

The effectiveness of Metacognitive therapy to improve false memory and working memory in veterans with PTSD

Hamid Kazemi Zahrani*

Assistant Professor in Psychology, Humanity Faculty, Payam Noor University. Tehran. Iran

Salman Ghorbani

MA: Mental health expert, Network Health, Najaf Abad center, Esfahan.

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of Metacognitive therapy (MCT) on false memories in post-traumatic stress disorder (PTSD) veterans. This quasi-experimental research was conducted with pre-posttest design with control groups. The statistical population consisted all veterans with a diagnosis of PTSD were referred to the center therapy in Esfahan and Najafabad city. For this purpose, 30 patients with PTSD were selected with available sampling and were randomly divided to an experimental and control group. All patients were assessed by demographic information Questionnaire and Roediger & McDermott false memory test (DRM) at pre and posttest. The experimental group received 8 Metacognitive therapy sessions. Analysis of covariance showed that at posttest, the experimental group showed a significant improvement false memory ($P < 0.05$). Also the experimental group did not show significant differences false recall. According to the findings about the effect of Metacognitive therapy on improvement false memory, the treatment can be used for patients with posttraumatic stress disorder.

Keywords: Metacognitive therapy, false memory, posttraumatic stress disorder, veterans

* m.malekpour@edu.ui.ac.ir

پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری (علمی - پژوهشی)

سال هشتم، شماره اول، پیاپی (۱۴)، بهار و تابستان ۱۳۹۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۳۱ تاریخ بازنگری: ۱۳۹۶/۰۵/۱۴ و ۱۳۹۷/۰۵/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۱۰

صص: ۱۵-۲۴

اثربخشی درمان فراشناختی بر حافظه کاذب جانبازان مبتلا به اختلال به PTSD

حمید کاظمی زهرانی^{۱*}، سلمان قربانی^۲

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

kazemi_psy@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و کارشناس بهداشت روان شبکه بهداشت و سلامت مرکز نجف‌آباد، اصفهان

salman_psy@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان فراشناختی بر حافظه کاذب افراد مبتلا به اختلال استرس پس از یک سانحه بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری آن همه جانبازان مبتلا به تشخیص PTSD مراجعه‌کننده به مراکز شهر اصفهان و شهرستان نجف‌آباد بودند. از بین آنها تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به PTSD به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). آزمودنی‌ها در هر گروه قبل و پس از درمان به وسیله پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و آزمون حافظه کاذب رودیگر و مک درموت آزمایش شدند. هشت جلسه درمان گروهی فراشناختی روی گروه آزمایش انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، بهبودی معناداری در حافظه کاذب یافتند ($P < 0/05$)؛ ولی تفاوت معناداری در مؤلفه یادآوری کاذب مشاهده نشد. با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر درمان فراشناختی بر بهبود کاذب، از این درمان برای بهبود این متغیرها در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه استفاده می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی، حافظه کاذب، اختلال استرس پس از سانحه، جانباز

مقدمه

یکی از بزرگ‌ترین استرس‌هایی که فرد در طی زندگی خود با آن روبه‌رو می‌شود، تجربه جنگ است. جنگ یکی از عوامل تأثیرگذار بر میزان شیوع، زمان شروع و سیر اختلالات روانی به حساب می‌آید. در هر جنگ صدماتی بر افراد وارد می‌شود. از جمله صدماتی که به صورت شایع در جنگ‌های بزرگ و کوچک رخ می‌دهد، اختلال استرس پس از سانحه^۱ است. این اختلال، ناتوان‌کننده است که در برخی افراد پس از مواجهه با تروما رخ می‌دهد. نشانه‌های آن خاطرات مکرر مزاحم، اجتناب، کناره‌گیری و بیش‌برانگیختگی است. انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۳ اعلام کرد شیوع اختلالات PTSD بین جانبازان شیمیایی و غیرشیمیایی به ترتیب ۰/۴۰ و ۰/۲۸،۱ است (محقق مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

