اثربخشی درمان رفتاری- فراشناختی بر کاهش میزان خودتنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

عیسی بخت‌آور*، حمیدرضا نشاط‌دوست، حسین مولوی، فاطمه بهرامی

چکیده

مقدمه: شیوع نسبتاً بالای اختلال استرس پس از سوانح طبیعی و غیر طبیعی چون حوادث رانندگی و وجود اختلالات متعدد همراه با این بیماری توجهی مضاعف را می‌طلبد. این پژوهش با هدف اثربخشی درمان رفتاری- فراشناختی بر کاهش علائم خودتنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش به روش کارآزمایی- بالینی و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از جانبازان مراجعه‌کننده به دو بیمارستان روانپزشکی جانبازان جنگ در شهر اصفهان که بر اساس ملاکهای «DSM-IV-TR» دچار اختلال استرس پس از حادثه بودند، انجام شد. سی نفر به عنوان نمونه بطور تصادفی انتخاب گردیدند و در دو گروه شاهد و تجربی به روش گمارش تصادفی جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون که با استفاده از پرسشنامه کنترل فکر به عمل آمد، گروه تجربی علاوه بر دارو- درمانی طی ۸ جلسه هفتگی تحت درمان رفتاری- فراشناختی قرار گرفت. در حالی که گروه شاهد فقط دارو دریافت نمود. پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با همان ابزار انجام گرفت و نتایج آن به کمک آزمون تحلیل کوواریانس و تحت نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که درمان رفتاری- فراشناختی در مهار علائم خود- تنبیهی تأثیر معنی‌داری دارد. میزان بهبودی این علائم در پس‌آزمون ۵۲ درصد و در پیگیری دو ماهه ۵۰ درصد بود. به وسیله تسهیل انتقال از شیوه عینی به شیوه فراشناختی و افزایش مهارتهای مقابله‌ای کارآمد و انعطاف‌پذیر بر کاهش علائم خود- تنبیهی اثر می‌نماید.

نتیجه‌گیری: این مداخله بر ارتقای مهارتهای انطباقی کارآمد و انعطاف‌پذیر از طریق فرایندهای فراشناختی- رفتاری و تأثیر آن در کاهش خودتنبیهی در بیماران اختلال استرس پس از سانحه تأکید می‌نماید.

کلیدواژه‌ها: درمان رفتاری- فراشناختی، علائم خودتنبیهی، اختلال استرس پس از سانحه.

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه (Post Traumatic Stress Disorder-PTSD) شامل مجموعه‌ای از علائم اضطرابی است که در پی مواجهه با عامل استرس‌زا بروز می‌کند. این مواجهه می‌تواند به صورت شاهد بودن، تجربه فردی و یا شنیدن واقعه باشد که فرد به صورت ترس و درماندگی به آن پاسخ می‌دهد(۱). خودتنبیهی نیز نوعی رفتار خود آزارانه برای کنترل افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده است که در افراد مبتلا به PTSD به عنوان راهکار مقابله‌ای، به وفور دیده می‌شود(۲).

میزان شیوع اختلال استرس پس از سانحه در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد می‌باشد(۱). نتایج یک پژوهش بر روی ۲۲۹ نوجوان فلسطینی ساکن در نوار غزه که به دنبال قیام دوم انتقاضه، در معرض اعمال خشونت‌آمیز قرار گرفته بودند نشان داد ۶۸/۹ درصد از آنها دارای PTSD می‌باشند(۳). بنابراین، با توجه به فراوانی رویدادهای آسیب‌زا، اختلال استرس پس

آدرس مکاتبه: عیسی بخت‌آور، کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، خیابان هزارجریب، اصفهان.
bakhtavar@yahoo.com
دکتر حمیدرضا نشاط‌دوست، دانشیار گروه روانشناسی؛ دکتر حسین مولوی، استاد گروه روانشناسی؛ و دکتر فاطمه بهرامی، استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان.
اعلام وصول: ۸۶/۷/۵، اصلاح نهایی: ۸۶/۸/۱ و پذیرش: ۸۶/۹/۱۵

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.4.5]

از سانحه به عنوان یک نگرانی عمده برای سلامت و عملکرد انسانها مطرح است که راهبردهایی مثل خودتنبیهی در دوام آن نقش اساسی را ایفا می‌کند.

