

عوامل شناختی و استرس پس آسیمی PTSD

صمد شیرین زاده^۱ / دکتر محمدعلی گودرزی^۲

چکیده

اختلال استرس پس آسیمی، یک واکنش عادی به وقایع تکان دهنده است. بسیاری از مردم چندماه پس از وقایع تکان دهنده بهبود می یابند، ولی در بعضی از افراد این علامت تداوم پیدا می کنند. براساس مدل شناختی، این اختلال زمانی تداوم می یابد که افراد حادثه را به شیوه ای پردازش کنند که منجر به احساس ترس شدید و مداومی در آنها شود، خاستگاه های این ترس عبارتند از: (۱) ارزیابی منفی افراطی از وقایع رخ داده در طی واقعه تکان دهنده و نتایجی که در اثر حادثه تکان دهنده در زندگی فرد رخ داده است. (۲) اختلال در حافظه خودگزارشی که مشخصه آن ناتوانی در به خاطر آوردن ارادی حادثه و در مقابل بازگشت های مکرر غیرارادی و ناگهانی حادثه به سطح هوشیاری است. ترس مداوم فرد را وادار می کند که برای کنترل آن دست به شماری از رفتارها و استراتژی های ناکارآمد بزند. این رفتارها و استراتژی های ناکارآمد مانع از تغییر در ارزیابی ها و ماهیت خاطره فرد از حادثه می شود و به تداوم اختلال کمک می کند، لذا این مدل پردازش هیجانی و بازسازی شناختی را به عنوان بخش جدایی ناپذیری از درمان این اختلال مطرح می کند.

واژه های کلیدی: عوامل شناختی، ارزیابی منفی، اختلال استرس پس آسیمی

Abstract

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a common reaction to traumatic events. Many people recover after some months, but in some other people the symptoms persist. According to cognitive model, the PTSD persists when individuals process the trauma in a way that leads to a sense of serious, current threat. The source of this threat are: (1) Excessively negative appraisals of

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

^۲استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

events happened during traumatic events and its sequelae originated from the traumatic events in individuals lives. (2) Disturbance of autobiographical memory that is characterized by inability to recall incident intentionally or repetitive unintentional and suddenly flashbacks on to the conscious surface. Current threat forces the individuals do a series of maladaptive behavioural and cognitive strategies to control it. Change in the negative appraisals and nature of memory are prevented by maladaptive behavioural and cognitive strategies which help to the persistences of disorders. So the model recommends emotional processing and cognitive restructuring as the integral parts of treatment.

مقدمه:

افرادی که با حادثه ای تکان دهنده یا فاجعه آمیز روبرو می شوند ممکن است به دنبال چنین تجربه ای آن حادثه را در رویاهما، کابوسها یا فرایندهای خودآیند ذهن خود تجربه کنند. داشتن چنین تجربه ای به عنوان یکی از ملاک های تشخیصی اختلال استرس پس آسبیشناخته شده است، البته در برابر چنین حادثه ای بعضی از افراد تنها ناراحتی زودگذری را تجربه می کنند و بعدها می توانند خاطرات آن را در حالت آرامش نسبی به یاد آورند. تنوع در پاسخ به ضربه های روانی نشان می دهد که روش پردازش اطلاعات ناشی از حوادث تکان دهنده در افراد مختلف فرق می کند. (مک نالی، ۱۹۹۸).

ملاک های اصلی اختلال استرس پس آسبی عبارتنداز: تجربه مجدد رویداد تکان دهنده، الگوی اجتنابی و کرختی هیجانی و برانگیختگی نسبتاً دائم (DSM-IV, APA, 1994). اکثر قربانیان اختلال استرس پس آسبی در ماه های اولیه بعد از بیماری بدون هیچ درمانی بهبود می یابند، با این حال، قسمت قابل توجهی از قربانیان این اختلال بهبود نمی یابند و به دنبال درمان می آیند. لذا، برای درمان این قبیل بیماران باید عوامل مؤثر در تداوم اختلال استرس پس آسبی مورد بررسی قرار گیرد. (دانمور و همکاران، ۲۰۰۰).

