

## درمان فراشناختی پس از حوادث رنج زا (PTSD)

یعقوب وکیلی<sup>۱</sup> / حسین شاره<sup>۲</sup>

### پرسشها

- حوادث رنج زا چگونه اند؟
- درمان فراشناختی چیست؟ و چه هدفهایی دارد؟
- مراحل درمان فراشناختی چگونه است؟
- مزایای درمان فراشناختی چیست؟

### چکیده

یک روند رو به رشد در ابداع مداخله های جدید در رواندرمانی پس از حوادث رنج زا PTSD این است که مدل درمانی بر مبنای مکانیسم هایی بنا شود که از پردازش هیجانی طبیعی جلوگیری می نمایند. مدل فراشناختی درمان PTSD یکی از این مداخله ها است. هدف اصلی درمان فراشناختی این است که بیمار به کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی دست یابد و پردازش بصورت نگرانی و نشخوار فکری و بازیابی تهدید را متوقف کند. براساس درمان فراشناختی، ضروری نیست شناختهای بیمار در مورد سانحه اصلاح شده یا خوگیری نسبت به خاطرات سانحه تسهیل شود، بلکه هدف این است که بیمار در پاسخ به علایم مزاحم با کمک شناختها و رفتارهای کارآمدتر، موانعی که بر سر راه پردازش سازگارانهای خودکار وجود دارد را از

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، تهران، خیابان نیایش، نبش شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

<sup>۲</sup> دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، تهران، خیابان ساتراخان، خیابان نیایش، نبش شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی، تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

بین ببرد. این مقاله به معرفی مداخله ی کوتاه، مدل جدیدی که مبتنی بر مدل فراشناختی است، در درمان PTSD می پردازد.

واژه های کلیدی: درمان فراشناختی، اختلال تنیدگی پس از سانحه، مدل فراشناختی

### Abstract

One way forward in developing new intervention treatment of PTSD is to base treatment on a model of the mechanisms that block natural emotional processing. The metacognitive model and treatment of PTSD is one such approach. The goal of the core treatment is to allow patients to develop flexible metacognitive awareness and control, and break – free of processing in the form of worry/ rumination, and threat monitoring. This theoretical approach implies that it may not be necessary to modify patient's cognitions about the trauma, memories of trauma. Or facilitate habituation to trauma memories. It suggests that it will be helpful to enable the patient to activate amore adaptive style of thinking and behaving in response to intrusive symptoms that unlocks barriers to natural in built adaptation processes. This article describes a new brief treatment for PTSD based on a metacognitive model.

### مقدمه

اختلال تنیدگی پس از سانحه<sup>۱</sup> PTSD به منزله واکنشهای حاد روانشناختی<sup>۲</sup> در برابر رویدادهای سانحه آمیز شدید است (ژوزف<sup>۳</sup>، ویلیامز<sup>۴</sup> و یول<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷). ملاکهای اصلی PTSD عبارتند از: تجربه مجدد رویداد سانحه آمیز، الگوی اجتنابی و برانگیختگی زیاد که حداقل یک ماه به طور می انجامد<sup>۶</sup> (DSM-IV-TR<sup>۱</sup> انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۰۰).

علیرغم وجود روشهای درمانی متنوع برای PTSD فراتحلیلهای<sup>۷</sup> نشان می دهد که هنوز هم تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به اختلال مذکور، به این درمان ها پاسخ نمی دهند و یا بهبودی

<sup>۱</sup> Post traumatic stress disorder (PTSD)

<sup>۲</sup> traumatic

<sup>۳</sup> Joseoh , s

<sup>۴</sup> Williams, R

<sup>۵</sup> Yule, W

<sup>۶</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorder IV (text revised)

<sup>۷</sup> metaanalysis

نسبتاً کمی را نشان می دهند (شرمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸، وان اتن<sup>۲</sup> و تیلور<sup>۳</sup> ۱۹۹۸) بر طبق نتایج یک پژوهش، بیش از چهل درصد افرادی که با روش رویارویی<sup>۴</sup> تحت درمان قرار داشتند، درمان را ترک کردند (زایفرت<sup>۵</sup>، بکر<sup>۶</sup>، گیلوک<sup>۷</sup> و شنور<sup>۸</sup> ۲۰۰۱، به نقل از لی هی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳) عده ای از بیماران نیز به خاطر ماهیت آزارنده ی درمان رویارویی همکاری لازم را به عمل نمی آورند (شرمن ۱۹۹۸). این پدیده یک محدودیت جدی روش رویارویی به شمار می رود (گری<sup>۱۰</sup>، یانگ<sup>۱۱</sup>، هولمز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲). از سوی دیگر اگر چه درمانهای رویارویی و شناختی<sup>۱۳</sup> مداخله های نسبتاً کوتاه مدتی هستند. ولی به کارگیری این درمانها نیازمند تخصص بالایی است. برای این که روش درمانی به طور وسیعتری قابل دسترسی باشد، مداخله های درمانی لازم است که درعین کوتاه مدت بودن، ساده تر و کمتر آزار دهنده باشند و در عین حال به تخصص بالایی نیاز نداشته باشند (کیلیس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۱).

