

مرور و تحلیلی بر درمان فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه: یک مطالعه مروری نظام‌دار

سید حسین سلیمی^۱، امیر محسن راه‌نجات^۲، مهدی ربیعی^۳، علی فتحی آشتیانی^۴، پرویز دباغی^۵، وحید دنیوی^۶

چکیده

هدف مقاله حاضر مرور و تحلیل درمان فراشناختی (MCT) به عنوان یکی از مداخلات اثربخش در درمان اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در دو دهه اخیر می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مقاله به روش مقالات مروری نظام‌دار، به بررسی مفروضه‌ها و مداخلات زیربنایی و اساسی درمان فراشناختی (MCT) اختلال استرس پس از سانحه و مطالعات به عمل آمده در زمینه اثربخشی این رویکرد درمانی از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ از طریق پایگاه‌های اطلاع‌رسانی پاب‌مد، الزویر و گوگل اسکولار، می‌پردازد.

نتایج: در MCT، باورهای فراشناختی منفی، پردازش‌های شناختی و توجهی ناکارآمد (نشخوار فکری، فرانگرانی، اجتناب، فرونشانی فکر، پایش مداوم تهدید) به عنوان علت اصلی PTSD تلقی می‌شوند. برخلاف درمان‌های رفتاری - شناختی درمان در MCT شامل مواجهه و بحث و گفتگو پیرامون محتوای شناختی نیست، بلکه درمان و آموزش بیشتر متمرکز بر نوع پردازش و فرایند تفکر است.

بحث و نتیجه‌گیری: درمان فراشناختی رویکرد نو پدیداری است که در نتیجه مدل‌سازی و فرضیه‌آزمایی نظام‌دار بوجود آمده و به فنون مختلفی منجر شده است که اثربخشی آنها در مطالعات علمی نشان داده شده است. این رویکرد در درک و درمان اختلال‌های روانی مختلف به خصوص PTSD بسیار موثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از سانحه، فراشناخت، درمان رفتاری - شناختی، مطالعه مروری

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه^۷ (PTSD) از جمله اختلالات بسیار شایع، مزمن و ناتوان‌کننده روانپزشکی می‌باشد، که بر اساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۸ (DSM-5)، جزء مجموعه تشخیصی اختلالات تروما و وابسته به استرس می‌باشد که می‌تواند پس از مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا ایجاد شده و با چهار خوشه از نشانه‌ها مشخص می‌شود: ۱- مزاحمت‌ها، ۲- اجتناب، ۳- تغییرات منفی در شناخت و خلق و ۴- تغییرات برجسته در برانگیختگی و واکنش‌پذیری. این اختلال غالباً با افسردگی اساسی، سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات سوء‌مصرف مواد و با کیفیت پایین زندگی همراه می‌باشد (۱، ۲ و ۳).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از میزان شیوع بالای این اختلال می‌باشند. به عنوان مثال در یک مطالعه همه‌گیرشناسی گسترده در ایالات متحده آمریکا توسط کسلر و همکاران (۴)، میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال، ۷/۸ درصد برآورد گردید (مردان: ۵ درصد و زنان: ۱۰/۴ درصد). در آمریکای شمالی، میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال تقریباً ۸ درصد برآورده شده است. میزان شیوع یک ساله PTSD در استرالیا و آمریکا بین ۱/۳ درصد (۵) تا ۳/۶ درصد (۶) و میزان شیوع یک ماه آن بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV بین ۱/۵ تا ۱/۸ درصد (۷ و ۸) و بر اساس ملاک‌های ICD-10، 4/3 درصد برآورد شده است (۸).

لذا با توجه به میزان شیوع نسبتاً بالای این اختلال و گنجانده شدن آن به صورت رسمی به عنوان یک مقوله تشخیصی در سومین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-III)، تاکنون مطالعات کنترل‌شده تصادفی بی‌شماری در زمینه ارزیابی درمان‌های مختلف PTSD انجام شده است که اغلب شامل اشکالی از درمان‌های رفتاری - شناختی^۹ (CBT) بوده‌اند. درمان‌های رفتاری - شناختی اثربخش

شامل شناخت‌درمانی، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس^{۱۰} (SIT)، حساسیت‌زدایی با استفاده از حرکات چشم^{۱۱} (EMDR)، مواجهه‌درمانی^{۱۲} (EX) و مواجهه‌درمانی طولانی‌مدت یا ممتد^{۱۳} (PE)، می‌باشند که گاهی اوقات به صورت جداگانه و در زمان‌های دیگر به صورت ترکیبی مورد استفاده قرار می‌گیرند (به عنوان مثال: PE و SIT) (۱). اطلاعات موجود در زمینه اثربخشی درمان رفتاری - شناختی موجب اتفاق نظر بین متخصصین منجمله فوا، داویدسون^{۱۴} و همکاران (۹) برای این نتیجه‌گیری شده که سه فن مواجهه‌درمانی، شناخت‌درمانی و مدیریت

۱- ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... اعظم (عج)، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات فیزیولوژی ورزش، استاد.

۲- ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... اعظم (عج)، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی، دانشجوی دکترای روانشناسی و نویسنده مسئول: arahnedjat@yahoo.com

۳- ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... اعظم (عج)، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی، استادیار.

۴- ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... اعظم (عج)، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی، استاد.

۵- ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی، استادیار.

۶- ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی، استادیار.

7- posttraumatic stress disorder (PTSD)

8- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-Text Revision (DSM-5)

9- cognitive-behavioral therapies (CBT)

10- stress inoculation training- SIT

11- eye movement desensitization and reprocessing - EMDR

12- Exposure Therapy

13- prolonged exposure - PE

14 - Foa, Davidson

اضطراب، به عنوان درمان‌های اثربخش و مفید در درمان PTSD مطرح هستند. به همین نحو، فصل CBT راهنمای تمرین انجمن بین‌المللی مطالعات استرس‌های آسیب‌زا^۱ (۱۰) "توصیه آکیدی بر استفاده از EX در درمان PTSD دارد.

