

مقایسه ی باور های فراشناختی و راهبرد های کنترل فکر در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد بهنجار

قاسم عبدال پور^۱، عباس بخشی پور رودسری^۲، مجید محمود علیلو^۳
و شیوا محجل رضایی^۴

دریافت مقاله 15.01.2018
پذیرش مقاله 17.02.2018

اختلال استرس پس از سانحه اختلالی است که با تجربه مجدد سانحه ی آسیب زا، اجتناب از محرک های یاد آورنده ی حادثه و برانگیختگی مفرط و تغییرات منفی در شناخت و خلق و خوی مشخص می شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد بهنجار بود. برای این منظور طی یک پژوهش پس رویدادی، از بین افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی خانواده های مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی شهر تبریز، ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و ۴۰ فرد بهنجار با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و از نظر باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر و استرس پس از سانحه مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که میانگین نمرات باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، از افراد بهنجار به طور معنی داری بیشتر است. به نظر می رسد بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه راهبردهای کنترل فکر ناکارآمدتر و باورهای فراشناختی مختل تری دارند. هم چنین این یافته ها تلویحات مهمی را در زمینه ی آسیب شناسی روانی و درمان این بیماران دارند.

کلید واژه ها: باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر، اختلال استرس پس از سانحه

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه اختلالی است که با تجربه مجدد سانحه ی آسیب زا، اجتناب از محرک های یاد آورنده ی حادثه و برانگیختگی مفرط و تغییرات منفی در شناخت و خلق و خوی مشخص می شود (رسیک، باوین، سالووی، دیک، کینگ و میتچل، ۲۰۱۲؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال با تعدادی از برون داد های منفی مثل، کاهش کیفیت زندگی (شتر، هییس، لانی، مک فال،

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول). پست الکترونیکی: g.marand@yahoo.com

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۴. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد، تبریز، ایران

آدو؛ ۲۰۰۶)، افزایش خطرپذیری برای خودکشی (لمیر، گراهام، ۲۰۱۱؛ نپان، بلک، بولتن و سارین؛ ۲۰۱۰) و همبندی بسیار بالا با اختلال های روانپزشکی (پیتزاک، گلدستین، ساوت ویک و گرت، ۲۰۱۱)، همراه است. در تمامی افرادی که رویداد آسیب زا را تجربه می کنند، PTSD گسترش نخواهد یافت و در بسیاری از موارد در ماه اول پس از آسیب بهبود می یابند (کسلر، سونگا، بورمت، هاگر و نلسون، ۱۹۹۵). به دنبال بروز اختلال، متغیرهای روان شناختی مختلفی تحت تاثیر قرار می گیرند که از جمله می توان به ارزیابی شناختی (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰؛ لویس فیلد، نورمن و بارتن، ۲۰۰۸)، سبک های اسناد (فیرینگ و کللند، ۲۰۰۷؛ باروکلاف، کرگ و تاریر، ۲۰۰۸)، عزت نفس (کاشدن و همکاران، ۲۰۰۶) و راهبرد های کنترل فکر اشاره کرد (بنت، بک و کلارپ، ۲۰۰۹؛ اسکارپا، ویلسون و ولز، ۲۰۰۹).

راهبردهای کنترل فراشناختی، پاسخ هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت های نظام شناختی خود نشان می دهد. ولز و متیوس اختلال هیجانی را با راهبرد کنترل تهدید مشخص می کنند (ولز و متیوس، ۱۹۹۴). افراد برای کنترل افکار ناخواسته یا اضطراب زای خود از طیف وسیعی از راهبردها استفاده می کنند. در یک مطالعه تحلیل عاملی، ولز و دیویس (۱۹۹۴) پنج راهبرد ارزیابی مجدد، تنبیه، کنترل اجتماعی، نگرانی و توجه برگردانی را معرفی کرده است. استفاده از راهبردهای کنترل اجتماعی ممکن است به کاهش در نشانه شناسی PTSD و در نتیجه به سازوکار بهتر به دنبال رویداد آسیب زا منتهی شود (هالووا، تاریر و ولز، ۲۰۰۱). شواهد پژوهشی حاکی است که راهبرد های نگران و تنبیه به صورت مثبت با آسیب شناسی روانی مرتبط اند؛ برای مثال، نشانه های افسردگی و استرس پس از سانحه به دنبال رویدادهای منفی زندگی ظاهر می شوند (رینولدز و ولز، ۱۹۹۹؛ رویس و ولز، ۲۰۰۸).