علاوه بر شیوع نسبتاً بالای این اختلال (بخصوص در کشور ما با توجه به وقوع جنگ تحمیلی، وفور تصادفات جاده‌ای، شیوع فراوان زلزله و دیگر بلایای طبیعی و مواردی از این قبیل)، وجود اختلالات متعدد همراه با این بیماری توجه مضاعف به آن را می‌طلبد. تحقیقات مختلف وجود اختلالات روانی همراه با PTSD مثل اضطراب، خودتنبیهی، افسردگی، فوبیا، پانیک، اشکال در روابط بین فردی، کنترل عاطفی، مصرف مواد مخدر و الکل به منظور خود- درمانی را فراوان گزارش کرده‌اند(۱). این مسأله در جانبازان جنگ مبتلا به PTSD، شکل پیچیده‌تری را به خود می‌گیرد. در چند پژوهش مختلف نشان داده شده که معلولیت جانبازان بر مدیریت خانواده، امور تربیتی فرزندان، روابط عاطفی اعضای خانواده، امور اقتصادی، معیشتی و تحصیلی اعضای خانواده بیش از حد متوسط بوده و نیز بر روی شخصیت کودکان، سلامت روانی همسران، رضایت زناشویی، طلاق و جدایی تأثیر بسزایی دارد(۷و۸). این مسائل، خودتنبیهی را در آنها به عنوان راهکاری برای کنترل و غلبه بر احساس گناه ناشی از احساس ضعف در عملکرد شخصی، افزایش می‌دهد، در حالی که استفاده از خودتنبیهی به عنوان یک راهبرد ناکارآمد کنترل فکر، باعث تداوم علائم اختلال استرس پس از سانحه می‌گردد و به این ترتیب، چرخه معیوبی را شکل می‌دهد.

رینولدز و ولز نشان دادند استفاده از خودتنبیهی و نگران- اندیشی به عنوان راهبرد کنترل فکر، ارتباط مثبتی با میزان نگرانی بیمارگونه، روان- رنجورگرایی و درون‌گرایی دارد(۹). ولز و متیوس نیز در پژوهش‌های خود، ناسازگارانه بودن راهبردهای کنترل فکر مبتنی بر خودتنبیهی و نگران- اندیشی را نشان داده‌اند(۱۰). خودتنبیهی به عنوان یک راهبرد ناکارآمد کنترل فکر، سبب محدود شدن توجه به محرکهای تهدیدآور و مقابله به صورت تلاش برای اجتناب از افکار می‌شود و به این ترتیب، از پردازش سازگارانه طبیعی و اصلاح راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار جلوگیری می‌نمایند و چرخه معیوبی را ظاهر می‌کند(۱۱).

بنابراین، تأثیر منفی علائم خودتنبیهی بر عملکرد شغلی- اجتماعی و خانوادگی، و نیز اثر آن بر تداوم علائم PTSD، در جانبازان جنگ، بررسی روش‌های جدید را برای پیشگیری و درمان ضرورت می‌بخشد.

طبق مدل S-REF عوامل فراشناختی بر روی راهبردهای غیر مفید کنترل فکر و سایر راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده در اختلالات هیجانی که باعث حفظ هیجانات منفی می‌شوند، تأثیر بسزایی دارند(۱۰،۲).

نگرانی مرضی و نشخوار ذهنی در راه‌اندازی و تداوم افکار و تصاویر مزاحم و راهبرهای خود- کنترلی هیجانی- مدار از قبیل خودتنبیهی دخالت دارد. مدل فراشناختی این راهبردها را نتیجه کنترل و نظارت فراشناختی، شناخت دانسته و بر فراشناختها به عنوان یک عامل عمومی آسیب‌پذیری روانی تأکید می‌کند(۱۳،۱۲).