یک روند رو به رشد در ابداع مداخله های جدید این است که مدل درمانی بر مبنای مکانیسم هایی بنا شود که از پردازش هیجانی طبیعی جلوگیری می نمایند. مدل فراشناختی<sup>۱۵</sup> درمان PTSD (ولز<sup>۱۶</sup> ۲۰۰۰) یکی از این مداخله ها است.

<sup>1</sup> Sherman, J

<sup>2</sup> Van etten, M . L

<sup>3</sup> Taylor. S

<sup>4</sup> exposure

<sup>5</sup> Zayfert, C

<sup>6</sup> Becker, C.B

<sup>7</sup> Gillock, K

<sup>8</sup> Schnurr, P

<sup>9</sup> Leahy, R.L

<sup>10</sup> Grey, N

<sup>11</sup> Young, K

<sup>12</sup> Holmes, E

<sup>13</sup> cognitive

<sup>14</sup> Kilic. C

<sup>15</sup> Meta cognitive

<sup>16</sup> Wells, A

## مدل فراشناختی PTSD

بر طبق مدل فراشناختی ولز و سمبی<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)، علایمی مثل افکار و تصاویر مزاحم، برانگیختگی و پاسخها سوگیرانه توجهی<sup>۲</sup> پس از تنیدگی<sup>۳</sup> با ایجاد یک محرک برای پردازش هیجانی<sup>۴</sup>، واکنشهای طبیعی پس از سانحه هستند. پس از سانحه هدف درونی پردازش، گسترش و بسط طرح یا نقشه ای برای هدایت تفکر و عمل در مواجهه با تهدیدهای احتمالی آینده است. این فرآیند را که در آن پردازش هیجانی اتفاق می افتد، پردازش سازگاران خودکار<sup>۵</sup> RAP می نامند (ولز، ۲۰۰۹).

RAP به طور خودکار در پاسخ به افکار مزاحم شروع به فعالیت می کند و با اجرای شبیه سازی هایی (تجسم ذهنی سانحه) در رابطه با تهدید مرتبط است. شبیه سازی های<sup>۶</sup> تجسم ذهنی برای گسترش نقشه ی شناختی وسیله خوبی است چون علت - معلولی پیچیده و پیامدهای عمل - محرک را در طول زمان نشان میدهد. بر طبق این مدل، پردازش هیجانی کارآمد دارای دو مولفه اساسی است:

- ۱- استحکام و تقویت یک نقشه یا طرح شناختی که می تواند تفکر و رفتار شخص را در مواجهه با سانحه در آینده هدایت کند.
  - ۲- کنترل انعطاف پذیر بر روی پردازش به طوری که مانع کاهش سطح پردازش مرتبط با سانحه شود و شناخت به محیط عاری از تهدید (حالت عادی) برگردد.
- خواه ناخواه سازگاری که اتفاق می افتد بستگی به شیوه های تفکر و مقابله هایی دارد که شخص اتخاذ می کند. اما چند عامل RAP را با مشکل مواجه می سازد که عبارتند از:

<sup>1</sup> Sembi, S

<sup>2</sup> Attentional orienting

<sup>3</sup> stress

<sup>4</sup> Emotional process

<sup>5</sup> Reflective adaptation process

<sup>6</sup> simulation

۱) نگرانی<sup>۱</sup>، نشخوار فکری<sup>۲</sup>، که مانع موجود برای اجرای شیبه سازی های ذهنی را تغییر می دهد و فرد به طور انتخابی بر منابع بیشتری از تهدید متمرکز می شود.

۲) بازیابی تهدید<sup>۳</sup>، که ادراک خطر را تداوم می بخشد و به جای تقویت نقشه ی مقابله، نقشه ی آگاهی از خطر را تقویت می کند تا جایی که به تداوم برنامه اضطراب منجر شود.

۳) انواع مقابله اجتنابی<sup>۴</sup>، شامل کنترل فکر که مانع فعالیت طبیعی افکار مزاحم میشود یعنی اجتناب، یک نقشه ی جدید از بازیابی تهدید را فعال می کند که افکار، خود به عنوان منبعی از تهدید قلمداد می شوند.

۴) خودارزیابی<sup>۵</sup> ها و باورهای منفی در مورد علایم و شیوه های مقابله.

مورد ۱ و ۲ به باورهای فراشناختی در مورد کاربرد این راهبردها برای مقابله مربوط می شوند.