اختلال PTSD با نقایص شناختی در توجه، فراشناخت، کنترل اجرایی و حافظه ارتباط دارد (اسکات و همکاران، ۲۰۱۷). تحقیقات نشان داده‌اند این افراد بیشترین نقایص را در حوزه حافظه نشان می‌دهند (بروین و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسکات و همکاران، ۲۰۱۵). کانستنس^۲ و همکاران (۲۰۰۵) مطرح کردند در اختلال استرس پس از سانحه کارکرد طبیعی حافظه مشکل پیدا می‌کند و اطلاعات همراه با خطا پردازش و بازیابی می‌شوند. سگوویا^۳ و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند آشفتگی‌های حافظه در این بیماران با نشانه‌های اجتناب و کرختی بیشتر ارتباط معنی‌داری دارد. الگوهای نظری PTSD معتقدند ماهیت حافظه مرتبط با تروما در مزمین شدن

نشانه‌های اختلال نقش مهمی دارند. اهلر و کلارک^۴ (۲۰۰۰) و فوآ و لزاک^۵ (۱۹۸۶) بیان کردند اطلاعات مرتبط با تروما ساختارهای پراکنده‌ای در حافظه بیماران PTSD دارند و برای درمان موفق باید به این اطلاعات توجه شود. بسیاری از محققان معتقدند که حافظه مرتبط با تروما پراکنده‌تر و آشفته‌تر از حافظه مرتبط با حوادث غیرتروماتیک است (بایرن^۶ و همکاران، ۲۰۰۰؛ ترومپ^۷ و همکاران، ۱۹۹۵).

فوآ و همکاران (۱۹۹۵) پیش‌بینی کردند درمان‌هایی که به سازمان‌بندی حافظه مرتبط با تروما منجر شود، علائم PTSD را کاهش می‌دهد. کلیم^۸ و همکاران (۲۰۰۸) مطرح کردند پیوسته‌بودن^۹ حافظه تروما با سایر اطلاعات زندگینامه‌ای فرد ممکن است با PTSD مرتبط باشد. نتایج تحقیقات وان مینون^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۲) این یافته را تأیید می‌کند.

بازماندگان جنگ که با احساس خطر و تهدید ارتباط داشته‌اند، در پردازش اطلاعات، بیشتر نشانه‌های تهدید را رمزگردانی می‌کنند و زمانی که در بافت بازیابی قرار می‌گیرند، بیشتر حوادث تیندگی‌زای گذشته را به یاد می‌آورند (وبر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعات عصب‌شناختی، شواهدی را در حمایت از این نظریه فراهم می‌کنند که تیندگی باعث آسیب هیپوکامپ می‌شود. از آنجاکه هیپوکامپ تأثیر مهمی در حافظه کاری دارد، تیندگی مداوم به نقایص در تحکیم اطلاعات منجر می‌شود (لین^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۵؛ وستبرگ^{۱۳}، ۲۰۰۴؛ ادوهرتی^{۱۴} و

4. Ehlers & Clark

5. Foa & Lezak

6. Byrne

7. Tromp

8. Kleim

9. Disjointedness

10. Van Minnen

11. Weber

12. Lane, Ryan

13. Westerberg

14. O'Doherty

1. Post-traumatic stress disorder (PTSD)

2. Cottencin

3. Segovia

یکی از جنبه‌های مهم سبب‌شناسی PTSD است که باید به آن توجه شود؛ به‌ویژه عقاید فرد درباره فکرکردن و حافظه در درمان ضروری هستند. مطابق با دیدگاه ولز (۲۰۰۰) بدون فاصله پس از حادثه تروماتیک، افکار مزاحم، خاطرات و برانگیختگی ایجاد می‌شود که جنبه عادی فرایند سازگاری با تروما است و پردازش سازگارانۀ خودکار^۸ نامیده می‌شود. پس از سانحه، هدف درونی این پردازش، گسترش و بسط طرح یا نقشه‌ای برای هدایت تفکر و عمل در مواجهه با تهدیدهای احتمالی آینده است (ولز، ۲۰۰۹). RAP به طور خودکار در پاسخ به افکار مزاحم شروع به فعالیت می‌کند و با اجرای شبیه‌سازی‌هایی (تجسم ذهنی سانحه) در رابطه با تهدید مرتبط است. شبیه‌سازی‌های تجسم ذهنی برای گسترش نقشه شناختی راه خوبی است؛ چون علت - معلولی پیچیده و پیامدهای عمل - محرک را در طول زمان نشان می‌دهد. الگوی فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه بر این اصل استوار است که بیشتر افراد از ظرفیت انطباق با حوادث آسیب‌زا و تکان‌دهنده برخوردارند و مشکلات طولانی‌مدت پیدا نمی‌کنند؛ اما RAP با فعال‌شدن مسدود می‌گردد که سندرم شناختی - توجهی^۹ (CAS) نامیده می‌شود. CAS دربردارنده نگرانی، نشخوار، پایش تهدید و رفتارهای انطباقی غیرمؤثر است و برانگیختگی آن به رشد عقاید فراشناختی و برنامه‌هایی منجر می‌شود که با حوادث تروماتیک و علائم اولیه فعال شده است. عقاید فراشناختی مثبت و منفی، CAS را در تأثیر قرار می‌دهد و به حفظ علائمی می‌انجامد که مانع تنظیم دوباره پردازش‌های عادی بدون تهدید در فرد می‌شود. واقعیت این است که برخی مداخلات مانند