این رویکرد درمانی بیان می‌کند که قادر ساختن بیمار به ایجاد سبکهای سازگارتر فکری- رفتاری در پاسخ به علائم مزاحم و رفع موانع پردازش سازگارانه خودکار (Reflexive Adaptation Process-RAP)، برای کاهش خودتنبیهی و جایگزین شدن راهبردهای مقابله‌ای سازگارتر مفید است. در این مطالعه سعی گردیده است اثربخشی این روش درمان در بیماران مبتلا به PTSD مورد ارزیابی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از دسته طرحهای تجربی و کاربردی (کارآزمایی بالینی) است که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد به همراه پیگیری دو ماهه و با استفاده از گزینش تصادفی اجرا گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی، از میان جانبازان مراجعه‌کننده دو بیمارستان روانپزشکی وابسته به بنیاد شهید و امور ایثارگران در شهر اصفهان (بیمارستانهای شهید مطهری و شهید رجایی) ۳۰ نفر به عنوان نمونه و بطور داوطلبانه و با آگاهی از روش و اهداف مطالعه انتخاب شدند و با روش گمارش تصادفی در دو گروه تجربی (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵نفر) جایگزین شدند.

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.4.5]

گروه تجربی بعد از اجرای پیش‌آزمون، علاوه بر دارو- درمانی (تأکید بر ادامه درمانهای قبلی)، طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته در هفته، تحت درمان رفتاری- فراشناختی قرار گرفتند، در حالی که گروه شاهد فقط دارو دریافت کردند. در نهایت، پس‌آزمون و پی‌گیری دو ماهه انجام گرفت.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه کنترل فکر (Thought Control Questionnaire-TCQ) بود، که به وسیله ولز و دیویس برای اندازه‌گیری تمایل افراد به استفاده از راهبردهای فراشناختی خاص به منظور کنترل افکار مزاحم و ناراحت‌کننده، ساخته شده است. در این پژوهش از خرده مقیاس خودتنبیهی این آزمون استفاده شده است. سازندگان این آزمون ضریب آلفای کرونباخ را برای این خرده مقیاس ۶۴ درصد و نیز ضریب پایایی به روش بازآزمایی به مدت ۶ هفته را برای آن ۶۷ درصد ذکر کرده‌اند(۱۴).

ویژگیهای روانسنجی این آزمون در ایران مورد مطالعه قرار نگرفته است. بنابراین، برای تعیین روایی و پایانی آن، ابتدا نسخه اصلی پرسشنامه توسط محقق از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه گردید. سپس با توجه به روش توصیه شده(۱۵)، متن ترجمه شده فارسی، در اختیار دو نفر از دانشجویان دوره دکتری زبان انگلیسی قرار داده شد تا آن را مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه کنند. متن ترجمه انگلیسی آن با نسخه اصلی مقایسه گردید و در مواردی که بین دو متن انگلیسی، ناهماهنگی وجود داشت، تجدید نظر لازم اعمال شد. در نهایت، فهرست سؤالات به تعدادی از افراد نرمال داده شد و سؤالاتی را که برای این افراد مبهم بودند در آخرین مرحله اصلاح شدند. نسخه به دست آمده از این مراحل برای تعیین پایایی و روایی، همزمان بر روی ۵۰ نفر از افراد جامعه پژوهش که داوطلبانه حاضر به همکاری بودند، مورد اجرا قرار گرفت. ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای این خرده مقیاس ۶۸ درصد و روایی همزمان آن با پرسشنامه پن (Penn Inventory-PI)، ۴۲ درصد به دست آمد.

موضوع جلسات درمانی منطبق بر پیشنهاد ولز و سمبی از این قرار بود:

جلسه اول؛ شامل مفهوم‌سازی موردی، آشناسازی، فراخوانی علائم PTSD و سپس فرمول‌بندی نیمرخ فراشناختی بر اساس مدل فراشناختی برای شناسایی فراشناخت‌ها و شیوه‌های متداول پردازش مشکلدار.

جلسه دوم؛ شامل تحلیل فواید و مضرات نگرانی- نشخوار فکری و راهبردهای توجهی نظارت بر تهدید، که در حفظ و تداوم علائم مؤثر هستند، و آموزش تکنیک ذهن آگاهی بی‌طرفانه در پاسخ به افکار مزاحم، فلاش‌بک‌ها و کابوسها.

جلسه سوم؛ شامل آموزش تکنیک به تعویق انداختن نگرانی برای کاهش نگرانی و نشخوار فکری.