نظریه هایی که برای تبیین اختلال استرس پس آسبی مطرح می شوند باید قادر باشند تمام علائم رفتاری، شناختی، فیزیولوژیکی و هیجانی مرتبط با اختلال را تبیین کنند. نظریه های موجود برای تبیین انحرافات شناختی، فیزیولوژیکی و هیجانی مرتبط با اختلال تنها موفقیت نسبی را بدست آورده اند، اما چنین موفقیتی کافی نیست و در تبیین علائم اختلال استرس پس آسبی مشکلات عدیده ای وجود دارد. برای مثال، شوواز و پری نقش رشد زیست شناختی را در توجیه علائم ویژه اختلال PTSD مورد توجه قرار داده است و معتقد است که استرس حاد

فعالیت سیستم نورآدرنژیک را افزایش می دهد و این افزایش فعالیت است که باعث ایجاد علائم PTSD می شود. (به نقل از میزر استید من ۲۰۰۲).

همچنین، سالمون و بریانت PTSD را از طریق شبکه های ترس توجیه کرده اند، طبق نظر آنها اختلال PTSD ناشی از تشکیل طرحواره های ترس مدار است. این طرحواره ها به تداوم علائم PTSD کمک می کنند بطوری که تحریک ثابت شبکه ترس می تواند دلیلی برای گوش به زنگی به خطر، افکار خود آیند و باورهای تحریف شده درباره موضوعات مربوط به ضربه باشد (بریانت، ۲۰۰۰).

با این حال، مدل های یک بعدی درباره اختلال PTSD در تبیین علائمی همچون کرختی هیجانی و بازگشت ناگهانی خاطره تکان دهنده، دارای قدرت محدودی هستند. چنین مدلی نمی تواند گستگی بین تجربه مکرر غیرارادی دوباره حوادث تکان دهنده و ناتوانی در به خاطر آوردن ارادی حادثه را تبیین کنند. در سال های اخیر، مدلی چند بعدی از اختلال PTSD توسط کلارک و اهلرز ارائه شده است که این مدل علاوه بر فائق آمدن بر مشکلات مدل های تک بعدی، تبیین های نیرومندی را برای سیر زمانی واکنش ها به ضربه روانی و تفاوت های فردی در ماهیت چنین واکنش هایی فراهم کرده است. (میزر استیدمن، ۲۰۰۲). به خاطر جامعیت این مدل در ادامه بحث به تشریح ابعاد مختلف آن خواهیم پرداخت.

مدل چند بعدی اهلرز و کلارک برای اختلال استرس پس آسیمی:

اختلال استرس پس آسیمی در شمار اختلالات اضطرابی طبقه بندی می شود. در مدل های شناختی، اضطراب ناشی از ارزیابی های منجر به وجود محرک ترسناک تلقی می شود، اهلرز و کلارک اظهار داشته اند که بیماران مبتلا به اختلال PTSD، حادثه، و یا نتایج آن را به صورتی پردازش می کنند که منجر به ایجاد ترس مداوم و شدیدی در آنها می شود. این مدل دو متغیر عمده را عامل ایجاد ترس مداوم فرض می کند:

۱- تفاوت های فردی موجود در ارزیابی از حادثه و یا نتایج آن.

۲- تفاوت های فردی موجود در ماهیت خاطره برای حادثه و ارتباط آن با دیگر

خاطرات خودگزارشی.

این مدل بیان می دارد که افراد بیمار برای کنترل ترس مداوم خود، اقدام به استفاده از شماری از روشهای ناکارآمد می کنند که همین روش های ناکارآمد باعث افزایش فراوانی رخ دادن علائم PTSD می شود (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰).

۱-۱- ارزیابی از حادثه و یا نتایج آن:

افراد مبتلا به PTSD حادثه را محدود به زمان گذشته نمی بینند و همین مسأله نیز احتمال تداوم اختلال را بیشتر می کند. در یک مطالعه طولی در زمینه همین مسأله نشان داده شد که افرادی که در اثر تصادف دچار مشکلات مالی و سلامتی مداومی شده بودند، بیشتر احتمال داشت دچار PTSD مزمن شوند، زیرا این افراد نمی توانستند حادثه را فقط مربوط به گذشته بدانند (مایو و همکاران، ۲۰۰۲).