همکاران، ۲۰۱۷). از جمله اختلالات شایع حافظه در این گروه از بیماران حافظه کاذب^۱ است. حافظه کاذب در مبتلایان به اختلال PTSD، شایع‌تر از افراد عادی است و تا ۹۵ درصد گزارش شده است (استامپر و مک‌مالن^۲، ۲۰۰۶). ساختاری که باعث می‌شود افراد تجاربی را به یاد بیاورند که هرگز اتفاق نیفتاده، هنوز به خوبی شناخته نشده است (تیوسکی و مارش^۳، ۲۰۰۰)؛ اما به نظر می‌رسد حافظه به‌نوعی در اثر حوادث تغییر می‌یابد و اطلاعات قبلی را به شکل جدیدی تولید می‌کند (پارک و کلسترم^۴، ۲۰۰۷)؛ باسدن و ریسن^۵، ۲۰۰۲). کلیم و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند بیماران مبتلا به PTSD هنگام گوش‌دادن به داستان‌های کاذب درباره ترومایشان به گونه معناداری، زمان بیشتری نسبت به گروه کنترل برای بازیابی خاطرات و تشخیص درست یا غلط‌بودن این داستان‌ها صرف می‌کنند؛ درحالی‌که در رابطه با داستان‌های کاذب درباره حوادث غیرمرتبط با تروما تفاوت معناداری وجود ندارد.

پیچیدگی و مزمن‌بودن این بیماری موجب انجام تحقیقاتی شده است؛ برای مثال مداخله مدیریت بحران (دبورا و همکاران، ۲۰۱۷)؛ درمان حساسیت‌زدایی با حرکات آهسته چشم (سیکینوتی^۶، ۲۰۱۸)؛ مداخله شناختی-رفتاری (پادماناهاونی و ادوارز^۷، ۲۰۱۶)؛ نیکسون و برالو، ۲۰۱۸)؛ بلونی و همکاران، ۲۰۱۵) و مداخله فراشناختی (دیویس و همکاران، ۲۰۱۶).

در الگوی فراشناختی PTSD (ولز، ۲۰۰۰)؛ ولز و سمبی، ۲۰۰۰) مطرح می‌شود فراشناخت مانند حافظه

1. false memory

2. Sumpter & McMillan

3. Tversky & Marsh

4. Park & Kihlstrom

5. Basden & Reysen

6. Sykinioti

7. Padmanabhanunni, & Edwards

8. Rapid Automatic Processes (RAP)

9. Cognitive Attentional Syndrome (CAS)

مداخلات شناختی بدون فاصله پس از مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا، پردازش مفهومی را افزایش می‌دهند و ناخواسته فرایندهایی شبیه به سندرم شناختی - توجهی را نیرومند می‌کنند و در نتیجه احتمال واکنش‌های استرس غیرعادی را در برخی افراد افزایش می‌دهند (ولز، ۲۰۰۰). در بعضی از مطالعات تأثیر این درمان در بهبود اختلالات مرتبط با کارکرد حافظه به اثبات رسیده است (بنت و ولز، ۲۰۱۰). دیاسن^۱ و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که آموزش‌های فراشناختی ممکن است حافظه کاذب بیماران مبتلا به آمیزی^۲ متوسط را بهبود بخشند.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال استرس پس از سانحه در کشور ایران به دنبال جنگ تحمیلی، لزوم درمان‌های گسترده در این دسته از افراد وجود دارد. از طرف دیگر تحقیقات کمی در زمینه تأثیر درمان‌های جدید بر کارکردهای نوروپسیکولوژی این بیماران صورت گرفته است؛ بنابراین پژوهش حاضر این سؤال را بررسی می‌کند که آیا مداخلات فراشناختی بر عملکرد حافظه کاذب در بیماران مبتلا به اختلال PTSD مؤثر است.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از جمله طرح‌های شبه‌تجربی با گروه آزمایش و کنترل همرا با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است.