جلسه چهارم و پنجم؛ شامل بازبینی روند پیشرفت استفاده از دو تکنیک قبلی، بررسی و رفع موانع موجود در استفاده از این تکنیکها و شناسایی راهبردهای مقابله‌ای دیگر مانند اجتناب، سرکوب افکار و... .

جلسه ششم و هفتم؛ آموزش تکنیک تغییر توجه و کنار گذاشتن نظارت بر تهدید به دنبال کاهش نگرانی- نشخوار فکری و پیشرفت بیماران در استفاده از دو تکنیک قبلی برای مقابله با علائم مزاحم، فلاش‌بک‌ها و برانگیختگی‌های هیجانی. از تکنیک تغییر توجه برای مقابله با راهبردهای مشکلدار بازبینی توجه که شامل توجه به منابع درونی تهدید (علائم و احساسات بدنی) و منابع بیرونی تهدید (بررسی محیط به منظور شناسایی تهدیدات) است، استفاده شد.

جلسه هشتم؛ شامل بازبینی پیشرفت بیماران در استفاده از تکنیک تغییر توجه و کنار گذاشتن نظارت بر تهدید و کاربرد آن در زندگی روزمره بود. علاوه بر آن، گام بعدی در این جلسه شامل آموزش تمرکز مجدد بر توجه بطور فعالانه به بیماران بود. در نهایت، در این جلسه، به منظور جلوگیری از عود بیماری، فرمول‌بندی اولیه و چگونگی مدیریت استرس در آینده به هنگام مواجهه بیماران با علائم‌شان مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در آخر هر جلسه درمانی، یک تکلیف خانگی نیز ارائه گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون علائم خود- تنبیهی در گروه تجربی ۱/۹۴±۱۹/۰۷ و در گروه شاهد ۲/۰۵±۱۹/۹۳ بود. در پس‌آزمون این علائم در دو گروه به ترتیب گروه به ۱/۹۹±۹/۴۰ و ۲/۷۰±۱۴/۲۰ رسید. در پیگیری دو ماهه به ترتیب در دو گروه ۲/۵۰±۱۰/۴۷ و ۲/۱۳±۱۵/۱۳ شده بود. نتایج تحلیل کواریانس در جدول یک نشان داده شده است.

جدول یک نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیرهای کنترل و با توجه به ضریب F محاسبه شده، بین میانگینهای تعدیل شده نمرات خودتنبیهی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش،

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.4.5]

جدول ۱: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان خود تنبیهی دو گروه

متغیرهای وابسته	مراحل پژوهش	متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	میزان تأثیر	توان آماری
علائم خودتنبیهی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۳۵/۲۵۵	۷/۷۵۵	۰/۰۱۰	۰/۲۲۳	۰/۷۶۶
		عضویت گروهی	۱	۱۳۲/۸۵۵	۲۹/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۰	۰/۹۹۴
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۲۰/۳۱۱	۴/۱۸۱	۰/۰۵۱	۰/۱۳۴	۰/۵۰۵
		عضویت گروهی	۱	۱۳۱/۸۶۵	۲۷/۱۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱	۰/۹۸۹

بر حسب عضویت گروهی (دو گروه تجربی و شاهد) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P<۰/۰۱$). بنابراین، درمان رفتاری- فراشناختی بر میزان خودتنبیهی در پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه گروه تجربی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر به ترتیب در پس‌آزمون و پیگیری عبارت بودند از ۵۲ درصد و ۵۰ درصد توان آماری نزدیک به یک، و سطح معناداری نزدیک به صفر نمایانگر کفایت حجم نمونه می‌باشد. هر چند در این جدول رابطه معنی‌داری بین نمرات پیش‌آزمون و علائم خودتنبیهی وجود دارد، اما این رابطه کنترل شده است. میانگینهای تعدیل شده نمرات علائم خودتنبیهی در دو گروه تجربی و شاهد در پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه نیز در جدول دو نشان داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