طبق این مدل افراد بیمار، ارزیابی های منفی و منحصر به فردی از حادثه انجام می دهند که باعث ایجاد یک ترس مداوم در آنها می شود که این ترس مداوم می تواند درونی (مثل من گناهکارم) و یا بیرونی (مثل، هیچ جا ایمن نیست) باشد. چنین ارزیابی هایی، هیجان های نیرومندی مانند اضطراب، عصبانیت، پشیمانی یا گناه و علائم برانگیختگی را ایجاد می کند و این علائم فرد را برمی انگیزد تا با اتخاذ بعضی از روش ها علائم را مهار کند. که این روش ها به نوبه خود باعث تشدید علائم PTSD می شود. اهلرز و کلارک بیان می دارند، که یکی از منابع ترس شدید و مداوم فرد، ارزیابی هایی است که از حادثه و یا نتایج آن به عمل می آورد، ارزیابی منفی از حادثه شامل ارزیابی منفی از هیجان های بروز کرده طی واقعه تکان دهنده (مثل، من باید آدم خیلی بی ثباتی باشم که آن طور واکنش نشان دادم) و ارزیابی منفی از احساس ها و فعالیت های پیش آمده در طی واقعه تکان دهنده (مثل، من از خودم شرم می کنم چون رفتارهای من باعث بدتر شدن اوضاع شد) می باشد. و ارزیابی از نتایج واقعه تکان دهنده نیز شامل ارزیابی منفی از شروع علائم اولیه PTSD (واکنش های من از زمان حمله تا حالا نشان می دهد که من دارم دیوانه می شوم) و ادراک منفی پاسخ های دیگران (مثل، فکر می کنم که دیگران الان از من متنفرند) و ادراک تغییر پایدار در زندگی بعد از وقوع حادثه (مثل، زندگی من به خاطر این حادثه ویران شد) می باشد (دانمور و همکاران، ۲۰۰۱).

۱-۲- ارزیابی از حادثه:

یکی از منابع ترس مداوم و شدید ممکن است نوعی سبک پردازش شناختی طی ضربه باشد که شکست روانی نامیده می شود. یافته ها نشان می دهد که شکست روانی با تداوم PTSD رابطه دارد (دانمور و همکاران، ۱۹۹۷؛ اهلرز و همکاران، ۱۹۹۸). افراد دچار احساس شکست روانی، احساس خودمختاری و انسجام روانی خود را از دست می دهند. تجربه احساس شکست روانی می تواند دلیلی بر دیدگاه منفی افراد بیمار نسبت به خودشان باشد

(برای مثال، من ضعیف ام، بی ارزشم، و نمی توانم با استرس مقابله کنم). این افراد که پاسخ های هیجانی خود را طی حادثه به عنوان نشانه ای از بی ثباتی، خارج از کنترل خویش بودن و غیرقابل کنترل بودن تفسیر می کنند سعی خواهند کرد تا از مقابله با خاطره مربوط به حادثه اجتناب کنند و هنگامی که خاطرات خودآیند مربوط به ضربه را تجربه کنند دچار ناراحتی و اضطراب خواهند شد (دانمور و همکاران، ۲۰۰۱). اهلرز و کلارک بیان می کنند که ماهیت ارزیابی های مختلف از پاسخ های هیجانی، علائم متفاوتی را ایجاد می کند. ارزیابی های مربوط به وجود خطر منجر به ترس می شود (مثل هیچ جا ایمن نیست)، ارزیابی های مربوط به ناعادلانه و خشن بودن قواعد شخصی دیگران منجر به عصبانیت، ارزیابی های راجع به مسئول بودن برای حادثه و نتایج آن منجر به احساس گناه می شود، اکثر بیماران مزمن PTSD، دامنه ای از هیجان های منفی را تجربه می کنند که این به علت ارزیابی های مختلفی است که این افراد به عمل می آورند (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰). هم شکست روانی و هم تفسیر منفی پاسخ های هیجانی طی حادثه مانع تأثیرات درمانی رویارویی ذهنی خواهد شد زیرا مداخله ذهنی بیشتر احتمال دارد که ارزیابی های فرد را تأیید کند تا اینکه آنها را رد کند (دانمور و همکاران، ۲۰۰۱).