جامعه و نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری، همه بیماران مرد مبتلا به تشخیص اختلال PTSD مراجعه‌کننده به مراکز درمان سرپایی شهر اصفهان و شهرستان نجف‌آباد بودند. با توجه به آنکه بهتر است تعداد افراد گروه در پژوهش‌های

آزمایشی بین ۸ تا ۱۲ نفر باشد (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۰)، از بین این جامعه، تعداد ۳۰ نفر از مردان با تشخیص اختلال PTSD براساس مصاحبه بالینی و معیارهای DSM-IV انتخاب شدند. آنها پس از دریافت ملاک‌های ورود و رضایت شرکت در جلسات درمانی وارد طرح پژوهش شدند. در مرحله بعد، این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (n1=n2=15). متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه سنجیده شد. گروه آزمایش تعداد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در درمان فراشناختی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از تمام‌شدن جلسات درمان، آزمون حافظه کاذب در مرحله پس‌آزمون در دو گروه سنجش شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، پرسشنامه‌ها به صورت کاملاً بی‌نام در اختیار اعضای نمونه قرار گرفت تا هویت آنها فاش نشود و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها در راستای اهداف و فرضیه‌های پژوهش حاضر استفاده خواهد شد. همچنین بعد از تمام‌شدن جلسات درمانی، افرادی که در گروه کنترل قرار داشتند، تعداد ۴ جلسه گروهی دریافت کردند.

ابزار پژوهش

آزمون دیس - رودیگر - مک درموت (DRM): این برنامه را دیس برای نخستین بار در سال ۱۹۵۹ برای بررسی حافظه کاذب کلمات تداعی‌کننده به کار برد. در این برنامه به شرکت‌کنندگان فهرست‌هایی ارائه می‌شود. این فهرست‌ها دربردارنده کلماتی است که هریک از آنها به طور معنایی با یک کلمه ارائه‌نشده، یعنی کلمه کلیدی^۳ ارتباط دارند؛ به‌طور مثال

^۱ . Deason

^۲ .Amensia

^۳ . critical

کردند. برای آزمون یادآوری، ضریب همبستگی دونیمه کردن برابر با ۰/۸ و برای آزمون بازشناسی ۰/۸۵ به دست آمد. از آنجاکه DRM یک روش سنجش حافظه کاذب است، پژوهشگران به فراخور نیازهای پژوهشی خود، نسخه‌های متفاوتی از آن تهیه کرده‌اند. در این پژوهش ۶ فهرست از مجموعه فهرست‌های اصلی DRM انتخاب شد. در ایران آلفای کروناخ کل آزمون ۰/۸۹ به دست آمد (زارع و قربانی، ۱۳۹۵).

طرح درمان فراشناختی ولز برای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در جدول ۱ ارائه شده است.

شرکت کنندگان کلماتی را مثل رختخواب، استراحت، بیداری، خسته و رویا می‌شنوند. این کلمات با کلمه کلیدی «خواب» که ارائه نمی‌شود، ارتباط معنایی دارند. پس از ارائه هر فهرست، آزمون یادآوری آزاد انجام می‌گیرد و سپس فهرست بعدی ارائه می‌شود و بعد از آن آزمون یادآوری مربوط به آن فهرست و به‌همین ترتیب همه فهرست‌ها ارائه می‌شوند. پس از ارائه همه فهرست‌ها، آزمون بازشناسی انجام می‌گیرد که دربردارنده کلمات ارائه شده، کلمات کلیدی ارائه نشده و کلمات اضافه است. رودریگر و مک درمونت (۱۹۹۵) با استفاده از روش دونیمه کردن، پایایی نتایج آزمون یادآوری و بازشناسی را محاسبه

جدول ۱. طرح درمان فراشناختی برای اختلال استرس پس از سانحه (جلسات درمانی ولز، ۲۰۰۹)