برادلی، گرین، راس، دوترا، وستن^۲ (۱۱) طی مطالعه‌ای از نوع فراتحلیل به شناسایی و مرور ۲۶ مطالعه درمانی مرتبط با PTSD پرداختند که ۴۴ موقعیت درمانی را مورد استفاده قرار دادند که از این ۴۴ موقعیت، ۳۷ موقعیت تحت یکی از عناوین درمان‌های رفتاری - شناختی، طبقه‌بندی می‌شدند (منجمله: حساسیت‌زدایی با استفاده از حرکات چشم) و ۲۳ شرایط کنترل را نیز مورد استفاده قرار دادند (فهرست انتظار یا کنترل فعال مانند مشاوره حمایتی و آرمیدگی). میانگین اندازه اثر، بر اساس تغییرات قبل و بعد از درمان، ۱/۴۳ بود و ۶۷ درصد تکمیل‌کنندگان درمان به هیچ وجه ملاک‌های تشخیص PTSD را در دوره پیگیری نشان ندادند. در مقابل، میانگین اندازه اثر برای کنترل‌های فعال و فهرست انتظار، به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۳۵ بود. بنابراین شواهد کاملاً قانع‌کننده می‌باشند که مداخلات رفتاری - شناختی در درمان PTSD نسبت به شرایط کنترل فعال و فهرست انتظار، مفید و کمک‌کننده هستند (۱۱)

اما علیرغم اینکه اثربخشی درمان‌های رفتاری - شناختی هم در کودکان و در نوجوانان (۲ و ۱۲) و هم در بزرگسالان (۱۱) به خوبی اثبات شده‌اند، اما پژوهش‌هایی وجود دارند مانند مطالعه استالارد^۳ (۱۳) که نشان می‌دهند که هنوز یک سوم بیماران بزرگسال، ملاک‌های تشخیصی PTSD را پس از قطع درمان، پر می‌نمایند و دست کم ۲۰ درصد مبتلایان فرایند درمان را قبل از موعد مقرر، رها می‌نمایند و تعداد زیادی از بیماران هنوز نشانه‌های باقیمانده مهمی را پس از درمان نشان می‌دهند. این آمار و ارقام در کودکان و نوجوانان نیز مشابه می‌باشد. بر طبق نتایج پژوهش زایفرت و بکر (۱۴) بیش از ۴۰ درصد افرادی که با روش مواجهه‌سازی تحت درمان قرار داشتند، درمان را ترک کردند. عده‌ای از بیماران نیز به خاطر ماهیت آزارنده درمان مواجهه‌سازی همکاری لازم را به عمل نمی‌آوردند (۱۵). از نقطه نظر گری^۴ و همکاران (۱۶). این پدیده یک محدودیت جدی روش مواجهه‌سازی به شمار می‌رود. بنابراین اگرچه از درمان مواجهه‌سازی و سایر فنون درمان‌های رفتاری - شناختی، به عنوان خط مقدم درمان PTSD یاد می‌شود اما به دلیل فرایند نسبتاً طولانی و ماهیت آزاردهنده و تکلیف‌محور بودن از حوصله و توان تعدادی از بیماران خارج می‌باشد. برای اینکه روش درمانی بطور وسیع‌تری قابل دسترسی باشد، مداخله‌های درمانی لازم است که در عین کوتاه مدت بودن، ساده‌تر، اثربخش‌تر و کمتر آزاردهنده باشند (۱۵). علاوه بر این، نتایج پژوهش‌ها (۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰) نشان می‌دهند 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 منجمله PTSD درگیر هستند که نیاز به توجه و

مطالعه دارند.

با توجه به مطالب فوق، یک نیاز و ضرورت برای تاکید بر درمان‌های جدید، مختصر و اثربخش وجود دارد. پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد (۲۱ و ۲۲). که مدل درمانی فراشناختی^۵ (MCT) یکی از این مداخله‌ها است. درمان فراشناختی که کمتر از دو دهه از عمر آن می‌گذرد به انقلابی در درمان اختلال‌های هیجانی منجر شده است (۲۲ و ۲۳). در جریان رشد و بالندگی درمان‌های شناختی و رفتاری، زمانی فرا رسید که پژوهش‌ها نشان داد در درمان باید به جای محتوا به فراشناخت‌هایی پرداخت که پردازش محتوا را مدیریت می‌کنند. به این ترتیب، فنون فراشناختی ابداع شد.

مواد و روش‌ها

این مقاله به روش مقالات مروری نظام‌دار، به بررسی مطالعات به عمل آمده در زمینه اثربخشی رویکرد درمانی فراشناخت از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ از طریق پایگاه‌های اطلاع‌رسانی پابمد، الزویر و گوگل اسکولار با کلیدواژه‌های اختلال استرس پس از سانحه و درمان فراشناختی پرداخته است.

تاریخچه درمان فراشناختی

اصطلاح فراشناخت اولین بار توسط فلاول^۶ در دهه ۱۹۷۰ مطرح گردید و آن را به این صورت تعریف نمود: "هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد". بعدها در دهه ۱۹۹۰ ولز اقدام به رشد و تدوین رویکرد درمان فراشناختی (MCT) برای بزرگسالان مبتلا به اختلالات هیجانی مانند اختلال اضطراب تعمیم‌یافته^۷ (GAD) و اختلال وسواس فکری - عملی^۸ (OCD) نمود و همچنین در اوائل سال ۲۰۰۰ شروع به استفاده از آن در درمان مبتلایان PTSD نمود. برخلاف CBT در درمان فراشناختی، محتوای شناختی مورد بحث نیست بلکه پردازش‌های شناختی (فراشناخت‌ها) و ارزیابی به عمل آمده از آنها، مورد توجه می‌باشد (۲). از دیدگاه ولز برخی از جنبه‌های خاص فراشناخت با اختلالات روانشناختی رابطه دارد (۱۵ و ۲۲).

