درصدی بهبودی استفاده شد [۳۰]. AO

جدول (۱) مقایسه‌ی نمره‌های مراجعان در IES-R با توجه به ملاک‌های اصلی PTSD یعنی، تجربه مجدد علائم

مزاحم ناخوانده (I)، اجتناب (A) و بیش‌انگیزگی (H) قبل از شروع درمان، حین درمان و در پایان

مراجعان	خرده مقیاس‌های IES-R	خط پایه	جلسات درمان								
			اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	
مراجعه اول	A	۲۵/۶	۲۵	۲۳	۲۰	۱۷	۱۳	۱۴	۱۰	۸	۷۲٪
	I	۲۴/۳	۲۶	۲۱	۱۷	۱۳	۸	۹	۶	۴	۸۳٪
	H	۲۰/۳	۲۰	۲۰	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۷	۳	۸۵٪
مراجعه دوم	A	۱۸/۷۵	۲۰	۱۴	۱۲	۹	۷	۱۳	۷	۴	۷۸٪
	I	۱۶/۵	۱۷	۱۲	۸	۸	۶	۶	۵	۴	۷۵٪
	H	۱۶/۵	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۷	۷	۶	۴	۷۵٪
مراجعه سوم	A	۱۷/۶	۱۶	۱۶	۱۴	۱۴	۱۴	۱۷	۱۲	۷	۶۰٪
	I	۲۷	۲۸	۲۷	۲۱	۱۸	۱۸	۱۵	۱۱	۸	۷۰٪
	H	۲۱/۴	۲۲	۲۱	۲۳	۲۱	۱۹	۱۵	۱۳	۱۰	۵۳٪

جدول (۲) مقایسه‌ی نمره‌های مراجعان در BDI-II و

درصد بهبودی آنان

درمان فراشناختی			مراحل درمان
مراجعه سوم	مراجعه دوم	مراجعه اول	
۳۳/۲	۲۸/۷۵	۳۴/۳	خطوط پایه
۳۲	۲۹	۳۲	جلسه اول
۳۱	۲۵	۳۹	جلسه دوم
۲۷	۲۱	۲۸	جلسه سوم
۲۵	۱۶	۲۶	جلسه چهارم
۲۷	۲۰	۲۰	جلسه پنجم
۲۳	۱۹	۲۱	جلسه ششم
۲۰	۱۲	۱۷	جلسه هفتم
۱۷	۱۰	۱۲	جلسه هشتم
٪۴۸	٪۶۵	٪۶۵	میزان بهبودی
٪۵۹			بهبودی کلی

همانطور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میزان بهبودی در تاثیر رویداد ویرایش شده پس از ۸ جلسه درمان برای مراجع اول ۸۰٪ است و میزان بهبودی برای مراجع دوم و سوم به ترتیب ۷۶٪ و ۶۲٪ است. و میزان بهبودی کلی برای هر سه مراجع ۷۲٪ است.

جدول ۲ نشان دهنده میزان بهبودی افسردگی مراجعین در قبل از شروع، حین و در پایان ۸ جلسه درمان است که میزان بهبودی برای مراجعین اول، دوم سوم به ترتیب ۶۵٪، ۶۵٪ و ۴۸٪ بوده و میزان بهبودی کلی ۵۹٪ است. نتایج جدول ۳ نشان دهنده میزان بهبودی اضطراب مراجعین در قبل از شروع، حین و در پایان ۸ جلسه درمان است که میزان بهبودی برای مراجعین اول، دوم سوم به ترتیب ۷۷٪، ۷۶٪ و ۶۴٪ بوده و میزان بهبودی کلی ۷۲/۳٪ است.

جدول ۳) مقایسه نمره‌های مراجعان در BAI و

درصد بهبودی آنان

مراحل درمان	درمان فراشناختی		
	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم
خطوط پایه	۴۰/۳	۳۰/۲۵	۴۲/۲
جلسه اول	۳۸	۲۷	۴۳
جلسه دوم	۲۰	۲۳	۳۷
جلسه سوم	۲۳	۱۵	۳۲
جلسه چهارم	۱۷	۱۱	۲۷
جلسه پنجم	۱۵	۲۶	۳۰
جلسه ششم	۱۵	۲۰	۲۵
جلسه هفتم	۱۰	۱۴	۱۸
جلسه هشتم	۹	۷	۱۵
میزان بهبودی	%۷۷	%۷۶	%۶۴
بهبودی کلی	%۷۲/۳		