جلسه اول	خوش آمدگویی به بیماران، معرفی درمانگر، معرفی اعضاء، ارزیابی علائم اختلال استرس پس از سانحه و معرفی این اختلال، معرفی درمان و گرفتن بازخورد از جلسه
جلسه دوم	مفهوم‌سازی موردی و آماده‌سازی بیمار برای شروع درمان و ارائه منطق درمان
جلسه سوم	آموزش فن ذهن آگاهی گسلیده
جلسه چهارم	آموزش به تعویق انداختن نگرانی، متوقف کردن و پرکردن شکاف حافظه
جلسه پنجم	ارزیابی و شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی
جلسه ششم	آموزش تغییر توجه
جلسه هفتم	تقویت برنامه‌های پرداشی جدید
جلسه هشتم	حذف سایر راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی و پیشگیری از بازگشت

از: ۱- نمونه‌گیری یا گمارش تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۲- توزیع نرمال نمرات متغیرهای وابسته؛ ۳- مقیاس اندازه‌گیری فاصله‌ای یا نسبی برای متغیرهای وابسته؛ ۴- حجم مساوی نمونه‌های پژوهش. تساوی واریانس‌های متغیرهای وابسته و همچنین تساوی کواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته در دو گروه پژوهش از پیش فرض‌های دیگر استفاده از آزمون‌های پارامتریک هستند. ارزیابی تساوی کواریانس‌ها با استفاده از آزمون باکس (F=۱/۰۷) و

داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره و با به‌کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS 18 تحلیل شده‌اند.

یافته‌ها

تحلیل یافته‌ها با آزمون کواریانس صورت گرفت. استفاده از آزمون‌های پارامتریک از جمله آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره، مستلزم رعایت یک‌سری پیش فرض است؛ این پیش فرض‌ها عبارتند

تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین نشان‌دهنده رعایت این پیش‌فرض‌ها است ($p > 0/05$)؛ بنابراین از تحلیل کواریانس استفاده می‌شود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های حافظه کاذب در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M
یادآوری صحیح	گروه کنترل	۰/۱۰۷	۰/۴۱۵	۰/۱۲۷	۰/۳۸۵
	گروه آزمایش	۰/۱۰۳	۰/۴۹۵	۰/۱۱۵	۰/۳۶۹
یادآوری کاذب	گروه کنترل	۰/۲۲۶	۰/۴۳۳	۰/۲۱۷	۰/۳۵۵
	گروه آزمایش	۰/۲۰۱	۰/۴۱۲	۰/۲۱۷	۰/۳۶۷
بازشناسی صحیح	گروه کنترل	۰/۲۵۲	۰/۵۶۲	۰/۲۰۷	۰/۵۳۹
	گروه آزمایش	۰/۲۳۰	۰/۶۶۱	۰/۱۸۷	۰/۵۱۰
بازشناسی کاذب	گروه کنترل	۰/۱۹۷	۰/۵۵۷	۰/۱۴۳	۰/۵۷۸
	گروه آزمایش	۰/۲۳۳	۰/۴۵۱	۰/۱۳۷	۰/۵۹۹

نتایج تحلیل کواریانس مؤلفه‌های حافظه کاذب در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس بر مؤلفه‌های حافظه کاذب در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

ردیف	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ضریب	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
۱	یادآوری صحیح	۰/۰۵۹	۱	۰/۰۵۹	۴/۸۵	۰/۰۳۷	۰/۱۶	۰/۵۶
۲	یادآوری کاذب	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۰۷	۰/۳۶	۰/۵۵۴	۰/۰۱	۰/۶۹
۳	بازشناسی صحیح	۰/۰۹۷	۱	۰/۰۹۷	۴/۴۲	۰/۰۴۵	۰/۱۵	۰/۶۳
۴	بازشناسی کاذب	۰/۱۰۴	۱	۰/۱۰۴	۷/۱۰	۰/۰۱۳	۰/۲۲	۰/۷۳

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در یادآوری صحیح، بهبود یادآوری صحیح، بازشناسی صحیح و بازشناسی کاذب بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)؛ ولی در یادآوری کاذب و بهبود یادآوری کاذب بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه تحقیق مطرح می‌کند درمان فراشناختی باعث بهبود حافظه کاذب در بیماران مبتلا به اختلال