این رویکرد درمانی بر این فرضیه استوار است که مقاومت در برابر تغییرات محتوای شناختی یکی از ویژگی‌های طبیعی پردازش اطلاعات می‌باشد و این مقاومت نشان‌دهنده این می‌باشد که محتوای منفی در هر ذهن سالم و بیمار به نسبتی وجود دارد و نشان‌دهنده بیماری نیست و تلاش

1- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)

2- Bradley, Greene, Russ, Dutra, Westen

3- Stallard

4- Grey

5- Meta Cognitive Therapy - MCT

6- Flavel

7- generalized anxiety disorders (GAD)

8- obsessive-compulsive disorders-OCD

برای حذف آنها معمولاً با موفقیت همراه نیست و به جای تاکید بر تغییر محتوا، بهتر است بر تغییر فراشناخت‌ها تاکید و تمرکز شود (۱۵ و ۲۲) فراشناخت به کاربرد شناخت برای شناخت یا فرایند تفکر درباره تفکر عطف می‌شود و ممکن است به عنوان هر دانش یا فرایند شناختی تعریف شود که در فرایند ارزیابی، کنترل و پایش تفکر درگیر می‌باشند (۲۲). فراشناخت یک مفهوم چندوجهی می‌باشد و بین دانش فراشناختی که شامل اطلاعات و باورهای افراد درباره تفکرشان و راهبردهایی که آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهند با تنظیم فراشناختی که شامل راهبردهای مورد استفاده جهت تغییر و کنترل افکار می‌باشد، یک تمایز اساسی را بوجود می‌آورد. رویکرد درمانی فراشناختی به توصیف عوامل شناختی و فراشناختی عام زمینه‌ساز و تداوم‌بخش اختلالات روانشناختی و آسیب‌پذیری‌های هیجانی می‌پردازد. در این رویکرد درمانی استدلال می‌شود که اختلال با یک سبک غیراختصاصی تفکر که اصطلاحاً سندرم شناختی - توجهی^۱ (CAS) نامیده می‌شود، همراه است. این سندرم شامل یک سبک تفکر تکرار شونده و مشکل‌زا به صورت نشخوار فکری^۲ و فرانگرانی^۳، سبک توجهی پایش تهدید، محدودیت‌های منابع شناختی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای می‌باشد که در تغییر و اصلاح باورهای منفی ناتوان می‌باشند. اگرچه فرد برای مقابله با ناهماهنگی ادراک شده و تنظیم هیجان‌های منفی از سندرم شناختی - توجهی استفاده می‌نماید اما در درازمدت نتیجه معکوس دارد و منجر به تداوم اختلال هیجانی می‌شود. بر اساس این مدل، این سندرم توسط باورهای فراشناختی مثبت و منفی فعال و کنترل می‌شود و در همه اختلالات هیجانی موجود قابل شناسایی می‌باشد ولی شکل آن فرق می‌کند و یکی از مولفه‌های اساسی درمان فراشناختی، حذف یا به حداقل رساندن این سندرم می‌باشد که در ادامه مقاله ضمن بیان مفروضه‌های اساسی، فرایند و مداخلات درمان فراشناختی PTSD، این موضوع برجسته‌تر خواهد شد (۲۴ و ۲۵).

مفروضه‌های بینادی درمان فراشناختی PTSD

از منظر این دیدگاه افراد مبتلا به PTSD درگیر یک فرایند خوداصلاحی جهت سازگاری و ترمیم اثرات روانی و عاطفی آسیب روانی می‌باشند. اما سبک شخصی از تفکر و پاسخ‌های مقابله‌ای به دنبال آسیب روانی می‌تواند با فرایند خوداصلاحی تداخل و منجر به تداوم علائم و ابتلاء به PTSD شود. این فرایند خوداصلاحی، "فرایند انطباق بازتابی"^۴ (RAP) نامیده می‌شود (۲۲ و ۲۳). هدف از "فرایند انطباق بازتابی"، ایجاد مجموعه‌ای از برنامه‌های درونی است که می‌تواند به سرعت برای هدایت شناخت و عمل در مواجهه با تهدیدهای آتی، فراخوانده شود. این فرایند شامل اعمال نفوذ بر شناخت و عمل از طریق دخالت پردازش‌های سطح پایین‌تر می‌باشد. به عنوان مثال، افکار مزاحم درباره آسیب بی‌درنگ، فرد را برای اجرای شبیه‌سازی‌ها برای مقابله با تهدید آماده می‌نمایند که بدان وسیله منجر به کارکردهایی برای برنامه‌های کنترل رفتاری می‌شود. به این ترتیب واکنش‌های از جا پریدن مکرر^۵ و توجه سوگیرانه^۶ منجر به

تقویت برنامه‌های کنترل توجه می‌شود. این فرایند به طور معمول در طول زمان بدون مانع، پیشرفت می‌نماید، با این حال، علائم PTSD زمانی مقاوم می‌شوند که پردازش‌ها و راهبردهای مقابله‌ای شخصی با "فرایند انطباق بازتابی" تداخل می‌نماید. یک سبک خاص از تفکر که "سندرم شناختی - توجهی" (CAS)، نامیده می‌شود، باعث اختلال در این فرایند و تداوم علائم می‌شود (۲۶).

بر طبق رویکرد فراشناختی، هسته اصلی این اختلال، "سندرم شناختی - توجهی" (CAS) می‌باشد، این سندرم شامل پردازش‌های شناختی خاص اختلال (حالت‌های تکرار شونده تفکر مانند نشخوار فکری یا فرانگرانی)، تلاش‌های ناکارآمد برای پیدا کردن راه‌حل (مانند اجتناب) و پردازش‌های توجهی ناکارآمد (مانند توجه انتخابی به خطرات ادعا شده) می‌باشد. فرضیه‌های ذیل در زمینه پیدایش و درمان اختلال استرس پس از سانحه تدوین شده‌اند: نشانه‌های شدید مانند اضطراب، بی‌خوابی، آشفتگی‌های خواب و... در روزهای نخست پس از رویداد آسیب‌زا کاملاً طبیعی می‌باشند، اما معمولاً خیلی زود فروکش می‌نمایند. مغز روش‌هایی را برای دفاع از خودش در مقابل تکرار و از نو شدن تروما، بوجود می‌آورد (فرایند انطباق بازتابی). این کار در ابتدا شامل پردازش‌های ضمنی و خودکار می‌باشد. چگونگی سازگاری موفقیت‌آمیز به چگونگی تفکر شخص، تلاش‌های فرد برای کنار آمدن و چگونگی ارزیابی فرد بستگی دارد (۲۰ و ۲۳).