جدول ۴) مقایسه‌ی نمره‌های مراجعان در SUDS

و درصد بهبودی آنان

مراحل درمان	درمان فراشناختی		
	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم
خطوط پایه	۱۰	۱۰	۹/۸
جلسه اول	۱۰	۱۰	۱۰
جلسه دوم	۹	۹	۱۰
جلسه سوم	۸	۸	۸
جلسه چهارم	۷	۷	۶
جلسه پنجم	۵	۸	۷
جلسه ششم	۶	۷	۵
جلسه هفتم	۵	۴	۴
جلسه هشتم	۲	۲	۲
میزان بهبودی	%۸۰	%۸۰	%۷۹
بهبودی کلی	%۷۹/۶		

نتایج جدول ۴ نشان دهنده میزان بهبودی مراجعین از نظر واحد های ذهنی ناراحتی در قبل از شروع، حین و پایان ۸ جلسه درمان است که میزان بهبودی برای مراجعین اول، دوم سوم به ترتیب ۸۰٪، ۸۰٪ و ۷۹٪ بوده و میزان بهبودی کلی ۷۹/۶٪ است.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش شدت علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه، افسردگی، اضطراب و ناراحتی کلی مؤثر است. برای تبیین دلایل اثربخشی بیشتر درمان فراشناختی در این پژوهش ضرورت دارد کارکردهای درمانی را که ولز [۲۰] و ولز و سمبی [۱۷] برای فراشناختها ذکر کرده‌اند، معیار قرار داده و براساس این معیارها، فرایند درمانی آزمایش شده، به صورت کیفی ارزیابی شوند:

۱- کاربرد فراشناختها، همکاری درمانی را افزایش می‌دهند [۲۱]. در پژوهش حاضر، از اولین جلسه درمان فراشناختی، کوشش بر آن بود که منطق و سیر درمان در چارچوب فراشناختی برای مراجع توضیح داده شود. این نوع تبیین در پایان جلسه اول درمان، باعث می‌شد بیمار راهبردهای ناکارآمدی که باعث تداوم بیماری‌اش شده‌اند را بشناسد و بیشتر با درمانگر همکاری کند.

۲- ولز و سمبی [۲۱] و ولز و کینگ [۳۱] اشاره کرده‌اند که کاربرد تکنیک‌های "ذهن آگاهی بی‌طرفانه" و "به تعویق انداختن نگرانی"، افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده، دوره‌های برگشت به گذشته، نگرانی، نشخوار فکری و اجتناب را کاهش می‌دهد؛ به نحوی که مراجع به جای استفاده از راهبردهای فراشناختی ناکارآمد، از راهبردهای فراشناختی کارآمدتری استفاده کند.

کاربرد اختصاصی تکنیک‌های بالا یعنی "ذهن آگاهی بی‌طرفانه" و "به تعویق انداختن نگرانی" در جلسات دوم تا پنجم درمان در پژوهش حاضر این کارکرد را به خوبی نشان داد. در این پژوهش، آموزش تکنیک‌های "ذهن آگاهی بی‌طرفانه" و "به تعویق انداختن نگرانی" در تمامی آزمودنی‌ها، بیشترین تأثیر را بر روی علائم اجتناب و تجربه مجدد افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده داشته است. همچنین تکنیک‌های بالا بر روی علائم بیش برانگیختگی کمترین تأثیر را داشته و یا بدون تأثیر بوده است.

این یافته همسو با نتایج ولز و سمبی [۲۱] می‌باشد که کاهش علائم تجربه مجدد و اجتناب را در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه با استفاده از آموزش تکنیک‌های "ذهن آگاهی بی‌طرفانه" و "به تعویق انداختن نگرانی" گزارش کردند.