در پژوهشی با هدف بررسی راهبردهای کنترل فکر در بازماندگان تصادفات معلوم شد که بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد بیشتر از شرکت کنندگان بدون اختلال استرس حاد از راهبردهای تنبیه و نگرانی استفاده می کنند (واردا و بریانت، ۱۹۹۸). در مطالعه ی دیگری، با بررسی راهبردهای کنترل فکر ۷۶ دانشجوی زن دارای سابقه سو استفاده جنسی مشخص شد که خشونت بیشتر هنگام سو استفاده جنسی کودکی، با استفاده بیشتر از راهبردهای کنترل خودتنبیهی و نگرانی و استفاده ی کمتر از کنترل اجتماعی مرتبط است (واردا و بریانت، ۱۹۹۸).

یکی دیگر از متغیر های مهم در اختلال استرس پس از سانحه، باورهای فراشناختی می باشد. فراشناخت به ساختارها، دانش و فرایند های روانشناختی اشاره می کند که با کنترل، تغییر و تفسیر افکار و شناخت ها سر و کار دارد (کورکران و سگال، ۲۰۰۸). در یک سطح می توان فراشناخت را به عنوان

یک جنبه ی عمومی شناخت در نظر گرفت که در همه ی امور شناختی دخالت دارد (ولز و متیوس، ۱۹۹۴؛ ولز، ۲۰۰۳). اکثر فعالیت های شناختی به عوامل فراشناختی وابسته اند. اکثر نظریه پردازان بین دو جنبه فراشناخت یعنی دانش فراشناختی و تنظیم فراشناختی تمایز قابل شده اند. دانش فراشناختی شامل اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و در مورد عوامل مرتبط با تکلیف یا راهبردهای یادگیری که در آن تاثیر می گذارند، دارند. تنظیم فراشناختی به انواع اعمال اجرایی نظیر توجه، بازبینی، کنترل، برنامه ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد، اشاره می کند (براون، برنسفورد و فررا، ۱۹۸۳).

براساس نظریه پردازی های اخیر، فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلال های روان شناختی است. فراشناخت بر پردازش هیجانی و واکنش های مربوط به آسیب، از طریق تاثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علایم خاص نظیر؛ افکار مزاحم اثر می گذارد و باورهای فراشناختی در سبب شناسی و پایداری اختلال اضطراب و افسردگی نقش موثری دارد. انگاره اصلی در این رویکرد این است که باورها در اختلال های روان شناختی از مولفه های روان شناختی تشکیل می شود که کنش وری تفکر و سبک مقابله را هدایت می کند و نیز از آن تاثیر می پذیرد (اسکارپا و همکاران، ۲۰۰۹؛ ولز، ۲۰۰۰). یوسفی، جنگی اقدم، سیوانی زاده و ادهمیان (۲۰۰۸) اذعان داشتند افراد دارای تشخیص اختلال روانپزشکی و افراد غیربیمار، در باورهای فراشناختی با یکدیگر متفاوتند و افراد مضطرب در مقایسه با گروه گواه، باورهای فراشناختی مختل کننده بیشتری دارند؛ هم چنین نتایج پژوهش ابولقاسمی، ابراهیم زاده، نریمانی و احدی (۲۰۰۸) حاکی از این است که افراد دارای اختلال وسواس و اختلال استرس پس از سانحه، در مقایسه با افراد عادی در مولفه های باورهای فراشناختی نمره ی بالاتری دارند. براساس آن چه که گفته شد این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سوال بود که آیا بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

این پژوهش یک پژوهش علی-مقایسه ای بود. جامعه ی پژوهش شامل بیماران مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی شهر تبریز بود که تشخیص PTSD دریافت کردند. از این جامعه، ۴۰ بیمار به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با ۴۰ نفر از افراد عادی و همراهان بیمار همتاسازی شدند. آزمودنی ها بعد از اخذ رضایت کتبی با مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می سی سی پی،

پرسش نامه باورهای فراشناخت^۱، پرسش نامه کنترل فکر: این پرسش نامه توسط ولز و دیویس^۲ مورد آزمون قرار گرفتند.