استرس پس از سانحه می‌شود. نتایج نشان داد در یادآوری صحیح، بهبود یادآوری صحیح، بازشناسی صحیح و بازشناسی کاذب بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد؛ ولی در یادآوری کاذب و بهبود یادآوری کاذب بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود ندارد؛ نتایج با یافته‌های دیاسن و همکاران (۲۰۱۷)، کلیم و همکاران (۲۰۰۷)، استامپر و همکاران (۲۰۰۶)، وان مینیون و همکاران (۲۰۰۲) و ترسکی و همکاران (۲۰۰۰) همسو است. آنها نشان دادند افراد مبتلا به PTSD در یادآوری واژه‌ها با بار

هرکدام از راهبردهای مقابله‌ای بیمار، درمان‌کننده از او می‌خواهد استفاده از آنها را متوقف کند. این به اصلاح خطاهای فراشناختی (تصحیح سندرم شناختی - توجهی) منجر می‌شود؛ در نتیجه سوگیری در توجه، یادآوری و بازشناسی را به همراه دارد و از بروز حافظه کاذب در سطح یادآوری و بازشناسی جلوگیری می‌کند. تحقیقات ولز و متیوس (۱۹۹۴)، مایو و همکاران (۲۰۰۱)، ولز (۲۰۰۰)، ونزولاف و ویگنر (۲۰۰۰)، باتلر و همکاران (۱۹۹۵) و هاشمی و همکاران (۱۳۸۹) با نتایج همسو است.

الگوی فراشناختی PTSD* ولز (۲۰۰۰) مطرح می‌کند حافظه‌های پراکنده تنها وقتی مهم هستند که برای تمرکز بر افکار ناسازگار و راهکارهای انطباقی به کار روند. فردی ممکن است این حافظه تکه تکه شده را علامتی منفی تعبیر کند؛ برای مثال «کاهش حافظه من به معنای آن است که مشکل دارم». همچنین ممکن است عقاید فراشناختی مثبت درباره آن داشته باشد؛ مثلاً «من نباید به چیزی فکر کنم. اگر به خاطراتم فکر کنم، نشانه‌های من مجدداً تکرار می‌شوند». داشتن این عقاید سبب می‌شود افراد تمرکز بر حادثه را با کارهایی مانند بازبینی مرتب شکاف‌های حافظه‌شان پرکنند و این نشخوار مانع از پردازش‌های انطباقی نرمال می‌شود (ولز، ۲۰۰۸). استفاده از فنون پرکردن شکاف‌های حافظه و نیز ارزیابی و شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی که در این تحقیق استفاده شد، خطای اسنادی به‌خصوص درباره خود را کاهش می‌دهد و احتمال دارد منابع اطلاعاتی و حافظه‌ای فرد درباره افراد دیگر و اشیاء را نیز بهبود بخشد. راهکارهای نظارتی استفاده‌شده افراد نیز اعمال کنترل بر جزئیات را بهبود می‌بخشد که این خود شکل‌گیری حافظه کاذب را کاهش می‌دهد. در تبیین تأییدنشده فرضیه دوم فرعی مبنی بر اثربخشی

هیجانی، حافظه کاذب بیشتر نشان می‌دهند. در تبیین بروز حافظه کاذب چه در سطح بازشناسی و چه در سطح یادآوری به الگوی سندرم شناختی - توجهی اشاره می‌شود. همان‌گونه که ولز (۲۰۰۰) مطرح می‌کند افراد مبتلا به PTSD در سندرم شناختی - توجهی در پاسخ به یک راه‌انداز (در این مطالعه، تکلیف حافظه کاذب) دچار پریشانی می‌شوند. این پریشانی دربردارنده تداخل افکار تردیدآمیز، تصاویر مزاحم و هیجانات همراه با تنش است. مجموع این افکار، تصاویر و هیجانات به بروز تکانه‌ها یا تحریف واقعیت منجر می‌شود؛ برای مثال آشفتگی شدید در مراجع با یادآوری واژه‌های مرتبط با تروما. فنون فراشناختی استفاده‌شده در جلسات مانند آموزش به تعویق انداختن نگرانی، متوقف‌ساختن و پرکردن شکاف حافظه است؛ در این روش به بیمار آموزش داده می‌شود هر وقت فکر یا علامت مزاحمی (برای مثال افزایش برانگیختگی) تجربه می‌کند، ابتدا باید وقوع آن علامت را تأیید کند و بعد به خودش بگوید: در حال حاضر نشخوار فکری، نگرانی یا تحلیل رویداد آسیب‌زا را انجام نمی‌دهم، فقط به علامت اجازه می‌دهم تا خودبه‌خود ناپدید شود و بعداً فعالانه درباره آن فکر می‌کنم. روش دیگر حذف راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی است؛ این روش راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی را دربرمی‌گیرد که برای سازگاری با موقعیت سودمند نیستند. درمانگر به طور دقیق استفاده از راهبردهای دیگر را برای کنترل علائم، کاهش تهدید، کنترل افکار و کاهش اضطراب بررسی می‌کند. پس از شناسایی این راهبردها درمان‌کننده به بیمار کمک می‌کند مشکل‌ساز بودن آنها را درک کند؛ برای مثال برخی از این راهبردها نوعی اجتناب از افکار و خاطرات ناراحت‌کننده محسوب می‌شوند. سپس لازم است درباره مشکلات ناشی از اجتناب شناختی بحث شود. پس از شناسایی پیامدهای منفی