فرایند ابتلاء به اختلال استرس پس از سانحه از منظر رویکرد فراشناختی

۱- نشخوار فکری و فرانگرانی: افراد بطور 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 بیافتد نگران شوند. این پردازش‌ها از طریق ارزیابی‌های فراشناختی مثبت و منفی می‌تواند تشدید و تداوم یابند. باورهای فراشناختی مثبت، یعنی دید و نگاه مثبت افراد 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. برای مثال "من نیاز به درک این موضوع دارم که چرا این اتفاق برای من حادث شده است" باورهای فراشناختی مثبت باعث افزایش میزان نگرانی و نشخوار فکری می‌شود. فراشناخت‌های منفی عموماً به دنبال افزایش نگرانی و نشخوار فکری اتفاق می‌افتد، فرد تصور می‌کند که دیگر ذهن‌اش از کنترل خارج شده و دارد دیوانه

1- cognitive-attentional syndrome-CAS

2- rumination

3- Meta worry

4- Reflexive Adaptation Process (RAP)

5- Startle reactions

6- bias attention

می‌شود، این نوع نگاه و باور باعث می‌شود که فرد از نگرانی‌های خود بترسد و نگران‌تر شود. به عبارت دیگر در شرایط تروما نگرانی که امری طبیعی است تبدیل به فرآنگرانی می‌شود (۲ و ۲۰). به دنبال فرآنگرانی افراد راهبردهایی را برای کاهش اضطراب ناشی از فرآنگرانی استفاده می‌کنند.

۲- گوش به زنگی: تعدادی از مردم آسیب‌دیده، بر خطرات بالقوه یا مشکوک متمرکز می‌شوند، در نتیجه قربانیان تصادفات رانندگی متمرکز بر ماشین‌هایی می‌شوند که به سرعت در حال عبور هستند، قربانیان خشونت، مراقب حضور مجرم در پیرامون خودشان می‌باشند. آنها این کار را برای تشخیص هرچه سریع‌تر خطرات بالقوه و قادر بودن جهت رسیدن به امنیت و ایمنی انجام می‌دهند. بهر حال این "راهبرد ایمنی" منجر به تداوم یک حالت هشدار و عدم اطمینان و عدم قطعیت می‌شود (۲ و ۲۰).

۳- اجتناب: همچنین اجتناب از محرک‌های همراه شده با رویداد آسیب‌زا (مکان، افراد، ارتباطات و...) به عنوان یک راهبرد ایمنی ناکارآمد مورد استفاده قرار می‌گیرد. افراد درگیر اجتناب همچنین از فرونشانی خاطرات مرتبط با رویداد آسیب‌زا استفاده می‌نمایند (بوسیله حواس پرتی). بهر حال عموماً فرونشانی افکار مزاحم، موفقیت‌آمیز نمی‌باشد و تقریباً منجر به مزاحمت‌هایی می‌شود که خودشان را حتی با شدت بیشتری نشان می‌دهند که اثر برگشت دوباره^۱ نامیده می‌شود (۲ و ۲۱). علاوه بر این، افراد برای کاهش اضطراب ناشی از فرآنگرانی و باورهای فرآشناختی منفی از راهبردهای کنترل فکر مانند، سرکوبی، حذف، کنترل فکرهای منفی نیز استفاده می‌کنند که معمولاً نتیجه عکس دارد (۲۱، ۲۷، ۲۸ و ۲۹).

فرایند درمان

جلسات درمان فرآشناختی معمولاً به صورت هفتگی است. درمان اغلب کوتاه‌مدت است. طول جلسات اولیه معمولاً ۴۵ تا ۶۰ دقیقه است. پس از آنکه بیمار موفق به اجرای موثر فنون فاصله گرفتن از ذهن آگاهی و کنترل نگرانی/نشخوار فکری شد، مدت جلسات درمانی می‌تواند به ۳۰ تا ۴۰ دقیقه کاهش یابد. در ارزشیابی‌های به عمل آمده از اثربخشی درمان، ۸ تا ۱۱ جلسه برای رسیدن به وضعیت بدون اختلال استرس پس از سانحه لازم است. فرایند درمان یک رشته متوالی است. مراحل متوالی درمان اختلال استرس پس از آسیب به شرح زیر است:

۱- مفهوم‌سازی موردی، ۲- آماده‌سازی بیمار برای شروع درمان، ۳- ارائه منطق درمان، ۴- آموزش فنون فاصله گرفتن از ذهن آگاهی یا ذهن آگاهی گسلیده ۵- به تعویق انداختن نگرانی و متوقف ساختن پر کردن شکاف حافظه، ۶- چالش با باورهای فرآشناختی درباره کنترل ناپذیری، ۷- تغییر توجه، ۸- تقویت برنامه‌های پردازشی جدید و ۹- پیشگیری از عود. که این مراحل در قسمت مداخلات اساسی درمان فرآشناختی به صورت خلاصه بر جسته شده است (۲۲).

درمان بر اساس این مدل نیازی به مواجهه‌سازی تجسمی، تسکین و یا بازسازی افکار و باورهای مربوط به رویداد آسیب‌زا ندارد. در عوض، تمرکز