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه ی می سی سی پی^۳ (کین و همکاران، ۱۹۹۸)، یک مقیاس خود گزارشی ۳۵ آئمی است که برای ارزیابی شدت نشانه های اختلال استرس پس از سانحه به کار برده می شود. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه ی می سی سی پی، پنج زیر مجموعه تحت عنوان تجربه ی مجدد، کناره گیری، کرختی، بیش برانگیختگی و خود آزاری دارد. این مقیاس همسانی درونی بالایی دارد. این ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ از ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. ضریب پایایی باز آزمایی این مقیاس نیز بالا گزارش شده است. پایایی و اعتبار مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می سی سی پی در نمونه ی ایرانی مورد تایید قرار گرفته است.

فرم کوتاه پرسش نامه فراشناخت به منظور سنجش باورهای فراشناخت ساخته شده و با ۳۰ ماده پنج مولفه ی اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهایی فراشناختی عمومی منفی در مورد نیاز به کنترل افکار را می سنجد. پایایی آن به روش بازآزمایی برای کل آزمون پس از دوره ی ۱۸ تا ۲۲ روزه ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس ها از ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (ولز و کارترایت و هاوتون، ۲۰۰۴). اعتبار و پایایی این پرسشنامه ی در نمونه ی ایرانی مورد تایید قرار گرفته است (شیرین زاده، ۲۰۰۶).

پرسش نامه کنترل فکر توسط ولز و دیویس (۱۹۹۴) و به منظور اندازه گیری تفاوت های فردی در استفاده از راهبردهای کنترل افکار مزاحم ناخوانده طراحی شده و با ۳۰ ماده پنج خرده مقیاس توجه گردانی، نگرانی، کنترل اجتماعی، خودتنبیهی و ارزیابی را می سنجد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در نمونه ی ایرانی مورد تایید قرار گرفته است (گودرزی و اسماعیلی تنکابوری، ۱۳۸۴). برای مقایسه ی نمرات، بعد از تایید پیش فرض های مربوطه از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده شد. داده ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته ها

در جدول ۱ مولفه های توصیفی متغیرهای مورد اندازه گیری ارائه شده است.

1. Meta-Cognitive Questionnaire-30 (MCQ-30)
2. Thought Control Questionnaire
3. Mississippi Scale for Combat-Related PTSD

جدول ۱. مولفه های توصیفی نمرات باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر افراد دارای PTSD و افراد بهنجار

افراد بهنجار		افراد PTSD		متغیر
sd	M	sd	M	
۲/۸۵	۱۴/۲۲	۳/۱۴	۱۸/۴۷	باورهای مثبت
۲/۸۳	۱۴/۲۵	۳/۲۰	۱۸/۳۷	کنترل ناپذیری
۳/۰۴	۱۶/۰۷	۲/۹۳	۱۶/۷۷	خودآگاهی
۳/۱۶	۱۵/۰۲	۲/۸۱	۱۷/۲۵	کنترل افکار
۳/۱۹	۱۳/۲۰	۲/۹۷	۱۵/۶۰	اطمینان شناختی
۹/۴۱	۷۲/۷۷	۸/۰۹	۸۶/۴۷	کل
۳/۵۲	۱۴/۰۷	۱/۹۰	۱۶/۱۰	حواس پرتی
۲/۵۲	۱۳/۲۰	۲/۳۰	۱۹/۲۲	خودتنبیهی
۲/۳۳	۱۴/۰۵	۱/۷۷	۱۵/۹۲	کنترل اجتماعی
۲/۹۰	۱۳/۱۵	۲/۰۵	۱۷/۹۲	نگرانی
۲/۸۴	۱۵/۰۵	۱/۷۱	۱۶/۲۲	ارزیابی مجدد
۹/۱۸	۶۹/۵۲	۵/۴۲	۸۵/۹۰	کل

با توجه به معنادار بودن اثر متغیر گروه بر متغیرهای وابسته ($P > 0.01$)، نتایج تحلیل واریانس برای هر یک از خرده مقیاس ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به PTSD و بهنجار