راهبردهای ناکارآمد فوق از فراشناختها (باورها و راهبردهایی هستند که شخص برای ارزیابی و تنظیم فکر خویش دارد) ناشی می شوند. باورهای فراشناختی اهمیت اساسی دارند چون سیستم شناختی فرد را هدایت می کنند و به شیوه هایی از تفکر منجر می شود که پردازش هیجانی را تسهیل یا با مشکل مواجه می سازد. باورهای فراشناختی می توانند به صورت کلامی اظهار شوند و در عین حال با نقشه های ضمنی مرتبط می شوند که تفکر را هدایت می کنند. برای مثال، من باید نگران باشم تا آماده تر شوم، من باید سعی کنم تمام جزئیات سانحه را به خاطر بیاورم تا آنجا که بفهمم چرا من، باید به تمام منابع خطر گوش به زنگ باشم، من نباید در مورد چیزهایی که اتفاق افتاده فکر کنم، نگرانی راجع به تهدید ناتوانی فرد را برای مقابله و اجتناب از خطر بهبود خواهد بخشید. این باور که حس آمادگی توجهی مداوم در مورد محرکهای مرتبط با تهدید مفید خواهد بود.

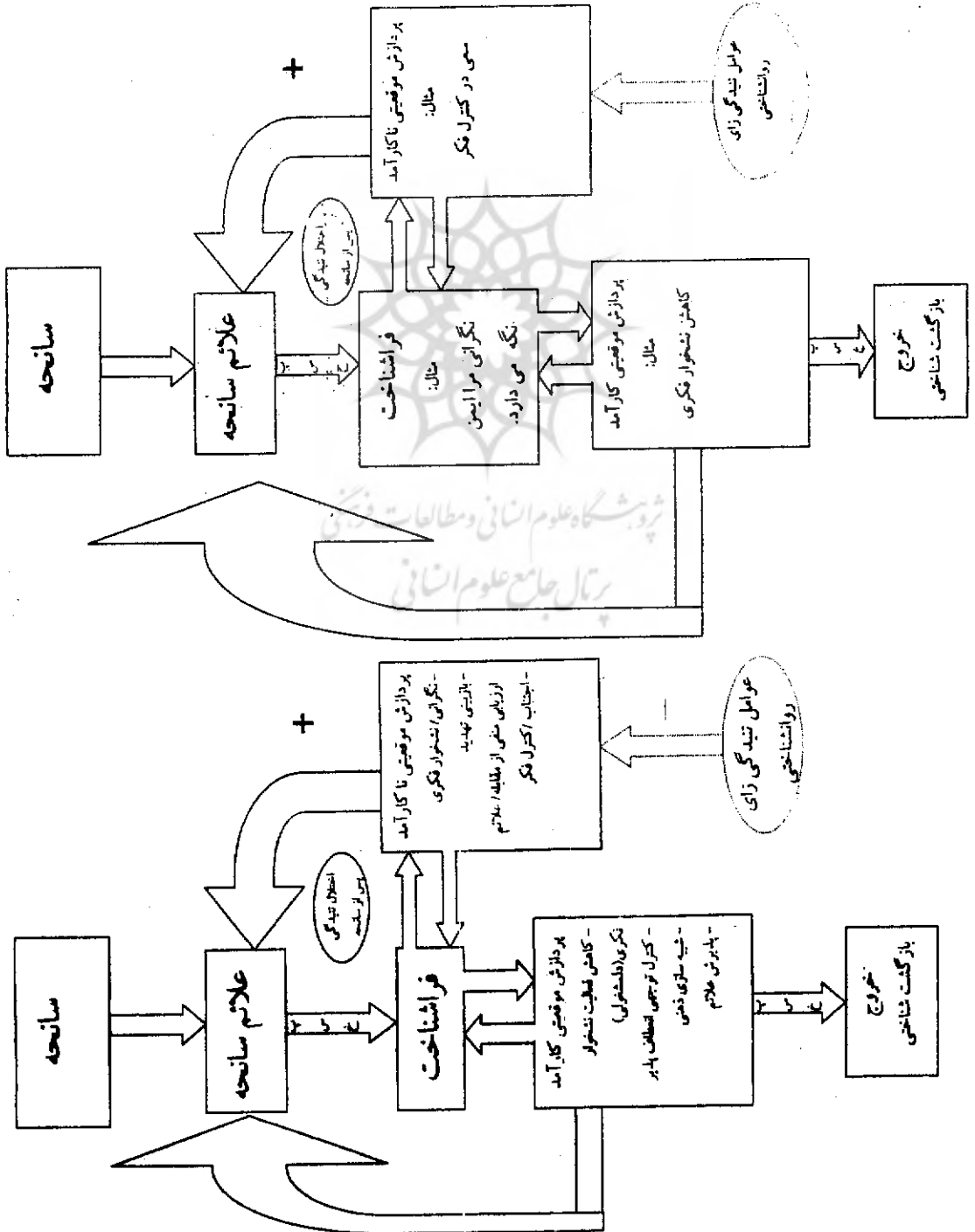
<sup>1</sup>worry

<sup>2</sup>Rumination

<sup>3</sup>Treat monitoring

<sup>4</sup>avoidant

<sup>5</sup>Self - appraisal



شکل ۲ - مفهوم سازی مورد بر اساس مدل فرانشاختی

شکل ۱ - شناسایی کلی از مدل فرانشاختی، اصطلاح تنبیهی - ۱: ۱

این فراشناختها منجر به درجاماندگی می شود، یعنی شخص فکرهای راجعه و مستمر در مورد سانحه و تهدید دارد. درجاماندگی<sup>۱</sup> در برگیرنده ی نگرانی، نشخوار فکری بازبینی تهدید و راهبردهای ناکارآمد کنترل تفکر است. درجاماندگی ناکارآمد است چون به تقویت و تداوم ادراک تهدید شده و مانع پردازش هایی شود که برای RAP ضروری هستند. همچنین این راهبردهای ناکارآمد منجر به شکل گیری الگوی ثابتی از پردازش مکرر میشود به طوری که مانع کاهش فعالیت پردازش سطح پایین شده و از بازگشت شناخت به حالت عادی جلوگیری می کند اصطلاحاً به این حالت، قفل - سانحه<sup>۲</sup> گویند. این راهبردهای ناکارآمد (مثل نگرانی، نشخوار فکری، کنترل تفکر) در شکل گیری PTSD نقش دارند (رینولدز<sup>۳</sup> و ولز ۱۹۹۹).

طرح کلی این مدل در شکل ۱ نمایش داده شده است. در این مدل علایمی مثل افکار و تصاویر مزاحم، برانگیختگی، پاسخهای طبیعی پس از سانحه هستند. این علایم به مثابه عوامل سوق دهنده شناخت عمل می کنند و باعث می شوند تا برای هدایت تفکر و مقابله، فراشناختهایی را انتخاب و تغییر دهند. به طور طبیعی، علایمی مثل بازآوردی های تصاویر و افکار مزاحم همگام با پاسخهای سوگیرانه توجهی، محرکی را برای اجرای شبیه سازی ذهنی در مورد سانحه فراهم می کند. برخی از شبیه سازی های ذهنی، مکانیسم های اولیه برای وارد کردن اصول نقشه ی