بر حذف سبک‌های تفکر ناسازگارانه (CAS) می‌باشد بطوریکه "فرایند انطباق بازتابی" تسهیل شود. چگونه این کار تحقق می‌یابد؟ اول از همه، یک مدل فرآشناختی برای اختلال و یک مدل برای تغییر به صورت توأمان با همکاری درمانگر و بیمار تدوین می‌شود. درمانگر درباره دوره اخیر تری می‌پرسد که بیمار در آن دوره از نشانه‌های اش رنج می‌برده است. بعد از بیمار در مورد نشانه‌های اش (ترس، اجتناب، مزاحمت‌ها و...) و اقدامات و تلاش‌های اش برای کاهش آنها سوال می‌شود. این نوع راه‌حل‌های اتخاذ شده منجر به شکل‌گیری CAS (فرونشانی افکار، نشخوار، نگرانی و توجه انتخابی به منابع بالقوه خطرناک) می‌شود. برای هر کدام از این راه‌حل‌های اتخاذ شده، پرسش‌هایی درباره فرآشناخت‌های مثبت (به عنوان مثال، "در صورتی که شما افکار تان را سرکوب نکنید، بدترین چیزی که ممکن است اتفاق بیافتد، چه چیزی است؟") و باورهای فرآشناختی منفی پرسیده می‌شود (به عنوان مثال، چه چیز وحشتناکی در مورد آن وجود دارد که شما اغلب اوقات به آن فکر می‌نمایید؟) به هنگام بحث پیرامون مدل تغییر، این موضوع مورد تأکید واقع می‌شود که مزاحمت‌ها، گوش به زنگی‌ها، فلاش‌بک‌ها، عصبانیت‌ها و... واکنش‌های طبیعی به یک رویداد غیرطبیعی می‌باشند (۲، ۲۰ و ۲۲).

بر اساس "استعاره شفا"^۳ درمانگر توضیح می‌دهد که چگونه اقدامات قبلی برای پیدا کردن یک راه‌حل مانع بهبودی شده‌اند: بهبودی از آسیب‌های روانشناختی شبیه بهبودی از یک زخم جسمانی می‌باشد. آن به خودی خود بهبود می‌یابد. گاهی اوقات خارش پیدا می‌کند، اما شما نباید آن را بخارنید، چون باعث ایجاد تاخیر در فرایند التیام زخم می‌شود. یک زخم عاطفی بهتر التیام خواهد کرد اگر شما به سادگی به آن زخم اجازه التیام بدهید و این التیام بوسیله نشخوار و نگرانی بیش از اندازه شما و تلاش تان جهت اجتناب از افکار خاص و تمرکز بر خطرات احتمالی، مختل خواهد شد. هدف درمان کاهش این نوع واکنش‌های آسیب‌زا به زخم عاطفی می‌باشد (۲، ۲۰ و ۲۲).

آزمایش "فرونشانی افکار"^۳ برای نشان دادن اثرات متناقض فرونشانی فکر مورد استفاده قرار می‌گیرد (برای مثال، الان برای مدت یک دقیقه به خرگوش صورتی که روی سر من نشسته فکر نکنید). به عنوان یک نتیجه، بیماران باید شیوه دیگری برای کنار آمدن با خاطرات استرس‌زا مرتبط با رویداد آسیب‌زا با نام "فاصله گرفتن از ذهن آگاهی"^۴ (DM) را یاد بگیرند. آنها باید آگاهی زیادی از افکارشان بدون تمرکز روی آنها داشته باشند: "این فقط یک فکر است، من به آنها اجازه می‌دهم و لازم نیست که خیلی در مورد آنها نگران باشم". استعاره‌هایی که این رویکرد را توضیح می‌دهند شامل: استعاره ابرهای در حال حرکت در آسمان، استعاره قطار مسافری، زنگ تلفنی که یک شخص قطعاً آن را می‌شنود، اما پاسخی به آن نمی‌دهد، می‌باشند. تا به حال، این خاطرات آسیب‌زا

1- rebound effect

2- healing metaphor

3- thought suppression

4- detached mindfulness-DM

باعث پردازش‌های فکری تکرار شونده‌ای می‌شدند (نشخوار و فرانگرانی) که بوسیله بیماران به صورت غیرقابل کنترل تجربه می‌شدند. اکنون آنها کنترل این نوع پردازش‌ها و به تعویق انداختن نشخوار و نگرانی را یاد می‌گیرند. این نباید بیش از ۱۵ دقیقه به طول بیانجامد. در طول آن زمان، بیمار می‌تواند نگران باشد یا نشخوار فکری نماید اما استفاده از زمان تفکر یا نگرانی، الزامی نیست اگر احساس کند که نیازی به آن ندارد. فاصله گرفتن از ذهن آگاهی و تعویق نشخوار و نگرانی باید به تمامی افکار فشارزا و پردازش‌های فکری تکرار شونده، تعمیم یابد. "فاصله گرفتن از ذهن آگاهی" جزء نسبتاً کوچکی از درمان است، اما آن در ایجاد یک حالت مناسب از پردازش، پیشرفت کنترل اجرایی و از بین بردن درج‌ماندگی شناختی^۱ به شکل فرانگرانی / نشخوار فکری نقش مهمی دارد (۲، ۲۰ و ۲۲).

گام بعدی، حذف اقدامات راه‌حلی ناکارآمد می‌باشد (اجتناب از محرک‌های همراه شده با رویداد آسیب‌زا، مکان‌ها، موقعیت‌ها، افراد، مصرف الکل و مواد مخدر برای کاهش اضطراب و...). در این فرایند، باورهای فراشناختی مثبت و منفی مانند مزایا و معایب این نوع راهبردها به دقت مورد بررسی و موشکافی قرار می‌گیرند. برای مثال، بیماران اغلب اجتناب (از موقعیت‌ها، افراد و مکان‌ها که یادآورنده رویداد آسیب‌زا برای آنها می‌باشند) را برای فراموش کردن رویداد آسیب‌زا یا برای کسب احساس ایمنی مورد استفاده قرار می‌دهند. بهرحال با اجتناب، به هیچ وجه رویداد آسیب‌زا فراموش نمی‌شود و نشانه‌های مربوطه باعث تداوم اضطراب می‌شوند. وقتی بیمار موفق به شناسایی اثرات منفی این نوع راهبردها شد، به او آموزش داد می‌شود که چگونه از شر این نوع راهبردهای ناکارآمد خلاص شود (۲، ۲۰ و ۲۲).

جهت کاهش گوش به زنگی، راهبردهای تغییر توجه مورد استفاده قرار می‌گیرند. دو نوع راهبرد توجه به صورت مشکل‌زا در نظر گرفته می‌شوند: تمرکز بر منابع درونی تهدید (احساسات و تغییرات جسمی) و منابع بیرونی تهدید. تغییر منظم توجه، یک مولفه مهم در MCT می‌باشد زیرا راهبردهای توجهی مشکل‌زا منجر به افزایش اضطراب و در نتیجه افزایش گوش به زنگی می‌شوند (۲، ۲۰ و ۲۲).