مقدور اتا	Sig.	F	MS	df	SS	مقیاس ها
۰/۳۳۹	۰/۰۰۱	۳۹/۹۷	۹/۰۳	۷۸	۷۰۴/۹۵	باورهای مثبت
۰/۳۲۳	۰/۰۰۱	۳۷/۱۳	۹/۱۶	۷۸	۷۱۴/۸۷	کنترل ناپذیری
۰/۰۱۴	۰/۰۰۱	۱/۰۹	۸/۹۲	۷۸	۶۹۵/۷۵	خودآگاهی
۰/۱۲۴	۰/۰۰۱	۱۱/۰۲	۸/۹۸	۷۸	۷۰۰/۴۷	کنترل افکار
۰/۱۳۴	۰/۰۱	۱۲/۰۷	۹/۵۳	۷۸	۷۴۴/۰۱	اطمینان شناختی
۰/۱۱۶	۰/۰۰۱	۱۰/۲۱	۸/۰۳	۷۸	۶۲۶/۳۷	حواس پرتی
۰/۶۱۵	۰/۰۰۱	۱۲۴/۳۵	۵/۸۳	۷۸	۴۵۵/۳۷	خودتنبیهی
۰/۱۷۴	۰/۰۰۱	۱۶/۳۸	۴/۲۹	۷۸	۳۳۴/۶۷	کنترل اجتماعی
۰/۴۸۰	۰/۰۰۱	۷۲/۰۲	۶/۳۳	۷۸	۴۹۳/۸۷	نگرانی
۰/۰۶۰	۰/۰۰۱	۴/۹۹	۵/۵۲	۷۸	۴۳۰/۸۷	ارزیابی مجدد

همانگونه که مشاهده می شود، بین دو گروه در تمامی زیر مقیاس های باورهای فراشناختی یعنی باورهای مثبت ($F=39/97$)، کنترل ناپذیری ($F=37/13$)، خودآگاهی ($F=1/09$)، کنترل افکار ($F=11/02$)، اطمینان شناختی ($F=12/07$) و تمامی زیر مقیاس های راهبردهای کنترل فکر یعنی حواس پرتی ($F=10/21$)، خودتنبیهی ($F=124/35$)، کنترل اجتماعی ($F=16/38$)، نگرانی ($F=6/33$)، ارزیابی مجدد ($F=5/52$) تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه ی باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به PTSD و افراد بهنجار بود. نتایج نشان می دهند که بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه و افراد بهنجار از لحاظ باورهای فراشناختی تفاوت دارند. به عبارت دیگر، افراد PTSD نسبت به افراد بهنجار باورهای فراشناختی مختل تری دارند. این یافته در پژوهش های (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۱)، (فیشر و ولز، ۲۰۰۵)، (ولز و کارتر، ۲۰۰۱)، (رویس و ولز، ۲۰۰۶)، (ولز، ۲۰۰۷) نیز بررسی و تایید شده است. همان طوری که اشاره شد، فراشناخت عبارت است از دانش فرد درباره دانسته ها و چگونگی یادگیری خودش و به دامنه ای از کارکردهای اجرایی نظیر توجه، نظارت، کنترل، برنامه ریزی و تشخیص خطا در عملکرد اشاره دارد (سالیوان، ۲۰۰۶). اطلاعات ناشی از فراشناخت اغلب به صورت احساس های ذهنی تجربه می شوند که می توانند بر رفتار اثرگذار باشند (بیابان گرد، ۱۳۷۹). فرد دارای فراشناخت ضعیف، بر دانسته خود آگاهی ندارد و نمی تواند از کارکردهای اجرایی درست استفاده کند، بنابراین به احتمال زیاد، بیشتر دچار سانحه می شوند.

در تبیین این یافته می توان گفت که افراد به طور طبیعی بعد از آسیب ممکن است به فکر فرو روند و درباره ی اینکه چرا این حادثه برای آن ها اتفاق افتاده است و در مورد اینکه احتمال دارد دوباره حادثه ی مشابه آن برای خودشان اتفاق بیافتد نگران شوند. این پردازش ها از طریق ارزیابی های فراشناختی مثبت و منفی می تواند تشدید و تداوم یابند. باورهای فراشناختی مثبت، یعنی دید و نگاه مثبت به محتوای منفی و راه های مقابله با آن را نشان می دهد. این باورها معمولاً عامل شروع کننده ی مشکل و بیماری هستند و نشان دهنده ی دلایل توجه بیماران به سودمندی پردازش های فکری معین می باشد. باورهای فراشناختی مثبت باعث افزایش نگرانی و نشخوار فکری می شود. فراشناخت های منفی به دنبال افزایش نگرانی و نشخوار فکری اتفاق می افتد، فرد تصور می کند که دیگر ذهن اش از کنترل خارج شده و در حال دیوانه شدن است. این نوع نگاه باعث می شود که فرد از نگرانی های