دوم، ارزیابی ها از روشی که فرد در طی حادثه احساس یا رفتار کرده است، می تواند منبع ترس مداوم باشد برای مثال، زنی که در طی حمله جنسی احساس برانگیختگی کرده است، پاسخ اش را ممکن این طوری تفسیر کند که میلی درونی داشته است که مهاجم به او حمله کند (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰).

۱-۳- ارزیابی از نتایج حادثه:

دامنه ای از ارزیابی های منفی و منحصر به فرد از نتایج حادثه می تواند در ایجاد ترس مداوم و شدید نقش داشته باشد. یکی از این منابع ترس مداوم، ارزیابی هایی است که این بیماران از علائم اولیه PTSD انجام می دهند، علائمی مانند بازگشت ناگهانی، تحریک پذیری، افکار و خاطرات خودآیند، نوسان های خلقی، فقدان تمرکز، واکنش های معمولی به حادثه هستند که معمولاً، زمان کوتاهی بعد از وقوع حادثه رخ می دهند. افراد بیمار ممکن است این علائم را نشانه ای از دیوانه شدن یا از دست دادن کنترل شان تعبیر کنند (اهلرز و استیل، ۱۹۹۵). همچنین، بیماران ممکن است از علائم ویژه ارزیابی های ویژه ای انجام دهند مثلاً، فردی که قسمتی از خاطره حمله جنسی را به یاد نمی آورد ممکن است آن قسمت را

غیرقابل تحمل ارزیابی کند و همیشه در ترس شدید به سر برد که مبادا آن قسمت از حادثه به سطح هوشیاری بیاید (دانمور و همکاران، ۱۹۹۱). یا افراد ممکن است که خاطرات خودآیند را به عنوان نشانه ای از آسیب دائمی به دستگاه عصبی خویش تعبیر کنند. این ارزیابی ها با ایجاد هیجان های منفی همچون اضطراب و افسردگی یا خشم و درگیر ساختن فرد در روش های مقابله شناختی ناکارآمد (مثل، نشخوارگری و سرکوب فکر) برای کنترل این خاطرات خودآیند باعث تداوم PTSD می شوند (استیل و اهلرز، ۲۰۰۰؛ کلوهمی و اهلرز، ۱۹۹۹؛ مایو و همکاران، ۲۰۰۲).

ادراک منفی واکنش های اطرافیان و سایر افراد پس از وقوع حادثه می تواند به طور مستقیم بعضی از علائم PTSD را مانند افزایش برانگیختگی و گوش بزنگی یا گوشه گیری و کناره گیری از اجتماع در اثر ادراک اینکه به دیگران نمی شود اعتماد کرد، را ایجاد کند. اغلب مردم مثل خانواده و دوستان نزدیک قربانی نمی دانند که چگونه با قربانی رفتار کنند، آنها ترجیح می دهند که در مورد حادثه با قربانی صحبت نکنند، همین مسأله ممکن است توسط قربانی به عنوان نشانه ای از عدم مراقبت از او یا مقصر دانستن او در رخ دادن حادثه تفسیر شود (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰). حتی پاسخ های مثبت دیگران نیز ممکن است از سوی قربانی به صورت منفی تعبیر شود (مثل، ادراک پاسخ های همدلانه به معنی این که شما ضعیف هستید)، مدل شناختی اهلرز و کلارک بیان می کند که ماهیت تفسیر پاسخ های افراد حتی ممکن است از خود پاسخ ها مهم تر باشد. این تفسیر، علاوه براینکه می تواند ترس مداوم را افزایش دهد، هیجان هایی همچون خشم، گناه یا شرم را نیز تولید کند که این هیجان ها نیز به نوبه خود از پذیرش حادثه و پردازش هیجانی آن جلوگیری می کند (دانمور و همکاران، ۲۰۰۱). در تحقیقی که اندرو و همکارانش (۲۰۰۳) انجام دادند نشان داده شد که علی رغم این که میزان حمایت اجتماعی برای زنان و مردان یکسان بود، بیشتر احتمال داشت که زنان پاسخ های دوستان و خانواده شان را منفی ارزیابی کنند و همین افراد نیز PTSD مزمن تری نسبت به گروه دیگر داشتند.