افسردگی نیست، اما در این جا این سؤال مطرح می شود که چرا شدت افسردگی در این بیماران کاهش یافته است؟ در جواب این سؤال با احتیاط می توان حدس زد که ممکن است به کارگیری تکنیک های ذهن آگاهی بی طرفانه، به تعویق انداختن نگرانی و تغییر توجه در کاهش شدت افسردگی مؤثر بوده باشد. پژوهش های بعدی برای آزمون این حدس لازم است. سؤال دومی که این جا ممکن است مطرح شود، این است که چرا در آزمودنی سوم، میزان بهبودی افسردگی کم است؟ جواب این است که آزمودنی سوم، در طی فرایند درمان یک تنیدگی خانوادگی (عمل بیماری قلب پدر) را تجربه کرد و این تنیدگی جدید ممکن است منجر به افزایش شدت افسردگی شده باشد؛ بنابراین توجه به تنیدگی هایی که در طی جلسات درمان ممکن است رخ دهند، لازم است. با توجه به آنچه گفته شد لازم است موازی با درمان فراشناختی که هدف اصلی آن کاهش علائم اصلی اختلال تنیدگی پس از سانحه (اجتناب، بیش برانگیختگی و تجربه مجدد افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده) است، درمان های روان شناختی دیگری مثل درمان شناختی-رفتاری برای کاهش شدت افسردگی اجرا شوند. در پژوهش حاضر میزان بهبودی کلی اضطراب ۷۲ درصد بود. این یافته با یافته های پنویس و اوست [۴۱]، اهلرز و همکاران [۳۶] که همگی کاهش علائم اضطراب را در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه متعاقب درمان شناختی-رفتاری گزارش کرده بودند، همسو می باشد. هدف اصلی درمان فراشناختی کاهش علائم اصلی اختلال تنیدگی پس از سانحه است. اما سؤالی که این جا مطرح می شود این است که چرا شدت اضطراب در آزمودنی ها کاهش یافته و در عین حال با نوسان هایی همراه است؟ برای جواب این سؤال با احتیاط می توان این فرضیه را مطرح کرد که بهره گیری از تکنیک های ذهن آگاهی بی طرفانه، به تعویق انداختن نگرانی و به خصوص تکنیک تغییر توجه که میزان بیش برانگیختگی را کاهش می دهد، ممکن است در کاهش شدت اضطراب مؤثر بوده باشد. همچنین تنیدگی های روان شناختی دیگر مثل رابطه زناشویی، ممکن است نوسان شدت اضطراب در آزمودنی ها را توجیه کند؛ بنابراین لزوم پژوهش های آتی برای آزمون این فرضیه احساس می شود.

۳- ولز و سمبی [۱۷] اشاره کردند که کاربرد تکنیک "تغییر توجه" میزان بیش برانگیختگی را کاهش می دهد؛ به نحوی که مراجع به جای تمرکز بر جنبه های پرخطر محرک های مرتبط با سانحه به جنبه های کم خطر آن توجه کند. کاربرد اختصاصی این تکنیک در جلسات ششم تا هشتم درمان پژوهش حاضر، این کارکرد را به خوبی نشان داد. در این پژوهش آموزش تکنیک "تغییر توجه" در هر سه مراجع، بیشترین تأثیر را روی علائم بیش برانگیختگی داشته است.

این یافته نیز همسو با نتایج ولز و سمبی [۲۱] می باشد که کاهش مشهود علائم بیش برانگیختگی را در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه با استفاده از آموزش تکنیک تغییر توجه گزارش کردند.

یافته های پژوهش حاضر با یافته های فروره، ترنر و بیدل [۳۲]، گرونرت، ماتلوب، سنگر و یوسیف [۳۳] و تولین و فوا [۳۴] که کاهش علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه را متعاقب درمان مواجهه طولانی مدت گزارش کردند و با یافته های رسیسک و شینگ [۳۵] و اهلرز، کلارک، هاگمن، مک مانوس و فنل [۳۶] که کاهش علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه را متعاقب درمان شناختی-رفتاری گزارش کردند، همسو می باشد. با این تفاوت که درمان هایی ذکر شد طولانی مدت و نیازمند داشتن تخصص بالایی است. همچنین برخی از این شیوه های درمانی ماهیت آزارنده داشته و بیماران کمتر آن را تحمل می کنند.