محقق مطلق، ج.؛ ممتازی، س.؛ موسوی‌نسب، ن.؛ عرب، ع.؛ صبوری، الف. و صبوری، الف.، (۱۳۹۲)، بررسی علائم اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان شیمیایی در مقایسه با جانبازان مذکر غیرشیمیایی، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۵۶(۶)، ۳۶۸-۳۶۱.

هاشمی، ز.؛ علی‌لو، م. م. و هاشمی نصرت‌آبادی، ت.، (۱۳۹۰)، اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۲)، ۱۳۳-۱۴۱.

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. The American Psychiatric Association, Arlington, VA.

Basden, B. H., Reysen, M. B. (2002), Transmitting false memories in social groups. *American Journal of Psychology*, 115(2), 211-31.

Bennett, H. & Wells, A. (2010), Metacognition, memory disorganization and rumination in post-traumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety disorder*, 24(3), 318-325.

Brewin, C. R., Kleiner, J. S., Vasterling, J. J., & Field, A. P. (2007), Memory for emotionally neutral information in posttraumatic stress disorder: A meta-analytic investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 448-463.

Butler, G., Wells, A., Dewick, H. (1995), Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: A pilot study. *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 23, 45-56.

Byrne, C. A., Hyman, I. E., Scott, K. L. (2001), Comparisons of memories for traumatic events and other experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 15, 119-133.

درمان فراشناختی بر بهبود یادآوری کاذب به ماهیت روش سنجش حافظه کاذب اشاره می‌شود. به این صورت که در تکلیف مدنظر گروه‌ها واژه‌های متعددی به تکرار برای آزمودنی ارائه می‌شود؛ تکرار این واژه‌ها خود خطای یادآوری را هم در مرحله پیش‌آزمون و هم در مرحله پس‌آزمون افزایش می‌دهند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن نمونه به جامعه مردان است. نمونه‌گیری در دسترس نیز از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود. البته به دلیل اینکه گمارش افراد برای گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی بود تا حدودی این محدودیت کنترل شده است؛ ولی با این حال باید در تعمیم‌پذیری نتایج به افراد غیرداوطلب، احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود تأثیر درمان فراشناختی با سایر مداخلات روانشناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری، دارودرمانی و غیره مقایسه شود. همچنین پژوهش‌هایی با آزمودنی‌های هر دو جنس انجام شود و تأثیر درمان فراشناختی در هر دو گروه جنسیتی مقایسه شود.

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه پیام نور استان اصفهان انجام شده و برگرفته از طرح پژوهشی «اثربخشی درمان فراشناختی بر حافظه کاذب جانبازان مبتلا به اختلال به PTSD» است.

منابع

زارع، ح.؛ قربانی، ط.، (۱۳۹۵)، مقایسه اثر القای خلق مثبت و منفی بر حافظه کاذب و حافظه صحیح افراد دارای نشانه‌های اضطراب - افسردگی و افراد عادی، *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱۸(۳)، ۸۰-۸۹.