فراشناختی برای مقابله و فعالیت های بعدی RAP هستند. کاربرد انعطاف پذیر از تجسم ذهنی وسیله مفید برای تکمیل نقشه اولیه است، زیرا پویایی های عمل و شناخت را نشان می دهد و می تواند چندین شیوه از پاسخ (رفتاری، شناختی، احساسی) را هماهنگ در جهتی که می تواند توسط شخص کنترل شود ربط دهد. در PTSD منابع مورد نیاز برای شبیه سازی های ذهنی توسط فعالیتهای پردازش متضاد تضعیف می شوند. اگر شخص باور داشته باشند که یک راه مقابله، درگیر شدن در تحلیل مفهومی (کلامی) مکرر سوانح گذشته و نگرانی راجع به آینده است که این به نوبه خود می تواند با شبیه سازی های تجسمی سازگارانه تر تداخل یابد. همین طور اگر شخص باور داشته باشد که بهترین راه

<sup>1</sup> preseveration  
<sup>2</sup> Trauma - lock  
<sup>3</sup> Reynolds, M

مقابله، اجتناب از موقعیت، اجتناب از تفکر در مورد سانحه و یا اجرای راهبردهای بازبینی تهدید فزون مراقبتی است، این باور با شبیه سازی های ذهنی تداخل می کند و ادراک خطر را تداوم می بخشد تا جایی که به تداوم برنامه اضطراب منجر میشود. همچنین برنامه اضطراب با تفسیر منفی از علایم سانحه آمیز مانند تفسیر افکار مزاحم و برانگیختگی به عنوان علامتی از شکست روانی<sup>۱</sup>، تداوم می یابد. در نتیجه این عوامل، فرد سانحه دیده قادر نیست از چرخه پردازش هیجانی RAP خارج شود چون شبیه سازی های ذهنی کامل نیست و شناخت به محیط عاری از خطر بر نمی گردد.

همانطور که در شکل ۱ دیده می شود، راهبردهای کارآمد و ناکارآمد از فراشناخت ها ناشی می شود. این راهبردها نیز بر فراشناختها اثر دارند. برای مثال، راهبردهایی مثل، سعی در سرکوب فکر، راهبردهای بازنگری - تفکر فراشناختی را فعال می کند که در آن شخص وقوع افکار مورد نظر را بازبینی میکند این خود می تواند به شروع افکارناخواسته منجر شود. شکست در اجتناب از افکار مزاحم می تواند باورهای فراشناختی منفی را در مورد عدم قابلیت کنترل پذیر افکار مرتبط با سانحه را در شخص تقویت کند. استفاده از نگرانی و برانگیختگی، نقشه فراشناختی را برای این فعالیتها را تقویت می کند، در واقع شخص به یک تهدید یاب ماهر تبدیل می شود. به علاوه، در نتیجه عدم وقوع تهدید از یک سو اینگونه تلقی شود که نگرانی و برانگیختگی کارکرد دارند و از سوی دیگر باورهای مثبت در مورد مفید بودن این راهبردها در شخص تقویت می کند. راهبردهای کارآمد این امکان را می دهد که سازگاری خودکاری اتفاق افتد تا شخص به جای اینکه تلاش کند تا با تهدیدهایی مقابله کند که در حال حاضر وجود ندارد، بتواند به طور خودانگیخته نقشه هایی را برای مقابله در آینده طرح ریزی کند.