در این پژوهش، درمان فراشناختی به تغییر کلی میزان افسردگی ۵۹ درصد در پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم منجر شد. این یافته با یافته های فوا و همکاران [۳۷] و تولین و فوا [۳۴] که کاهش علائم افسردگی را در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه متعاقب درمان بلند مدت گزارش کردند. و نیز با یافته های رسیسک و شنیک [۳۸] فوا، هرست-ایکدا و پری [۳۹]، بلانچارد و همکاران [۴۰] و اهلرز و همکاران [۳۶] که همگی کاهش علائم افسردگی را در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه متعاقب درمان شناختی-رفتاری گزارش کردند، همسویی دارد. هر چند هدف اصلی درمان فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه، کاهش شدت

- 2- 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. *J Trauma Stress*. 2012; 25(3):241-51.
- 3- Barlow D, Cuthbert B, Foa U, Hallam D, Lang P, Marks I, et al. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull*. 1986; 99(1):23-32.
- 4- Richards DA, Lovell K, Marks IM. Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *J of Traumatic Stress*. 1994; 7(4):669-80.
- 5- Marks I, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55(4):317.
- 6- Haugen PT, Evces M, Weiss DS. Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32(5):370-80.
- 7- Sherman JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress*. 1998; 11(3):413-35.
- 8- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatr*. 2005; 162(2):214-27.
- 9- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)(Review): *Wiley Online Library*; 2007.P. 160-167.
- 10- Steven G. Benish, Zac E. Imel, Bruce E. Wampold. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev*. 2008; 28(5):746-758.
- 11- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry Suppl*. 2007; 190(2):97-104.
- 12- Grunert 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. *Cogn Behav Pract*. 2003; 10(4):333-46.
- 13- Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annu Rev Psychol*. 1997; 48(1):449-80.
- 14- Feeny NC, Foa EB, Treadwell KR, March J. Posttraumatic stress disorder in youth: A critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Prof Psychol Res Pr*. 2004; 35(5):466-76.
- 15- 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:

در پژوهش حاضر، یافته‌های به دست آمده از مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی نشان می‌دهد که گزارش بیماران از میزان ناراحتی کلی خودشان در طی روند درمان کاهش داشته است (۷۹ درصد میزان بهبودی کلی) که با یافته‌های دیگر [۴۲] همسویی دارد. درمان فراشناختی منجر به کاهش علائم اصلی اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌شود اما ممکن است این سؤال مطرح شود که چرا این مدل در کاهش ناراحتی آزمودنی‌ها مؤثر است؟ شاید بتوان جواب این پرسش را این‌گونه مطرح کرد که وقتی مراجعان از تکنیک‌های ذهن آگاهی بی‌طرفانه و به تعویق انداختن نگرانی استفاده می‌کنند، از میزان افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده، نگرانی و نشخوار فکری آنها کاسته می‌شود. کاهش این علائم می‌تواند کاهش ناراحتی را به دنبال داشته باشد؛ برای بررسی این احتمال، شواهد پژوهشی بیشتری لازم است.

این یافته‌ها در وهله‌ی نخست حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی است که همخوان با نتایج تنها پژوهشی است که بر کارایی این رویکرد درمانی در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه تأکید کرد [۱۷] و نیز همخوان با نتایج پژوهش‌هایی می‌باشد که بر کارایی رویکرد درمان فراشناختی در اختلال‌های روانی دیگر، برای مثال، اختلال اضطراب منتشر [۳۱، ۴۳]، اختلال وسواسی-اجباری [۴۴] تأکید کرده‌اند.

در تفسیر و نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش حاضر، لازم است به محدودیت‌هایی مانند کوچک بودن تعداد نمونه‌ی مورد مطالعه، عدم پیگیری ارزیابی‌ها و نبود گروه کنترل، توجه شود. بر این اساس، برای نتیجه‌گیری نهایی تکرار مطالعه‌های موردی متعدد یا انجام پژوهش‌های تجربی با گروه‌های کنترل و نمونه‌های وسیع‌تر پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

از داوطلبانی که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند، همچنین از گروه روانشناسی بالینی بیمارستان روانپزشکی تهران که با همکاری صمیمانه آنها این پژوهش انجام شد، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington American Psychiatric Association, Washington DC; 2000. p. 83-87.