- Mayou, R. A., Bryant, B., Ehlers, A. (2001), Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of abnormal psychology*, 158,1231-1238.
- O'Doherty, D. C. M., Tickell, A., Ryder, W. & etal. (2017), Frontal and subcortical grey matter reductions in PTSD. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 266; 1-9.
- Padmanabhanunni, A., Edwards, D. (2016), Derailed by a sugar daddy: An investigation of the failed treatment of an adolescent township rape survivor with PTSD. *Child Abuse with PTSD. Child Abuse Research in South Africa*, 17(2), 83-94.
- Park, L., Kihlstrom, J. F. (2007), Social influence on false memory. *APA Monitor*, 42(4), 29-37.
- Reginald, D. V., Nixon, D. B. (2018), Using Explicit Case Formulation to Improve Cognitive Processing Therapy for PTSD. *Behavior Therapy*, In Press, Corrected Proof.
- Roediger, H. L., McDermott, L. (1995), Creating false memory: Remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental psychology*, 21(4), 803-814.
- Scott, J. C., Harb, G., Brownlow, J. A., Greene J., Gur R. C., Ross R. J. (2017), Verbal memory functioning moderates psychotherapy treatment response for PTSD-Related nightmares. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 24-32.
- Scott, J. C., Matt, G. E., Wrocklage, K. M. & etal. (2015), A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 141(1), 105-140.
- Segovia, D. A., Strange, D., Takarangi, M. K. T. (2015), Encoding disorganized memories for an analogue trauma does not increase memory distortion or analogue symptoms of PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 1-32.
- Cottencin, O., Vaiva, G., Huron, C. & etal. (2007), Inhibition of action, thought, and emotion: A selective neurobiological review. *Integrative neuroscience*, 12, 99-114.
- Davis, L. W., Leonhardt, B. L., Siegel, A. & etal. (2016), Metacognitive capacity predicts severity of trauma-related dysfunctional cognitions in adults with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 237, 182-187.
- Deborah, C., Beidel, B., Christopher, F. & etal. (2017), Trauma management therapy with virtual-reality augmented exposure therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, In Press, Corrected Proof.
- Deason, R. G., Nadkarni, N. A., Tat, M. J. & etal. (2017), The use of metacognitive strategies to decrease false memories in source monitoring in patients with mild cognitive impairment. *Cortex*, 91, 287-296.
- Luine, V., Villages, M., Martinex, C., McEwen, B. S. (1994), Repeated stress cause reversible impairments of spatial memory performance. *Brain Research*, (639), 167-170.
- Galletly, C., Clark, C. R., McFarlane, A. C. (2001), Weber DL. Working Memory in Posttraumatic Stress Disorder An Event-Related Potential Study. *Journal of Trauma Stress*, 14(2), 295-309.
- Kleim, B., Wallott, F., Ehlers, A. (2008), Are trauma memories disjointed from other autobiographical memories in posttraumatic stress disorder? An experimental investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 221-234.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., Greenberg, L. (2015), Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *The Behavioral and Brain Sciences*, 38-51.

- extension. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 255–258.
- Wells, A. and Sembi, S. (2004), Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavior practice*, 11, 365 – 377.
- Wells, A. (2000), *Emotional disorders and metacognition Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2008), Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994), Qualitative dimensions of normal worry and normal obsession: a comparative study. *Behavior research and therapy*, 32: 867- 870.
- Weber, D. L., Clark, C. R., McFarlane, A. C., Moores, k. A., Morris, P., Egan, G. F. (2005), Abnormal frontal and parietal activity during working memory updating in post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, (140), 27- 44.
- Wenzlaff, E. M. & Wegner, D. M. (2000), Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Westerberg, H. (2004), Working Memory: Development, Disorders and Training. Sweden, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (2), 177-186.
- Sumpter, R. E. & McMillan, T. M. (2006), Errors in self- report of post-traumatic stress disorder after sever traumatic brain injury. *Brain Injure*, 20(1), 93-9.
- Tversky, B., Marsh, E. J. (2000), biased retellings of events yield biased memories. *Cognitive Psychology*, 40(1):1-38.
- Sykinioti, S. (2018) The Effectiveness of Eye Movement Desensitisation and Reprocessing with Refugees Experiencing Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, In Press, Corrected Proof.
- Tabatha, B. S. J., Fredman, N. D., Pukay, M. A., Macdonald, C. M., Monson, C. (2015), Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD: Application to an Operation Enduring Freedom Veteran. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 458-467.
- Tromp, S., Koss, M. P., Figueredo, A. J., Tharan, M. (1995), Are rape memories different? A comparison of rape, other unpleasant and pleasant memories among employed women. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 607–627.
- Van Minnen, A., Wessel, I., Dijkstra, T., Roelofs, K. (2002), Changes if PTSD patient's narratives during prolonged exposure therapy: A replication and