وقتی بیمار اثرات منفی گوش به زنگی را درک نمود، او برای چگونگی پایش توجه آگاهانه و تغییر آن آموزش می‌بیند. او باید دوباره فعالیت‌های روزانه‌اش را از سر بگیرد و تا آنجا که ممکن، معقول و غیرتهدیدآمیز می‌باشد، با موقعیتی که حادثه آسیب‌زا در آن اتفاق افتاده، مواجهه شود. به جای گوش به زنگی به خطرات احتمالی، او باید توجه خودش را بیشتر به نشانه‌های ایمنی - نه به عنوان یک راهبرد اجتنابی - هدایت نماید، همانگونه که سایر افراد غیرمبتلا به PTSD انجام می‌دهند. گوش به زنگی یک فرد قربانی تصادف رانندگی اغلب معطوف به ماشین‌هایی است که با سرعت در حال نزدیک شدن می‌باشند. قربانی خشونت بیشتر روی افراد بالقوه خطرناک تمرکز می‌نماید (یا ظاهراً خطرناک). آنها باید یاد بگیرند که بیشتر به جنبه‌های غیرتهدیدآمیز محیط توجه نمایند. اگر بیماران بیشتر به علائم درونی خطر توجه می‌نمایند (مانند آنچه که

بیماران مبتلا به وحشتزدگی انجام می‌دهند)، آنها باید یاد بگیرند که روی دنیای بیرونی تمرکز نمایند (هم‌نوعانش یا کاری که در دست انجام دارد). تغییر توجه باید در طول جلسات درمان تمرین شوند و در برخی از موقعیت‌های مختلف که امکان دارد، تداوم یابد. درمانگر ممکن است ابتدا از بیمار بخواهد که در اتاق انتظار بنشیند و روی توجه‌اش بر جنبه‌های مختلف محیط تمرکز نماید که نشان‌دهنده یک مکان امن می‌باشد. بعد در صورت نیاز آنها می‌توانند با همراهی درمانگر این کار را انجام بدهند، مانند قدم زدن در محله و تمرکز روی نشانه‌های ایمنی که در آنجا وجود دارد. نهایتاً تمرکز روی جنبه‌های طبیعی محیط (مانند رنگ‌ها) تمرین خواهد شد، جنبه‌هایی که هیچ ربطی به مفاهیم و جنبه‌های خطر و ایمنی ندارند (۲، ۲۰ و ۲۲).

قبل از پایان درمان، CAS تا آنجا که امکان دارد باید بطور کامل حذف شود. در پایان کار، درمانگر و بیمار به طور مشترک روی خلاصه‌ای کار می‌نمایند که به توصیف چگونگی واکنش‌های قبلی بیمار به خاطرات فشارزا و نوع پردازش‌های فکری و توجهی مورد استفاده و راهبردهای جایگزین و شیوه‌های ارزیابی که آنها در طول درمان یاد گرفته‌اند، می‌پردازد (۲، ۲۰ و ۲۲).

شواهد تجربی مبتنی بر اثربخشی درمان فراشناختی

یافته‌های اولیه‌ای در زمینه اثربخشی MCT برای بزرگسالان مبتلا به PTSD در دسترس می‌باشند. در یک کارآزمایی باز، نخست ۶ بیمار و بعد ۱۲ بیمار مبتلا به PTSD مزمن، بهبودهای معنادار زیادی را در نشانه‌های PTSD، اضطراب و افسردگی، بعد از ۸/۵ جلسه هفتگی نشان دادند (۲۲ و ۲۴). در یک مطالعه از نوع فهرست انتظار به عنوان گروه کنترل با ۲۰ بیمار، اثرات قابل توجهی در رابطه با نشانه‌های PTSD، تجارب افسردگی، وحشت، بعد از ۶/۴ جلسه وجود داشت (کولبر^۱ و ولز در حال آماده شدن). ۷۸ درصد بیماران که فرایند درمان را تکمیل نموده بودند، بهبودی‌های معنادار مهمی را مطابق با ملاک‌های بهبودی جاکوبسن نشان دادند (۲). در یک مطالعه کنترل شده تصادفی، پروکتور (۳۰) نشان داد که MCT واقعاً نسبت به مواجهه‌درمانی، برتر و اثربخش‌تر می‌باشد. استفاده از ملاک‌های جاکوبسن نشان داد، ۶۴ درصد از بیماران گروه مواجهه‌درمانی و ۸۲ درصد از بیماران گروه درمان فراشناختی، درمان شده بودند.

ولز و همکارانش (۲۶) طی پژوهشی به شیوه آزمایشی باز به بررسی اثربخشی درمان PTSD مزمن با روش فراشناخت می‌پردازند. در این پژوهش، تغییر سبک‌های ناسازگارانه نگرانی، توجه و نشخوار فکری مورد توجه قرار گرفت که مانع انجام پردازش هیجانی خود به خود می‌شد. نتایج درمان، حکایت از بهبودهای معنادار روی تمامی علائم PTSD، اضطراب و افسردگی داشت. از نظر آماری بهبودهای درمانی در دوره‌های پیگیری ۳ ماه و ۶ ماه تداوم معناداری داشت. ملاک‌های جاکوبسن

1- cognitive perseveration

2- Colbear

بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر یک مرور منظم بر درمان فراشناختی PTSD بود که با روش مطالعه مروری سعی شد این هدف حاصل شود. درمان فراشناختی از جمله درمان‌های موج سوم و از روش‌های درمانی غیردارویی کوتاه‌مدت موجود است که در دو دهه اخیر رشد سریع و کارآمدی در درمان PTSD داشته است. این درمان در عین کوتاه‌مدت بودن و ساده‌تر بودن، نسبت به درمان‌های مواجهه‌سازی، کمتر ماهیت آزاردهنده دارد. این مدل درمانی به دلیل محدودیت‌هایی مانند فرایند نسبتاً طولانی، ماهیت آزاردهنده و تکلیف محور بودن و... بوجود آمد که در سایر درمان‌های PTSD منجمله درمان‌های رفتاری - شناختی کاملاً مشهود بودند. عقیده اصلی در نظریه فراشناختی اختلالات روانشناختی این است که باورهای ناکارآمد درباره شناخت که تشکیل دهنده فراشناخت‌ها می‌باشند، پایه و اساس رشد و تداوم مشکلات بالینی می‌باشند. به طور اخص، باورها درباره تفکر مداوم و پایدار و کنترل ناپذیری و خطر افکار منجر به الگویی از تفکر می‌شود که تحت سلطه فرانگرانی، نشخوار فکری، تمرکز روی تهدید و فرایندهای کنترل فکری زیان‌بار می‌باشد. در نتیجه، احساس تهدید و پایداری تفکر، باعث تداوم هیجانات منفی می‌شود.