درمان رفتاری- فراشناختی، بر کاهش میزان خودتنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، مؤثر می‌باشد. این نتیجه با یافته‌های دیگران مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود علائم نگرانی، اضطراب، خود تنبیهی و PTSD و نیز با یافته‌های مربوط به بهبود در نگرش‌ها و علائم یک مورد اختلال وسواسی- اجباری و تداوم آن در پیگیری ۳ و ۶ ماهه به دنبال درمان فراشناختی مطابقت دارد(۱۷،۱۶،۴). این یافته‌ها با نتایج پژوهش رینولدز و ولز نیز همسویی دارد. این دو پژوهشگر حساسیت خرده مقیاسهای پرسشنامه کنترل فکر (TCQ) را نسبت به بهبودی از علائم PTSD مورد بررسی قرار داده‌اند. طبق یافته‌های آنها، میزان استفاده از راهبردهای کنترل فکر مبتنی بر نگرانی و خودتنبیهی در گروه بهبود یافته از علائم PTSD نسبت به گروه بهبود نیافته و در مقایسه با خط پایه کاهش معناداری را نشان داده، نتایج این پژوهش در پیگیری ۶ ماهه همچنان تداوم داشته است(۹).

به نظر می‌رسد این روش درمانی از طریق رفع نگرانی- نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف‌پذیر، پردازش طبیعی سانحه و برگشت شناخت به محیط طبیعی عاری از تهدید را میسر می‌سازد. تلویحات کلینیکی از یافته‌های پژوهش حاضر این است که درمان رفتاری- فراشناختی، با تمرکز بر قطع سبکهای ناسازگار تفکر و فراشناخت و به عنوان یک مداخله کم هزینه و کوتاه مدت، تکنیکهایی را به کار می‌برد که مانند درمان شناختی- رفتاری نیازی به آموزش‌های تخصصی وسیع ندارد. همچنین به جای چالش با محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمانهای سنتی شناختی بر آنها تأکید ورزیده می‌شود، بر فعال کردن شیوه‌های فراشناختی انعطاف‌پذیر در مورد نگرانی و رفع نظارت غیر قابل انعطاف بر تهدید تأکید می‌نماید(۴).

به عنوان محدودیت پژوهشی، می‌توان به اعمال ملاکهای حذف و انتخاب مثل نداشتن اختلالات همراه با PTSD، که این مسأله سبب کاهش درصد جانبازی به زیر ۵۰ درصد شد، و نیز داشتن سطح تحصیلات سیکل به بالا و متأهل بودن اکثر افراد نمونه، اگرچه اندازه واریانس‌های خطا را کاهش داده و توان بیشتری برای کاوش تأثیرات مورد نظر فراهم می‌کند، اما از تعمیم‌پذیری نتایج به جامعه گسترده‌تر می‌کاهد و علاوه بر

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.4.5]

ایجاد دشواریهای عملی، بررسی تفاوتهای فردی را ناممکن می‌سازد.

پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی، ضمن رفع محدودیتهای این پژوهش و طولانی‌تر کردن زمان و تعداد پیگیریها، از ترکیب نمونه‌های غیر همگن مواجه شده با انواع مختلف استرسورها، مانند بلایای طبیعی، تصادفات، قربانیان تجاوز جنسی یا خشونت و آسیب‌دیدگان به دیگر تجارب استرس‌زا که دارای علائم خودتنبیهی هستند، استفاده به عمل آید و نیز با اتخاذ دو گروه تجربی و یک گروه شاهد، به گونه‌ای که ملاحظات اخلاقی نیز رعایت شود، به مقایسه میزان اثربخشی ترکیب این روش با دارو- درمانی و دارو- درمانی به تنهایی، پرداخته شود.