خود بترسد و نگران تر شود. به عبارت دیگر، اغلب افرادی که باورهای مثبتی درباره نگرانی دارند بر این باورند که نگرانی به حل مساله کمک می کند و موجب افزایش انگیزه در آن ها می شود و اساسا نگران بودن در نزد اینگونه از افراد به عنوان یک خصوصیت شخصیتی تلقی می شود. این چنین باورهایی درباره ی نگرانی در این گروه از افراد از طریق تداعی های معیوب به واسطه ی مکانیسم های تقویت مثبت و منفی تثبیت می گردد (دوگاس، مرشاندا و لدرس، ۲۰۰۵). هم چنین تحقیقات نشان می دهد که باورهای منفی فراشناختی در مورد کنترل ناپذیری و کنترل با استرس رابطه ی مثبت دارد (عاشوری، وکیلی، بن سعید و نوعی، ۱۳۸۷). در تبیین این وضعیت باید مطرح کرد که این اختلالات می توانند ساختاری باشند، یعنی در ماهیت افکار بیمار و مهمتر از آن در فرایند و راهبردهایی ریشه داشته باشند که بیماران برای ارزیابی و کنترل افکارشان به کار می برند (ولز، ۱۹۹۵؛ ولز، ۲۰۰۰). در نظریه ی فراشناخت، تاکید بر عواملی است که تفکر را کنترل می کند و وضعیت ذهن را تغییر می دهند. عوامل فراشناختی با ایجاد شیوه های غیرسودمند و ناسازگارانه تفکر باعث حفظ هیجانات منفی و کژکاری و تداوم اختلالات روان شناختی می شوند.

هم چنین نتایج نشان داد که راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به PTSD به طور معناداری در مقایسه با افراد بهنجار تفاوت دارد. یافته ها نیز نشان داد که اگر چه افراد مبتلا به PTSD و افراد بهنجار از راهبردهای حواس پرتی، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد استفاده می کنند، اما افراد مبتلا به PTSD به طور قابل توجهی بیشتر از افراد بهنجار راهبردهای خود تنبیهی و نگرانی را به کار می برند. این نتیجه در امتداد یافته های (واردا و بریانت، ۱۹۹۸؛ بن نت و بک، ۲۰۰۹؛ هالوا و همکاران، ۲۰۰۱) قرار دارد. نتایج این مطالعات نشان داده اند که راهبردهای خود تنبیهی و نگرانی به عنوان راهبردهای کنترل فکر منفی در افراد مبتلا به PTSD بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد. به طور خاص، به نظر می رسد استفاده از راهبرد های کنترل فکر غیر انطباقی مانند نگرانی و خودتنبیهی در نگهداری اختلال از طریق افزایش علائم PTSD مشارکت کند.

یکی از دلایلی که افراد، پس از آسیب از راهبردهای نامناسبی چون خودتنبیهی و نگرانی استفاده می کنند، باورهایی است که درباره افکار مزاحم و ناخوانده دارند. این نتیجه ناشی از این دیدگاه است که تصورات و باورهای ناکارآمد بر چگونگی تفسیر و پاسخ افراد به افکار مزاحم و ناخوانده تاثیر می گذارند. هم چنین این نتیجه با دیدگاه آبراموویتز (۲۰۰۴) که معتقد است باورهای مربوط به اهمیت و نیاز به کنترل افکار مزاحم و ناخوانده، بیش برآورده کردن تهدید و مسوولیت رویداد، کمال گرایی، عدم تحمل ابهام و افکار وسواس گونه استفاده از خودتنبیهی را در پاسخ به تعدی های مزاحم بالا

می برد، همخوانی دارد. براساس مدل فراشناختی PTSD راهبردهای شناختی به کار گرفته شده برای کنترل افکار ناخواسته می تواند با پردازش موفقیت آمیز رویداد آسیب زا تداخل نماید به ویژه راهبرد هایی مانند تفکر مداوم درباره ی رویداد آسیب زا، اجتناب از یادآورنده های مربوط به رویداد آسیب زا که این نوع راهبردها به نوبه خود می توانند منجر به ایجاد و تداوم نشانه های PTSD شوند. براساس این مدل، نگاه فرد مبتلا به شناخت های ناکارآمد به همراه راهبرد های ناکارآمد کنترل افکار، باعث افزایش و تقویت میزان آن ها نسبت به رویداد آسیب زا می شوند. بنابراین می توان گفت که راهبرد های غیرانطباقی کنترل افکار با پردازش رویداد آسیب زا تداخل نموده و به نوبه ی خود باعث تداوم نشانه های PTSD می گردند.