- 30- Byiers BJ, Reichle J, Symons FJ. Single-Subject Experimental Design for Evidence-Based Practice. *Am J Speech Lang Pathol.* 2012; 21(4):397.
- 31- Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2006; 37(3):206-12.
- 32- Frueh BC, Turner SM, Beidel DC. Exposure therapy for combat-related PTSD: A critical review. *Clin Psychol Rev.* 1995; 15(8):799-817.
- 33- Grunert BK, Matloub HS, Sanger JR, Yousif NJ. Treatment of posttraumatic stress disorder after work-related hand trauma. *J Hand Surg Am.* 1990; 15(3):511-5.
- 34- Tolin DF, Foa EB. Treatment of a police officer with PTSD using prolonged exposure. *Behav Ther.* 1999; 30(3):527-38.
- 35- Resick PA, Schnicke MK. Cognitive Processing Therapy for Sexual Assault Victims. *J Consult Clin Psychol.* 1992; 60(5):748-56.
- 36- 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.
- 37- 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.
38. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol.* 1992; 60(5):748.
- 39- Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in Recent Assault Victims. *J Consult Clin Psychol.* 1995; 63(6):948-55.
- 40- 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.
- 41- Paunovic N, Öst L-G. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther.* 2001; 39(10):1183-97.
- 42- Barrera T, Mott J, Hofstein R, Teng E. A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev.* 2013; 33(1): 24-32.
- 43- Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cogn Behav Pract.* 2007; 14(1):18-25.
- 44- Andouz Z. Efficacy and effectiveness of wells' metacognitive model in treating a case of Preliminary Findings. *Behav Ther.* 2012; 43(3):560-569.
- 16- Kilic M. Treatment strategies for post-traumatic stress disorder: need for brief and effective interventions. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 104(6):409-11.
- 17- 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.
- 18- Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M, Kalender D, Acar G. Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: A randomized waiting list controlled trial. *J Trauma Stress.* 2005; 18(1):1-11.
- 19- Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behav Res Ther.* 2012; 50(6):367-73.
- 20- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. New York: Wiley Online Library; 2002. P. 123-131.
- 21- Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cogn Behav Pract.* 2004; 11(4):365-77.
- 22- Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Pers Individ Dif.* 2006; 40(1):111-22.
- 23- Kratochwill TR, Hitchcock JH, Horner RH, Levin JR, Odom SL, Rindskopf DM, et al. Single-case intervention research design standards. *Remedial Spec Educ.* 2013; 34(1):26-38.
- 24- Wolpe J, Lazarus A. Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses. New York: Pergamon Press; 1966.
- 25- Thombs B, Ziegelstein R, Beck C, Pilote L. A general factor model for the Beck Depression Inventory-II: Validation in a sample of patients hospitalized with acute myocardial infarction. *J of Psychosomatic Res.* 2008; 65(2): 115-121.
- 26- Richter P, Werner J, Bastine R, Heerlein A, Kick H, Sauer H. Measuring treatment outcome by the Beck Depression Inventory. *Psychopathology.* 2010; 30(4):234-40.
- 27- Fata L, Birashk B, Atefvahid M, K. D. Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *Iranian J of Psychiatry and Clin Psychol.* 2005; 11(3):312-26.
- 28- Fydrich T, Dowdall D, Chambless DL. Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *J Anxiety Disord.* 1992; 6(1):55-61.
- 29- Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the impact of event scale—revised. *Behav Res Ther.* 2003; 41(12):1489-96.

obsessive-compulsive disorder. iranian j of psychiatry and clin psychol. 2006; 12(1):59-66.

Effectiveness of Metacognitive Therapy in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder: Three Case Studies

Vakili, Y. Ph.D., Fata, L. Ph.D., Habibi, M. *Ph.D.

Abstract

Introduction: The aim of this study is to investigate the effectiveness of a metacognitive based therapy on reducing anxiety and depression symptoms in patients with Post-traumatic Stress Disorder, by using a single case design.

Method: Three consecutive chronic outpatients fulfilling DSM-IV and criteria for PTSD were treated according to Core treatment manual of PTSD. Patients were assessed with a battery of measures, including the Impact Event Scale-Revised (IES-R), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Subjective Units of Distress Scale (SUDs).

Results: The treatment was associated with large reductions in the specific measures of PTSD (IES-R total score), reductions in general measures of anxiety (BAI), depression (BDI-II), distress (SUDs).

Conclusion: The results of these case studies provide further support for the clinical efficacy of metacognitive therapy, and in a different culture than the treatment was originally developed. Although this study is limited by the absence of a control group, these results clearly imply strong and generalized results for metacognitive therapy. The treatment appears therefore promising, although a controlled evaluation of its effectiveness is necessary to draw a definitive conclusion.

Keywords: Metacognitive Therapy, Metacognitive Model, Post-Traumatic Stress Disorder, Anxiety, Depression

*Correspondence E-mail:

Mo_Habibi@sbu.ac.ir