در این رویکرد، فراشناخت‌ها، عوامل علی عام در پیش‌بینی ایجاد و رشد دامنه وسیعی از اختلالات روانشناختی می‌باشند. اگرچه مدل‌های مختلف فراشناختی، مولفه‌های خاصی را مرتبط با اختلالات روانشناختی فرد مطرح می‌نمایند، اما مرکز ثقل همه مفهوم‌سازی‌های فراشناختی، تاکیدشان بر باورها و دانشی است که افراد درباره الگوی فکری‌شان دارند. به طور خاص، فراشناخت‌ها به شکل باورهای مثبت و منفی درباره تفکر (به عنوان مثال، "من باید جهت آماده بودن، نگران باشم"، "من قادر به کنترل افکارم نمی‌باشم") و توجه انتخابی به کارکرد وقایع شناختی درونی می‌باشند که به عنوان هدف کلی در نظر گرفته می‌شوند که پردازش اطلاعات و تداوم روال پردازش‌های ناکارآمدی را هدایت می‌نمایند که منجر به اختلالات هیجانی می‌شوند.

درمان بر اساس رویکرد فراشناختی به جای تمرکز بر محتوای شناختی که در درمان‌های رفتاری - شناختی مورد تاکید می‌باشد، شامل مکانیزم‌ها و راهبردهای مقابله‌ای می‌باشد که مانع پردازش طبیعی رویداد آسیب‌زا می‌گردند. این درمانی پیشنهاد می‌کند که حذف فرانگرانی و نشخوار فکری، راهبردهای توجهی ناکارآمد و افزایش انعطاف‌پذیری فراشناختی، منجر به افزایش پردازش طبیعی و بازگشت به شناخت بهنجار می‌گردد. شواهد اولیه گروه کاری ولز و سایر مطالعات تصادفی کنترل شده از اثربخشی این مدل در درمان PTSD امیدوارکننده می‌باشد. در نهایت می‌توان گفت که درمان فراشناختی رویکرد نو پدیداری است که در نتیجه مدل‌سازی و فرضیه‌آزمایی نظام‌دار بوجود آمده و به فنون مختلفی منجر شده است که اثربخشی آنها در مطالعات علمی نشان داده شده است.

برای بهبودی، نشان داد که ۹۰ درصد بیماران پس از درمان، بهبودی قابل ملاحظه‌ای داشتند. در پیگیری ۶ ماهه، ۸۹ درصد آنان بهبودی‌شان را حفظ نموده بودند. در کل نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌نماید که درمان فراشناخت می‌تواند از اثربخشی بالا و قابلیت کاربرد وسیع در درمان PTSD مزمن مقاوم به درمان داشته باشد.

بنت^۱ و ولز (۲۵) طی پژوهشی به بررسی نقش باورهای فراشناختی، درهم‌ریختگی حافظه، نشخوار فکری و باورها درباره خاطرات آسیب‌زا در پیش‌بینی PTSD پرداختند. یک نمونه ۹۵ نفری از دانشجویان پرستاری و مامایی به توصیف و شرح خاطرات خودشان در مورد رویدادهای آسیب‌زایی پرداختند که در طول دوران کاری‌شان، تجربه نموده بودند. همبستگی پیرسون و تحلیل‌های سلسله‌مراتبی و میانجی برای تحلیل اطلاعات مورد استفاده قرار گرفتند. باورهای فراشناختی در مورد خاطرات آسیب‌زا اما نه درهم‌ریختگی حافظه در مدت روایت تروما، یک سهم مهمی از واریانس نشانه‌های PTSD را پیش‌بینی می‌کرد. مطابق مدل فراشناختی PTSD، استفاده از نشخوار فکری، رابطه بین باورها در مورد خاطرات آسیب‌زا و نشانه‌های PTSD را میانجی‌گیری می‌نماید. یافته‌های این پژوهش یک حمایت مقدماتی از نقش فراشناخت در تداوم نشانه‌های PTSD و اهمیت موضوع فراشناخت فراهم نمود.

راسیس^۲ و ولز (۳۱) طی مطالعه‌ای به بررسی نقش مدل فراشناختی PTSD ولز در زمینه پیش‌بینی رابطه بین نشانه‌های استرس و کنترل ناسازگارانه افکار پرداختند. آنها این فرضیه را آزمون نمودند که تمایل به استفاده از نگرانی به معنی کنترل افکار است که بطور مثبت، نشانه‌های استرس را پیش‌بینی می‌نماید. ۱۱۰ نفر دانشجو در یک دوره ۳ ماهه، ۲ بار مورد ارزیابی قرار گرفتند. مطابق پیش‌بینی‌کننده‌ها، استفاده از نگرانی به عنوان یک راهبرد کنترل فکر، نقشی مستقل و مهم در پیش‌بینی نشانه‌های استرس داشت. یافته‌های این پژوهش حمایت بیشتری را از مدل فراشناختی ولز در زمینه واکنش‌ها به استرس فراهم نمود.