با توجه به نتایج پژوهش می توان پیشنهاد داد که در درمان اختلال استرس پس از سانحه با آماج قرار دادن باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر ناسازگار که موجب تداوم علائم و اختلال می شود، سازگاری بیشتر بیمار را فراهم کرد.

از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که با تکمیل پرسش نامه ها ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند سپاسگزاری می کنیم.

Reference

- Abolghasemi, A., Ebrahimzadeh, S., Narimani, M., Ahadi, B.(2008). Comparison of Metacognitive Beliefs and Post- Traumatic Stress Disorder in Interaction with Uncertainty. *J of Psy*; 12(1): 20- 35 (In Persian).
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Woods, C. M., &Tolin, D. F. (2004).Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*, 20, 70–76.
- American Psychiatric Association(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders.5th ed. (DsM-5). Washington, DC: Author.
- Ashori, A., Vakili, Y., Bensaeid, S., Nouei, Z.(2009). Beliefs psychological and general health in students. *Men Health Journal*;11(1):15-20. [Persian]
- Barrowclough, C., Gregg, L., Tarrier, N. (2008). Expressed emotion and causal attributions in relatives of post-traumatic stress disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*.46 ,207–218.
- Bennett ,S. A., Beck, J. K., Clapp, J. D. (2009). Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*. 47,1018–1023.
- Biyabangard, E.(2002). Metacognition and cognitive analytic therapy. *Cognitive Science Journal*;4(4):5-9. [Persian].
- Brown, A.L., Bransford, J.D.C., Ferrara, R.A.(1983). Learning remembering and understanding . In J. Flavell and E. Markman (Eds). *Handbook of child psychology: vol.3, cognitive development*. New York: willey.
- Corcoran, K.M., Segal, Z.V.(2008). Metacognition in depressive and anxiety disorder: Current directions. *Inter. Journal of Cognitive Therapy*;, 1(1): 33-44.
- Dugas, M. J., Marchanda, A., Ladoucer , R.(2005). Further validation of a cognitive model of Generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorder*,19 , 329-340.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Feiring, C., Cleland, C. H. (2007).Childhood sexual abuse and abuse specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31,1169–1186.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 821-829.

- Gudarzi, M.A., Esmaili Torkanbori, Y. (2006). The relation between intrusive thoughts control strategies and severity of obsessive-compulsive symptoms. *Hakim*;8(4):44-51. [Persian].
- Harangza, M, Goodarzi, M. A. (2014). The predictor role of meta-cognitive beliefs on obsessive thoughts with mediation of taking responsibility and Intersection of thoughts in nonclinical population. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* Vol. 9 (No. 33), pp.57-66.
- Holeva, V., Tarrier, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32, 65-68.
- Kashdan, T. B., Uswatte, G., Steger, M.F., Julian, T. (2006). Fragile self-esteem and affective instability in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1609-1619.
- Keane, T. M., Caddell, T. M. & Taylor, L. (1988). Mississippi scale for combat PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives in General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R., Berglund, P., Baruce, M., Koch, J., Laska, E., Leaf, P., et al. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health services Research*, 36, 987-1007.
- Lemaire, C. M., & Graham, D. P. (2011). Factors associated with suicidal ideation in OEF/OIF Veterans. *Journal of Affective Disorders*, 130, 231-238.
- Louise Field, E., Norman, P., Barton, J. (2008). Cross-sectional and prospective associations between cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms following stroke. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 62-70.
- Nateghian, S., Mollazadeh, J.M.A., Gudarzi, M.A., Rahimi, C.M. (2008). Forgiveness and marital satisfaction in combat veterans with posttraumatic stress disorder and their wives. *Journal of Mental Health*, 37(10): 33-46. [Persian].
- Pillar, G., Harder, L., & Malhtra, A. (2006). Trauma and Post-traumatic Stress disorder. In T. Lee-chiong (Ed.), *sleep: A comprehensive hand book* (PP.857-866). Hoboken, N J: John Wiley & sons.
- Resick, P. A., Bovin, M.J., Calloway, A.L., Dick, A.M., King, M.W., Mitchell, K.S., et al. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Trauma Stress*, 25(3):241-51.
- Reynolds, M., Wells, A. (1999). The thought control questionnaire psychometric properties in a clinical sample, and relationship with PTSD and depression. *Psychological Medicine*;9:1089-99.
- Roussis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Difference*, 40(1), 111-122.
- Roussis, P., Wells, A. (2008). Psychological factors predicting stress symptoms: meta cognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, & Coping*;21:213-25.
- Scarpa, A., Wilson, L.C., Wells, A.O., Patriquin, M.A., Tanaka, A. (2009). Thought control strategies as mediators of trauma symptoms in young women with histories of child sexual abuse. *Behavior Research and Therapy*;47:809-13.
- Schnurr, P. P., Hayes, A. F., Lunney, C. A., McFall, M., & Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in Veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 707-713.
- Shafiee, M, Basharpour, S, Heydaryrad, H. (2016). Comparison of the meaning of life, suicidal thoughts, and cognitive distortions between female patient affected by post-traumatic stress disorder and non-patient. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* Vol. 9 (No. 40), pp. 67-76.
- Shirinzadeh, S. (2006). The comparison of meta cognitive beliefs and responsibility in patients with obsessive-compulsive, generalized anxiety disorder and normal persons. *Master of art thesis Shiraz university*;14(1): 46-55. [Persian].
- Slavian, R. E. (2006). *Educational psychology: Theory and practice*. 8th ed. New York: Pearson.
- Warda, G., & Bryant, R. A. (1998). cognitive bias in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1177-1183.
- Wells, A. (2003). Anxiety disorders, metacognition and change. In: Leahy R.L. (editor). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford: 69-88.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18-25.