۲- ماهیت خاطره حادثه!

ماهیت خاطره ضربه و رابطه آن با یادآوری های ناخواسته معمای دیگر تداوم PTSD است، از یک سو، بیماران در یادآوری ارادی کل حادثه مشکل دارند و حادثه را به صورت پاره

پاره به یاد می آورند، جزئیات را فراموش کرده اند و نظم زمانی درست حوادث را به یاد نمی آورند. از سوی دیگر، بیماران مکرراً گزارش می دهند که خاطرات خودآیندی از حادثه دارند. مدل اهلرز و کلارک بیان می کند که چنین مشکلاتی ناشی از نحوه رمزگردانی حادثه در حافظه است (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰). طبق نظریه سطوح پردازش، فرایندهای ادراکی و توجهی در حین یادگیری تعیین می کند که چه اطلاعاتی در حافظه درازمدت ذخیره شود. طبق این نظریه، سطوح پردازش مختلفی وجود دارد که از تحلیل سطحی یا فیزیکی محرک تا تحلیل عمیق و معنایی را شامل می شود (آیزنگ و کین ۲۰۰۰). مؤلفان این مدل بیان می دارند قربانی هایی که طی ضربه گم گشتگی روانی و شکست روانی را تجربه می کنند بیشتر احتمال دارد که خاطره حادثه را به صورت سطحی پردازش کنند (دانمور و همکاران، ۱۹۹۹). تحقیقی که بر روی سربازان نجات یافته از جنگ ویتنام انجام شد، با مدل مطرح شده همسو است. این تحقیق رابطه معنی داری میان شدت PTSD و حافظه کلامی برای حادثه را نشان داد به طوری که هرچه شدت حادثه بالاتر باشد افراد از حادثه خاطرات کمتری را به یاد می آورند (برندس و همکاران ۲۰۰۲).

مشکل بعدی در تداوم PTSD تداعی های قوی S---R و S---S عناصر ضربه زا هستند. این تداعی ها، خاطرات و یا پاسخ های هیجانی ابراز شده طی ضربه را راه اندازی می کنند. دو جنبه از این یادگیری که در تبیین تداوم اختلال مهم است، این است که اولاً این شکل از یادگیری به ارگانیسم کمک می کند که پیش بینی هایی در مورد آنچه قرار است در آینده اتفاق افتد، انجام دهد. ثانیاً بازایی از حافظه تداعی، ناشی از نشانه و غیرارادی است و بنابراین ممکن نیست که فرد از راه اندازه ها و واکنش هیجانی برانگیزاننده خاطره ضربه آگاه بشود. سوم این که، طبق این مدل یک آمادگی ادراکی نیرومند برای ادراک محرکی که به طور موقت با حادثه ضربه زا تداعی شده است (شکلی از حافظه ضمنی) وجود دارد که این مسئله باعث کاهش آستانه ادراکی فرد برای حادثه می شود به طوری که محرک های مبهم و شبیه از لحاظ فیزیکی می تواند مستقیماً تجربه مجدد حادثه را راه اندازی کند (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰).

۳- روابط ماهیت خاطره حادثه و ارزیابی ها:

بین ماهیت خاطره ضربه و ارزیابی های حاصل از حادثه و یا نتایج آن یک رابطه تقابلی وجود دارد وقتی افراد مبتلا به PTSD مزمن حادثه را یادآوری می کنند به طور انتخابی آن

قسمت هایی از حادثه را به یاد می آورند که با ارزیابی هایشان هماهنگ است مثلاً فردی که پاسخ های دیگران را منفی ادراک کرده است، فقط پاسخ های غیردوستانه را به یاد می آورد یا ناتوانی در به خاطر آوردن نظم درست حوادث می تواند به ارزیابی نادرست مقصر بودن برای حادثه منجر شود (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰).