والسون^۳ (۳۲) در یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی به بررسی و مقایسه اثربخشی درمان جدید فراشناخت با مواجهه‌درمانی با شرایط گروه کنترل در حال انتظار، در کاهش علائم PTSD پرداخت. ۳۲ نفر شرکت‌کننده در این پژوهش، بالای ۱۸ سال سن داشتند و دارای علائم PTSD مزمن بودند که بیش از ۳ ماه از ابتدای آنان به PTSD می‌گذشت. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در گروه‌های درمانی فراشناخت، مواجهه‌درمانی و گروه کنترل در حال انتظار، جایگزین شدند. دوره درمان در گروه‌های آزمایشی شامل ۸ جلسه درمان فراشناختی و یا ۸ جلسه مواجهه‌درمانی بود. فرض شده بود که تغییر در باورهای فراشناخت، بهترین پیش‌بینی‌کننده نتایج درمان نسبت به تغییر خاطرات مربوط به رویداد آسیب‌زا است. نتایج حکایت از تغییرات آماری معنادار توسط هر دو شیوه درمانی در باورهای فراشناخت داشتند. در کل نتایج این پژوهش حکایت از این موضوع داشتند که تغییر باورهای فراشناخت، یک مکانیزیم مهم در درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه است.

1- Hazel Bennett

2- Panos Roussis

3- Walton

chiatry. 2005; 162:214-227.

12- Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C, Burns BJ, Kolko DJ, Putnam FW, Amaya-Jackson L: Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008; 37:156-183.

13- Stallard P: Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: a review of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2006; 895-911.

14- Zayfert, C., & Becker, C. B. Implementation of empirically supported treatment for PTSD: Obstacles and innovations. *The Behavior Therapist.* 2000; 23: 161-168.

15- 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.

16- Grey N (Ed): *A Casebook of Cognitive Therapy for Traumatic Stress Reactions.* East Sussex, Rout ledge, 2009.

17- Rabiei, Mehdi; Mulkens, Sandra; Kalantari, Mehrdad; Molavi, Hossein; Bahrami, Fatemeh. Meta cognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 2012; 43: 724-29.

18- Fisher, P. L., & Wells, A. Meta cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2008; 39: 117-132.

19- Fisher, P. L. (2009). Obsessive compulsive disorder: a comparison of CBT and the Meta cognitive approach. *International Journal of Cognitive Therapy.* 2009; 2: 107-22.

20- Wells A: "Met cognitive Therapy for Anxiety and Depression" New York, Guilford, 2009.

21- Wells A: *Emotional Disorders and Meta cognition: Innovative Cognitive Therapy.* Chichester, UK, Wiley, 2000.

22- Wells, Adrian, Editor. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression.* Translated By: Mohammadkhani, shahram. Tehran: Varaydanesh Publication; 2009. [Persian]

23- Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *J BEHAV THER EXP PSY.* 2004; 35(4):307-18.

24- Wells, Adrian. "Cognition about Cognition: Meta cognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia". *Journal of Cognitive and Behavioral Practice.* 2007; 14: 18-25

25- Bennett, Hazel and Wells, Adrian. "Meta cognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms". *Journal of Anxiety Disorders.* 2010; (24)3: 318-325

26- 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.

27- Bennett SA, Beck JG, Clapp JD. Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *BEHAV RES THER.* 2009; 47(12):1018-23.

این رویکرد در درک و درمان اختلال‌هایی مانند اختلال اضطراب فراگیر، استرس پس از آسیب، اختلال وسواس فکری و عملی، اضطراب اجتماعی و افسردگی بسیار موثر بوده است. همچنین اولین تجارب بالینی در درمان کودکان و نوجوانان مثبت می‌باشد و بازبینی‌های تجربی تدریجی زیادی برای بررسی قابلیت اجرا، پذیرش و اثربخشی این مدل درمانی، طراحی و در حال اجرا می‌باشند (۲۲، ۲۳، ۲۶ و ۳۳). مطالعه حاضر فقط به صورت مروری انجام شد و پیشنهاد میشود که برای اطمینان بالا مطالعه نظامدار همراه با مطالعه فراتحلیل هم باشد تا نتیجه گیری و تعمیم پذیری بالایی پیدا کند. همچنین لازم است برای پیشنهادها نواورانه، مطالعات مروری مبتنی بر شواهد و انتقادی- حکایتی هم صورت گیرد.

منابع

1. Cahill SP, Foa EB, Hembree EA, Marshall RD, Nacash N. Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J TRAUMA STRESS.* 2006; 19(5):597-610.

2. Simons M. Meta cognitive Therapy and Other Cognitive-Behavioral Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *Verhaltenstherapie.* 2010; 20:000-.

3. Association AP. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5: book point US;* 2013.

4. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Co morbidity Survey. *ARCH GEN PSYCHIAT.* 1995; 52(12):1048.

5. Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A. C. Post-traumatic stress disorder: findings from The Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine.* 2001; 31: 1237-1247.

6- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., et al. revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry.* 2002; 59: 115-123.

7- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., et al. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry.* 1997; 154: 1114-1119.

8- Andrews, G., Slade, T. & Peters, L. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry.* 1999; 174: 3-5.

9- Foa, E. B., Davidson, J. R. T., Frances, A., Culpepper, L., Ross, R., & Ross, D. The expert consensus guideline series: Treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry.* 1999; 60, 4-76.

10- Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P., & Foy, D. W. Cognitive-behavioral therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 320-325). New York: Guilford Press; 2000.

11- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D: A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psy-*

and Human Sciences, 2008.

31- Roussis P, Wells A. Psychological factors predicting stress symptoms: metacognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2008; 21(3):213-25.

32- Walton, Deborah. "A randomized controlled trial of meta cognitive and exposure therapy for PTSD". UK: The University of Manchester, School of Psychological Sciences; 2005.

33- Yilmaza, A. Esin; ozb, TulinGenc; Wells, Adrian. "The temporal precedence of meta cognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study". *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 25: 389-396.

28-Rabiei M. The effectiveness of metacognitive-cognitive-behavioral intervention on severity of the symptoms of hair pulling disorder. *J Behav Sci*. 2014;7(4):373-78. [Persian.]

29- Reynolds M, Wells A. The Thought Control Questionnaire- psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *PSYCHOL MED*. 1999; 29(5):1089-99.

30- Proctor D. "A randomized controlled trial of meta cognitive therapy versus exposure therapy for posttraumatic stress disorder". Thesis submitted to the University of Manchester for the degree of Doctor of Clinical Psychology in the Faculty of Medical