علایم PTSD زمانی کاهش می یابند که یک نقشه ی فراشناختی مناسب برای مقابله ساخته شده و شخص قادر باشد تا از RAP خارج شود. خروج از RAP نیازمند بازنگری فراشناختی است و تداوم RAP منوط به از بین رفتن تفاوتی است که بین وضعیت فعلی

<sup>1</sup> Mental breakdown



خود (مثلا احساس آسیب پذیری)<sup>۱</sup> و وضعیت هدف درونی عادی وجود دارد. این پردازش واریسی، برای تفاوت‌های موجود از بازنگری فراشناختی در حال ساخت تشکیل می‌شود و همین‌طور پردازش‌هایی را که بخشی از RAP هستند، کنترل می‌کند اما این تفاوتها تا زمانی که باورهای فراشناختی بر پردازش خطر ادامه می‌دهند، تداوم می‌یابند.

تا اینجا ملاحظه شد که چگونه باورهای فراشناختی در مورد ارزش نگرانی و نشخوار فکری پردازش نگهدارنده را در قالب فعالیت مفهومی منفی تشکیل می‌دهند. عوامل دیگری نیز به تکرار پردازش کلی منجر میشوند. مثلا اگر فرد از روشی که وی در مقابله با سانحه استفاده کرده، راضی نباشد، این کار به تکرار فعالیت RAP منجر خواهد شد که به نوبه‌ی خود منجر به ایجاد تصاویر و افکار مزاحم در مورد سانحه می‌شود تا جایی که فرد قادر باشد پاسخهای مناسبتری را طرح ریزی کند. برخی نارضیاتی‌ها ممکن است بلافاصله پس از سانحه رخ بدهد اما می‌تواند توسط عوامل اجتماعی منفی بعدی مثل انتقاد یا سرزنش آغاز شود که یکی از راه‌های بالقوه در شروع تاخیری PTSD است (رسیس<sup>۲</sup> و ولز<sup>۲۰۰۶</sup>) همین‌طور تنیدگی‌هایی که تحت کنترل درآوردن آنها برای فرد مشکل هستند در تداوم پردازش دخیلند چون فرد به‌طور مداوم در وضعیت طراحی و شبیه‌سازی‌های ذهنی قرار دارد (ولز و سمبی<sup>۲۰۰۴</sup>).

## مراحل درمان فراشناختی PTSD

### ساختار و طول درمان

جلسات درمان، هفته‌ای یک بار و طول مدت هر جلسه حدود ۴۰ تا ۶۰ دقیقه است. تعداد جلسات ۸ جلسه بوده ولی بسته به میزان پیشرفت بیمار ممکن است جلسات به طول انجامد.

<sup>۱</sup> Vulnerable feeling

<sup>۲</sup> Roussis, P

## جلسه اول: مفهوم سازی مورد<sup>۱</sup> و آشناسازی<sup>۲</sup>

گام نخست، فرخواندن<sup>۳</sup> علایم PTSD (کابوس ها، برانگیختگی، فلش بکها، افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده) است. سپس یک فرمول بندی تشخیصی از مشکل بیمار مبتنی بر مدل فراشناختی ساخته میشود (همانطور که در شکل ۱ دیده می شود). به این منظور از بیمار خواسته می شود در مورد علایمی که برای وی آزار دهنده است و همین طور در مورد راهبردهایی که وی برای کاهش یا مدیریت این علایم بکار برده، توضیح دهد. اثرات غیرمفید تفکر نگهدارنده (نگرانی، نشخوار فکری) و راهبردهای توجهی بازبینی تهدید در تداوم علایم مورد تاکید قرار گرفته و بررسی میشود. از بیمار خواسته می شود راهبردهای تفکر ناکارآمد را کنار بگذارد تا سیستم شناختی اش از پردازش اطلاعات سانحه آمیز رهاشده و بیمار از چرخه PTSD خارج شود. این عمل در کاهش میزان فراوانی و شدت علایم موثر است. گام دوم، مروری بر ماهیت و اهداف درمان است. درمانگر براساس شکل ۲ توضیح می دهد که چگونه جعبه (ناکارآمد) در فرمول بندی خالی شود و با استفاده از راهبردهای جدید جعبه (کارآمد) پر شود تا بدین وسیله از چرخه بیماری خارج گردد. یک نسخه از مفهوم بندی مورد به بیمار داده می شود تا به خانه ببرد و در مورد آن تا جلسه بعدی فکر کند.