۴- روش های رفتاری ناکارآمد و سبک های پردازش:

هنگام ادراک ترس مداوم، بیمار مجموعه ای از روش های رفتاری ناکارآمدی را برای کنترل ترس مداوم خود به کار می برد که ماهیت این روش ها به طور مستقیم با نوع ارزیابی های فرد ارتباط دارد. این روش های رفتاری به سه دلیل ناسازگارند:

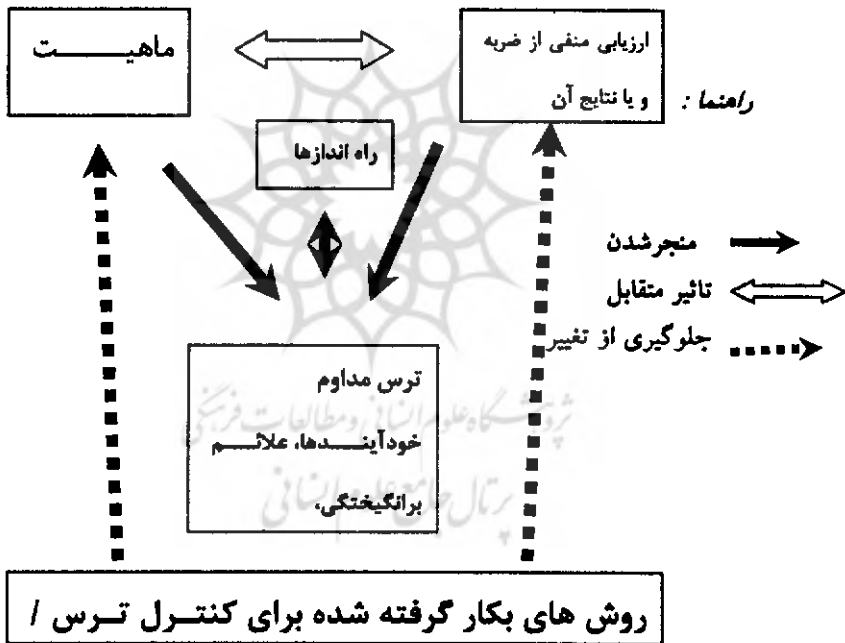
- ۱- خود به طور مستقیم باعث تولید علائم PTSD می شوند.
- ۲- از تغییر ارزیابی های منفی موجود در مورد حادثه و یا نتایج آن جلوگیری می کنند.
- ۳- از تغییر درماهیت خاطره حادثه جلوگیری می کنند.

یکی از این روش ها، سرکوب فکر است. در این روش بیمار سعی می کند که افکار مربوط به حادثه را از ذهنش به بیرون براند. تحقیقات نشان می دهد که سرکوب فکر باعث افزایش فراوانی افکار خودآیند می شود (کلوهسی و اهلرز، ۱۹۹۹). روش ناکارآمد دیگری که ممکن است بیمار نشان دهد رفتارهای ایمنی جویانه یا اجتنابی است. مثلاً افرادی که مورد حمله جنسی قرار گرفته اند ممکن است در اتاق شان با چاقو بخوابند و از خانه خارج نشوند تا دوباره مورد حمله جنسی قرار نگیرند، این رفتارها مانع از تغییر در باورهای مربوط به حادثه و یا نتایج آن می شوند در میان رفتارهایی که از تغییر در ماهیت خاطره حادثه جلوگیری می کند، می توان اجتناب فعالانه از فکر کردن در مورد حادثه را نام برد در این روش افراد سعی می کنند ذهن شان را از سایر مس

ائل پرکنند و یا سعی می کنند در مورد حادثه به سبکی غیرهيجانی فکر کنند. تلاش برای فکر نکردن در مورد حادثه از بسط دادن خاطره حادثه و ارتباط دادن این تجارب با بافت زمانی، مکانی حادثه، اطلاعات قبلی و بعدی و دیگر خاطرات خودگزارشی فرد جلوگیری می کند (کلوهسی و اهلرز، ۱۹۹۹؛ دانمور و همکاران، ۲۰۰۱).