منابع

1-Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry. Philadelphla: Lippincott Williams & wilkins. 2007: G12-21.
2- Wells A. Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. Chichester: Wiley. 2000.
3- Elbedour S, Onwuegbuzie AJ, Ghannam J, Whitcome JA, Abu Hein F. Posttraumatic stress disorder, depression and anxiety among Gza strip adolescents in the wake of the second uprising (Intifada). Child Abuse and Neglect 2007; 31: 719-29.
4- Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: tests of relationship with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. Personality and Individual Differences 2006; 40(1): 111-22.
5- Wells A. Sembis metacognitive therapy for PTSD: a preliminary intervention of new brief treatment. Behavioral Journal of Therapy and Experimental Psychiatry 2004; 35: 307-18.
6- Shipherd JC, Stafford J, Tanner LR. Predicating alcohol and drug abuse in persian Gulf war veterans: what rolre do PTSD symptoms play? Addictive Behaviors 2005; 30: 595-9.
7- Asgari S. [Study of personality characteristics in children of war veterans]. Dissertation for the master of sciences degree. Tehran: Tarbiate Modarres University. 1991.
8- Mardani A. [Study of the psychological profiles of the spouses of war veterans with PTSD (using the SCL-90-R) in Chaharmahal-o-Bakhtiari province]. Dissertation for the master of sciences degree. Isfahan: Isfahan University. 2000.
9- Rynolds M, Wells A. The thought control questionnaire psychometric properties in a clinical sample, and relationship with PTSD and depression. Psychological Medicine 1999; 9: 1089-99.
10- Wells A, Matthews G. Modeeling cognition in emotional disorder: the S-REF model. Behavior Research and Therapy 1996; 34: 881-8.
11- Andrews L, Troop N, Joseph S, Hiskey S, Coyne I. Attempted versus successful avoidance: associations with distress, symptoms, and strategies for mental control. Personality and Individual Differences 2002; 33(6): 897-907.
12- Wells A. Cognition about cognition: metacognition therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. Cognitive and Behavioral Practice 2007; 14: 18-25.
13- Morrison AP, Wells AA. Comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. Behavior Research and Therapy 2003; 41: 251-6.
14- Wells AM, Davies M. The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. Behaviour Research and Therpy 1994; 32: 871-8.
15- Brislin R, Lonner W, Thorndike R. Cross-cultural research method. New York: Wiley. 1973.
16- Wells Aking P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2006; 37(3): 206-12.
17- Andooz Z. [Efficacy of the Wales' model of meta-cognitive therapy in treatment of one case with Obsessive Compulsive Disorder]. Andishe-va-Raftar Quarterly 2004; 12(1): 59-66.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.4.5]

www.mui.ac.ir

Efficacy of Meta Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Self Punishment in Patients with Post Traumatic Stress Disorder

Bakhtavar E, Neshat-Doost H, Molavi H, Bahrami F

Abstract

Introduction: This study aimed to examine the efficacy of Meta Cognitive Behavioral Therapy (MCBT) on reducing self-punishment behaviors in patients with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).
Methods: In this clinical trial study, One hospital (Shahid Rajaie) was selected from the two psychiatric hospitals for war veterans in Isfahan through multi stage cluster sampling. Thirty subjects were then randomly selected from the war veterans with PTSD referred to this hospital and were randomly assigned to one experimental and one control group. Thought Control Questionnaire (TCQ) was then administerd to both groups as pretest. Afterward the experimental group received Meta-Cognitive Behavioral Therapy (MCBT) in 8 weekly sessions as well as drug therapy while the control group received only drug therapy. Post-tests were then administered to both groups once immediately afterward and then 2 months later.
Findings: Results showed that MCBT was followed by a significant decrease in self-punishment ($P<0.01$). Compared with pretest, the experimental group showed a 52% decrease in the rate of self -punishment in the immediate post-test and a 50% decrease in that at the two-month follow-up post-test.
Discussion: This intervention is believed to reduce self- punishment by facilitating transmission from the object mode to the metacognitive mode and enhancing the efficient and flexible coping skills. **Key words:** Metacognitive Behavioral Therapy, Self-punishment, Post Traumatic Stress Disorder.

Source: Journal of Research in Behavioural Sciences 2007; 5(2): 93-97.

Addresses:
Corresponding author: Eesa Bakhtavar (Educator), Department of Psychology, School of Psychology and education, Isfahan University, Hezar Jerib St, Isfahan. E-mail: bakhtavar@yahoo.com
Dr Hamidreza Neshatdoost, Associate Professor of Department of Psychology, School of Psychology and education, Isfahan University; Dr Hosein Molavi, Assisstant Professor of Department of Psychology, School of Psychology and education, Isfahan University; Dr Fatemeh Bahrami, Assistant Professor of Department of Counseling, School of Psychology and education, Isfahan University.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.4.5]