## جلسه دوم و سوم: ذهن آگاهی بی طرفانه<sup>۴</sup> و به تعویق انداختن نگرانی<sup>۵</sup>

در این جلسه ها، بیمار به تحلیل فواید و مضرات نگرانی و نشخوار فکری می پردازد. این کار نشان می دهد که نه تنها درگیری در نگرانی و نشخوار فکری هیچ هدفی را دنبال نمی کند بلکه باعث می شود بیمار صرفاً به جنبه های منفی سانحه پاسخ دهد، این گونه تحلیل بعداً در مورد راهبردهای بازبینی تهدید نیز بکار می رود. سپس به بیمار آموزش داده می شود

<sup>1</sup> Case conceptualization

<sup>2</sup> socialization

<sup>3</sup> elicitation

<sup>4</sup> Detached mindfulness

<sup>5</sup> Worry postponement

تا با استفاده از تکنیک (ذهن آگاهی بی طرفانه) (ولز ۲۰۰۰) به علایم پاسخ دهد. هدف این تکنیک، افزایش آگاهی فراشناختی و کنترل انعطاف پذیربیماربر پاسخهایش است. در این تکنیک بیمار جریان فکرش را بدون تعبیر، تفسیر، کنترل و واکنش به آن، صرفاً مشاهده می‌کند. از بیمار خواسته می‌شود، وقتی افکار یا تصاویر مزاحم ناخوانده، کابوسها و فلش بکها را تجربه کرد، به شیوه‌ی زیر عمل کند:

(به یاد داشته باشد که این علایم در حال وقوع اند و درگیری با آنها فایده‌ای ندارد. به خودشان یادآور شوند این فقط یک علامت است، نیاز به انجام کاری نیست. من قصد ندارم تا از آن اجتناب کنم یا در مورد آن نشخوار فکری داشته باشم. به یاد داشته باشد درگیری با این علایم شامل این مواردند: سوال در مورد معنای علایم، نشخوار فکری در مورد اینکه چرا باید آن اتفاق می‌افتد، سوالاتی مثل، چرا من...، اگر فقط...، چه چیزی اگر...، نگرانی در مورد علایم، سعی در کنترل افکار مزاحم ناخوانده. خیلی مهم است که بیمار به علایم و افکارش اجازه دهد تا زمان و فضای ذهنی خودشان را پرکنند، بدون اینکه با آنها درگیر شود). برای درک بهتر این تکنیک در جلسه از چند تمثیل (مثل هول دادن ابر) استفاده می‌شود. در جلسه درمان کاربرد این تکنیک به بیمار نشان داده می‌شود. به طور مثال از بیمار خواسته می‌شود تا ابتدا یک تصویر ذهنی از (بیرسبز) را خلق کند و سپس با تصویر فوق درگیر شود یعنی سعی کند همه افکارش را در مورد آن تصویر ذهنی از هشیاری اش خارج کند. در مرحله بعد از بیمار خواسته میشود تا باز هم آن تصویر ذهنی (بیر سبز) را ایجاد کند ولی این بار بدون انجام هیچ کاری فقط به مشاهده‌ی آن بپردازد. 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 می‌شود.

از بیمار خواسته می‌شود که هرگاه علایم مزاحم ظاهر شدند، باید بداند که این علایم قبلاً اتفاق افتاده اند. و به خودش بگوید الان در مورد سانحه و علایم، نگرانی یا نشخوار فکری نداشته باشد، بلکه در مورد این علایم بعداً فعالانه می‌تواند فکر کند. پس از آن به فکرشان اجازه دهند تا در زمان مورد نظرش این علایم به تدریج محو شود. از بیمار خواسته می‌شود، ۱۵ تا ۳۰ دقیقه هر شب به طور فعالانه در مورد نگرانی اش فکر کند.

- به کارگیری تکنیک (ذهن آگاهی بی طرفانه) و تکنیک (به تعویق انداختن نگرانی) از بیمار خواسته می شود تا به عنوان تکالیف خانگی از تکنیک (ذهن آگاهی بی طرف) در پاسخ به افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده، فلش بکها و کابوسها و برای کاهش نگرانی و نشخوار فکری از تکنیک (به تعویق انداختن نگرانی) استفاده کند.

### جلسه چهارم و پنجم

در این دو جلسه، درمانگر پیشرفت استفاده از تکنیکهای (ذهن آگاهی بی طرفانه) و (به تعویق انداختن نگرانی) را بازبینی می کند. کاربرد تکنیک ذهن آگاهی بی طرفانه این گونه ارزیابی می شود که از بیمار خواسته می شود تعیین کند چند درصد از زمان آنها قادر بوده از تکنیک مذکور برای کاهش افکار مزاحم استفاده کند و اگر موانعی در استفاده از تکنیک بوده، علت آن را بیان کند. درمانگر تاکید می کند که هدف از این تکنیک از بین بردن موانع موجود برای پردازش طبیعی است. هم چنین برای اندازه گیری میزان استفاده از تکنیک (به تعویق انداختن)، از بیمار خواسته می شود تعیین کند هر روز چقدر زمان برای نگرانی و نشخوار فکری صرف کرده است و چقدر در استفاده از این تکنیک موفق بوده است و موانع موجود در عدم استفاده از تکنیک (به تعویق انداختن نگرانی) کدام است.