- Wells, A.(2000) Emotional disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy, John Wiley& Sons LTD; PP: 3-54.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85–102.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A., (1995) Metacognition and Worry: A cognitive model of generalize anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A., Davies, M.(1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behaviour Research and Therapy*; 32: 871-878.
- Wells, A., Matthews, G.(1994). Attention and emotion: A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum.
- Yousefi, R., JangiAghdam, H., Saivanizadah, M., Adhamiyan, A.(2008). Comparison Metacognitions on Patients with Schizophrenia, Anxiety disorder and no patient control group. *Advances in Cognitive Science*; 10(2): 1- 8 (In Persian).
- Zarbaksh, M.R, Rahmani, M.A, Shahri, S. (2014). The Relationship between Field Independence and Dependence, Obsessive-Compulsive Symptoms and Meta-Cognitive Beliefs in a Nonclinical Sample of Students. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* Vol. 8 (No. 28), pp.7-16.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 12 (No. 47), pp. 37-46, 2018

The comparison of meta-cognitive beliefs and thought control strategies in the patients with Post-Traumatic Stress Disorder and normal persons

Abdolpour, Ghasem

University of Shahed, Tehran, Iran

Bakhsheepour Roodsari, Abbas

University of Shahed, Tehran, Iran

Mahmoud Aliloo, Majid

University of Shahed, Tehran, Iran

mohajjel rezai, Shiva

Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Received:15.01.2018

Accepted: 17.02.2018

Post-traumatic stress disorder is a disorder characterized by repeated experience of traumatic event, avoidance of stimulus memories of the traumatic event and extreme arousal and negative changes in cognition and mood. The aim of this study was to compare the meta-cognitive beliefs and thought control strategies in patients with Post-Traumatic Stress Disorder and normal subjects. For this purpose, in a post-event study, among patients with Post-Traumatic Stress Disorder in families referred to the psychiatric clinics of Tabriz, 40 patients with post-traumatic stress disorder and 40 normal subjects were selected in an accessible method and they were tested in terms of meta-cognitive beliefs, thought control strategies and Post-Traumatic Stress. The results of multivariate analysis of variance showed that the mean scores of meta-cognitive beliefs and thought control strategies in patient with Post-Traumatic Stress Disorder is significantly more than normal subjects. It seems patients with Post-Traumatic Stress have, thought control strategies that are less efficient and more disturbed meta-cognitive beliefs. The findings also have important implications for the psychopathology and treatment of these patients.

Keywords: Meta-cognitive beliefs, Thought control strategies, Post-Traumatic Stress Disorder

Electronic mail may be sent to: g.marand@yahoo.com