در کل مدل شناختی اهلرز و کلارک بیان می کند ارزیابی های فرد از حادثه و یا نتایج آن در اثر تقابل دو سویه با ماهیت خاطره حادثه منجر به ایجاد ترس مداوم در فرد می شود که بیمار برای کنترل ترس مداوم خویش دست به مجموعه ای از رفتارهای ناکارآمد می زند که

این رفتارهای ناکارآمد علاوه بر افزایش ترس مداوم، از تغییر در ارزیابی های فرد و ماهیت خاطره حادثه جلوگیری کرده منجر به تداوم اختلال می گردد. مدلی که این نظریه برای تداوم PTSD ارائه می دهد به صورت زیر نمایش داده می شود:



شکل شماره (۱): مدل شناختی تداوم PTSD (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰)

بحث و نتیجه گیری:

تأثیرگذاری درمان های روان شناختی برای اختلال PTSD را می توان با فهم عوامل دخیل در تداوم اختلال بهبود بخشید. در سال های گذشته، مدل های شناختی تک بعدی متعددی برای PTSD مطرح شده است، اما این مدل ها در تبیین برخی علائم همچون کمرختی هیجانی و بازگشت ناگهانی خاطره ضربه موفق نبوده اند. اخیراً مدلی چند بعدی توسط اهلرز و کلارک (۲۰۰۰) ارائه شده است که توانسته بر مشکلات مدل های تک بعدی فائق آید. طبق این مدل بیماران دچار اختلال PTSD، حادثه و یا نتایج آن را به شیوه ای پردازش می کنند که منجر

به احساس ترس مداوم و شدیدی در آنها می شود این مدل دو متغیر عمده را عامل ایجاد ترس مداوم فرض می کند اولی، تفاوت های فردی موجود در ارزیابی از حادثه و یا نتایج آن، دومی نیز تفاوت های فردی موجود در ماهیت خاطره ضربه و ارتباط آن با دیگر خاطرات خودگزارشی می باشد. روش های رفتاری و شناختی مشکل ساز مانع از تغییر در ارزیابی های منفی و ماهیت خاطره ضربه می شود و بدین صورت به تداوم PTSD کمک می کند. با توجه به این مسائل، این مدل بیان می کند که درمان مواجهه سازی اولاً، علائم بیماری را تغییر می دهد تا این که باورهای شناختی بیمار را تغییر دهد، ثانیاً روش های مقابله را به بیمار یاد نمی دهد، ثالثاً ممکن است بیمار به خاطر ماهیت ناراحت کنندگی این درمان برایش همکاری لازم را با آن به عمل نیاورد (بریان، ۲۰۰۰). و یا حتی ممکن است ارزیابی های منفی بیمار را تأیید کند (دانمور و همکاران، ۲۰۰۱). برای مثال، تحقیقی نشان داد افرادی که در طی حادثه احساس شکست روانی کرده اند و یا احساس کرده اند که حادثه باعث تغییر پایدار در زندگی آنها شده است علاوه بر درمان مواجهه سازی نیاز به درمان بازسازی شناختی نیز داشتند (اهلرز و همکاران، ۱۹۹۸).

بنابراین، گرچه مواجهه سازی طولانی ممکن است یک خوگیری موقتی برای علائم ایجاد کند ولی ارزیابی های منفی و خاطرات خودآیند ممکن است دوباره علائم PTSD را ایجاد کند (پنوویس و گوست^۱ ۲۰۰۰). لذا به نظر می رسد درمان شناختی - رفتاری که علائم خودآیند، ارزیابی های منفی شناختی و رفتارهای اجتنابی را مورد هدف قرار می دهد مؤثرتر از مواجهه سازی خواهد بود که فقط بر روی رفتارهای اجتنابی تمرکز دارد.