فراخواندن راهبردهای ناکارآمد دیگر: درمانگر به کمک بیمار راهبردهای مقابلهای دیگری را که وجود دارد، شناسایی می کند. این راهبردها می توانند اجتناب از تفکر در مورد سانحه، سرکوب فکر، استفاده از مواد برای اجتناب از افکار و احساسات، اجتناب از برخی محرکها مثل اخبار تلویزیون و... باشد.

وقتی بیمار به پیامدهای غیرمفید این راهبردها پی برد. درمانگر از بیمار می خواهد به عنوان تکالیف خانگی از راهبردهای مذکور استفاده نکند.

### جلسه ششم و هفتم: تغییر توجهی<sup>۱</sup>

این مرحله زمانی آغاز می شود که بیمار در هفته گذشته به موارد زیر مسلط شده باشد:

- ۱- مهارت در استفاده از تکنیک (ذهن آگاهی بی طرفانه) و گزارش کند که در استفاده از این راهبرد در پاسخ به حداقل ۷۵٪ از علایم مزاحم موفق بوده است.
- ۲- به طور موفقیت آمیز نگرانی و نشخوار فکری در مورد رویداد گذشته، حال و آینده را کنار گذاشته باشد. تکنیک (تغییر توجهی) برانگیختگی متمرکز است، یعنی یک راهبرد مقابله توجهی است، که درک خطر و اضطراب را تداوم می بخشد. دو نوع راهبرد بازبینی توجهی است، که درک خطر و اضطراب را تداوم می بخشد. دو نوع راهبرد بازبینی توجهی، مشکل ساز هستند: (۱) توجه به منابع درونی تهدید (احساسات و حسها) و (۲) توجه به منابع بیرونی تهدید در قالب بررسی محیط برای خطرهای احتمالی دستکاری های منظم توجه مولفه ی اصلی این روش درمان هستند.

**توضیح و منطقی:** در این قسمت به بیمار توضیح داده می شود که توجه در استمرار PTSD نقش دارد. مثلاً به بیمار گفته می شود:

(شما دیدید که چطور نگرانی و نشخوار فکری و تلاش برای کنترل علایم میتواند منجر به ادامه مشکلات شما شود. ما باید به جنبه ی مهم دیگری از مشکل که می تواند درک شما را از خطر و اضطراب تداوم بخشد، بپردازیم. پس از سانحه، طبیعی است آدمها از افراد و چیزهای اطراف خودشان که به یادآورنده ی سانحه هستند، مطلع شوند. این نوعی توجه است که می تواند ادراک خطر را تداوم بخشد تا شناخت به حالت اولیه برنگردد. برخی از مردم به افکار درونی در مورد سانحه و علایم اضطراب خیلی زیاد توجه می کنند. برای مثال، زمانی که یک موقعیت به موقعیتی که سانحه در آن اتفاق افتاده شبیه باشد، فرد بر روی خاطره یا تصویری از چیزی که اتفاق افتاده است، تمرکز می کند و این خاطره ممکن است بدترین لحظه باشد. تمرکز به این شیوه باعث افزایش حس تهدید و اضطراب می شود و نیز توجه ما

<sup>۱</sup> Attentional modification

از تمرکز بر روی رویداد جاری که می توانست درک بهتری از عدم وجود خطر و کنترل را فراهم کند، دور می شود.

منطق کار با پرسش سولاتی راجع به پیامدهای راهبردهای بازیابی تهدید فردی نشان داده می شود. برای مثال: آیا بررسی محیط برای تهدید باعث کاهش یا افزایش اضطراب شما می شود؟ آیا توجه زیاد به تهدید به این معناست که شما بهتر مقابله خواهید کرد؟

این فرایند هم درمورد بازیابی توجهی بیرونی و هم بازیابی درونی تهدید به کاربرد می شود. بنابراین در اینجا درمانگر به یک مفهوم سازی از برانگیختگی به مثابه یک راهبرد ناکارآمد مثل نگرانی و نشخوار فکری می رسد. قبل از اینکه بیمار بخواهد تا بازیابی تهدید را کنار بگذارد، ضرور است که باورهای مثبت بیمار را در مورد حمایت کننده بودن این راهبرد تضعیف کرد. درمانگر این کار را با سوال راجع به اینکه آیا برانگیختگی مفرط سانحه را از بین برده است و چطور شخص دقیقاً می داند که چه چیزی موجب برانگیختگی می شود، انجام می دهد.

آگاهی و کنار گذاشتن: درمانگر از بیمار درخواست می کند دفعه بعد وقتی مضطرب شد، آگاهانه جهت توجه اش را شناسایی کند و از بازیابی تهدید برخوردار می کند. به این منظور، بیمار تشویق می شود به زندگی عادی برگردد. در بسیاری از موارد بیمار به موقعیتی که سانحه اتفاق افتاده با موقعیتی شبیه آن برمی گردد. هدف این روش تسهیل آگاهی از بازیابی تهدید و نیز آگاهی از اینکه تهدید چقدر مختل کننده است، می باشد.

### جلسه هشتم:

هدف این جلسه مرور پیشرفت تکنیک (کنار گذاشتن بازیابی تهدید) و کاربرد آن در زندگی روزمره است. اگر اجتناب از موقعیتهای کم خطر مورد نظر است، بیمار تشویق می شود به عنوان تکالیف خانگی با آن موقعیت روبرو شود.

تمرکز دوباره بر توجه: بعد از کنار گذاشتن بازیابی تهدید، گام بعدی تمرکز دوباره بر توجه به طور فعالانه است. از بیمار خواسته می شود عمداً در موقعیتهایی که یادآور سانحه

است به جای توجه به خود و تهدید، به جنبه های بی خطر محیط خارجی توجه کند. به بیمار گفته می شود.

(به فکرت اجازه بده به جنبه های کم خطر محیط توجه کند، یعنی به جای توجه به علایم تهدید احتمالی به علایم کم خطر محیط توجه کند). به این منظور از بیمار خواسته می شود در اتاق انتظار نشسته و به جنبه هایی از محیط که نشان دهنده ی مکان کم خطری است، تمرکز کند، سپس به همراه درمانگر در خیابان به علایم بی خطر تمرکز کند. سرانجام این کار با محرکهای خنثی تری مثل یک ردیف از رنگهای مختلف صورت می گیرد.

جلوگیری از عود: در جلسه آخر درمان فرمول بندی اولیه مورد بحث قرار می گیرد. به بیمار توصیه می شود وقتی دوباره با علایم بیماری اش مواجه شد از تکنیکهایی که در طی جلسات درمان یادگرفته است، استفاده کند.

### نتیجه گیری:

از بین روشهای موجود برای درمان PTSD درمانهای غیردارویی کوتاه مدت در دو دهه ی اخیر رشد سریع و تنوع نسبتا زیادی داشته است (سولمون<sup>۱</sup> و جانسون<sup>۲</sup> ۲۰۰۲) که درمان فراشناختی (ولز ۲۰۰۰) یکی از آنهاست. درمان فراشناختی در عین کوتاه مدت بودن و ساده تر بودن، نسبت به درمانهای رویارویی کمتر ماهیت آزار دهنده داشته و در عین حال به تخصص بالایی نیاز ندارد. جنبه بدیع درمان فراشناختی این است که به جای محتوی<sup>۳</sup> فکر بر شیوه هایی از تفکر (نگرانی، بازبینی توجهی برای تهدید و کنترل ذهنی) و فراشناختها تاکید دارد (ریس و ولز ۲۰۰۶). جنبه بسیار مهم دیگر این مدل درمانی، گسترش کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطاف در بیمار و جلوگیری از پردازش به صورت نگرانی، نشخوار فکری و

<sup>1</sup>Solomon, D.S

<sup>2</sup>Johnson, M.D

<sup>3</sup>content

بازبینی تهدید با استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی بی طرفانه، همراه با به تعویق انداختن نگرانی و تغییر توجهی می باشد (ولز و سمبی، ۲۰۰۴).

اگر چه منطبق نظری درمان فراشناختی PTSD قابل قبول به نظر می رسد ولی با مروری که بر ادبیات پژوهش در زمینه ی درمانهای PTSD صورت گرفت تا به امروز تنها یک پژوهش در زمینه اثربخشی<sup>۱</sup> مدل فراشناختی در درمان PTSD انجام شده است و این به خاطر نوپا بودن این مدل درمانی است. ولز و سمبی ۲۰۰۴ در پژوهشی اثربخشی درمان فراشناختی را بر PTSD مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش ۸ بیمار مبتلا به PTSD شرکت داشتند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که این مدل درمانی در کاهش علائم PTSD موثر است. این نتایج همچنان در پیگیری ۳، ۸ و ۱۸ ماهه پس از درمان ادامه داشت. بنابراین تا تحقیقات بعدی، در مورد اثربخشی درمان فراشناختی بر PTSD باید احتیاط کرد.

## References

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. (Text Revised). Washington, DC: APA.
- Gray, N., Young, K. & Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: A treatment for peritraumatic emotional hotspots in posttraumatic stress disorder. *Behavior and Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 37-56.
- Joseph, S., Williams, R., Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic Stress: a psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester; wiley.
- Kilic, C. (2001). Treatment strategies for posttraumatic stress disorder need for brief and effective interventions: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 409-411.
- Leahy, R. L. (2003). *Roadblocks in cognitive behavioral therapy*. Guilford Press.
- Reynolds, M., & wells, A., (1999). The thought control questionnaire psychometric properties in clinical sample, and relationships with PTSD and Depression, *Psychological Medicine*, 29, 1089-1099.
- Roussis, P. & Wells, A., (2006). Post-traumatic stress symptoms: tests of relationship with thought control strategies and beliefs and predicted by the metacognitive model, *Personality and Individual Differences*, 40(1), 111-112.
- Sherman, I. J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A metaanalysis of controlled trials, *Journal of Traumatic Stress*, 11, 43-436.
- Solomon, D. S., Johnson, M.D. (2002). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 947-959.
- Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder a metaanalysis, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 128-144.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK; Wiley.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307-318.

<sup>۱</sup> effectiveness