

## اثربخشی درمان فراشناختی بر کیفیت خواب و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD): یک مطالعه نیمه تجربی

آرزو قاسمی حبشی<sup>۱</sup>، مجید محمودعلیلو<sup>۲\*</sup>، خلیل اسماعیل پور<sup>۳</sup>، عباس بخشی پور رودسری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۱۲/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۱۲/۲۲

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** درمان فراشناختی نوعی روان‌درمانی است که بر اصلاح باورهای فراشناختی تمرکز دارد که حالت‌های نگرانی، نشخوار فکری و تثبیت توجه را تداوم می‌بخشد. این پژوهش باهدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر کیفیت خواب و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است.

**مواد و روش کار:** روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان آسیب‌دیده مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شهر ارومیه در سال ۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه شامل ۴۵ نفر و افراد به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند، سپس به‌صورت تصادفی در گروه مداخله درمانی (۱۵ نفر)، گروه کنترل پلاسیبو (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گروه بندی شدند. برای گروه مداخله، هشت جلسه درمان فراشناختی اجرا شد، برای گروه مداخله پلاسیبو به همان تعداد جلسات گفتگو و تعاملات اجتماعی ترتیب داده شد و گروه کنترل در طی این مدت صرفاً سه نوبت به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل، پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ و پرسشنامه پرخاشگری بود.

**یافته‌ها:** نشان داد که اجرای درمان فراشناختی منجر به بهبود قابل‌توجهی در کیفیت خواب و پرخاشگری در مرحله پس‌آزمون شده است ( $p < 0/05$ ). علاوه بر این پیگیری پس از یک ماه نشان از تثبیت تغییرات ایجادشده پس از درمان داشته است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش اطلاعات مفیدی را در ارتباط با درمان فراشناختی فراهم می‌کند و روانشناسان و روان‌پزشکان می‌توانند برای بهبود کیفیت خواب و کاهش پرخاشگری در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از این مداخله استفاده نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** پرخاشگری، درمان فراشناختی، کیفیت خواب، اختلال استرس پس از سانحه

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۱۷۳، اسفند ۱۴۰۲، ص ۹۶۸-۹۵۹

آدرس مکاتبه: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، تلفن: ۴۴۳۳۴۷۵۵۰۰

Email: arezoug73@gmail.com

### مقدمه

می‌کشد و منجر به اختلال در عملکرد کلی می‌شود (۲). شیوع مادام‌العمر اختلال استرس پس از سانحه در مطالعات بر اساس مسائل روش‌شناختی، مانند ابزارهای اتخاذشده برای ارزیابی، متفاوت است و تخمین زده می‌شود که در سراسر جهان حدود ۳/۹ درصد و در زنان (۱۰-۱۲ درصد) دو برابر مردان (۵-۶ درصد) باشد (۳). تحقیقات گسترده باهدف شناسایی مکانیسم پاتوفیزیولوژیک اختلال

اختلال استرس پس از سانحه<sup>۵</sup> با واکنش‌های ناسازگار مداوم پس از قرار گرفتن در معرض رویدادهای آسیب‌زای طبیعی یا روانی شدید مشخص می‌شود (۱). علائم تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه شامل علائم مزاحمت<sup>۶</sup>، اجتناب، تغییرات منفی در شناخت و خلق‌وخو و برانگیختگی بیش‌ازحد است که بیش از ۱ ماه طول

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، واحد پردیس ارس، دانشگاه تبریز، ایران

<sup>۲\*</sup> استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

<sup>۴</sup> استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

<sup>۵</sup> Post-traumatic stress disorder (PTSD)

<sup>۶</sup> intrusion symptoms

استرس پس از سانحه، ارتباط بین ژنتیک و افزایش خطر اختلال استرس پس از سانحه، اختلال عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال<sup>۱</sup> (HPA)، اختلال در تنظیم کننده‌های عصبی و تغییرات در مدارهای مغزی را پیدا کرده است (۴).

از سویی بر طبق مطالعات انجام شده یکی از مشخصه‌های شایع در اختلال استرس پس از سانحه که ریسک فاکتوری برای شکل گیری این اختلال به دنبال مواجهه با تروما تلقی می‌شود، کیفیت خواب<sup>۲</sup> پایین است (۵). اصطلاح کیفیت خواب معمولاً در پزشکی خواب استفاده می‌شود و می‌تواند مجموعه‌ای از معیارهای خواب از جمله زمان کل خواب، تأخیر شروع خواب، حفظ خواب، زمان بیداری کل، کارایی خواب و گاهی اوقات رخدادهای مخرب خواب مانند برانگیختگی خودبه‌خود یا آپنه را شامل شود (۶). کیفیت خواب تحت تأثیر عوامل زیادی مانند رژیم غذایی (۷)، فعالیت بدنی (۸)، عوامل ژنتیکی (۹) و محیطی (۱۰) است. بر اساس مطالعه گاتنر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۳) بیش از هفتاد درصد مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه به اختلالات خواب مبتلا هستند (۱۱).

علاوه بر این اختلال استرس پس از سانحه به‌طور مداوم با سطوح بالای پرخاشگری<sup>۴</sup> مرتبط است (۱۲). پرخاشگری به‌طور کلی یک ساختار چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که به بیان رفتاری خشم اشاره دارد و می‌تواند به شکل اعمال فیزیکی یا کلامی باشد (۱۳). در همین راستا مایلز<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که ۹۷ درصد از اعضای ارتشی که به دنبال درمان اختلال استرس پس از سانحه هستند، حداقل یک عمل پرخاشگری روانی و ۳۱ درصد حداقل یک عمل پرخاشگری فیزیکی را در ماه گذشته گزارش کرده‌اند (۱۴). مایلز و همکاران (۲۰۲۰) به نقل از چمتوب و همکاران (۱۹۹۷) نظریه حالت بقاء<sup>۶</sup> را برای توضیح ارتباط قوی بین اختلال استرس پس از سانحه و خشم/پرخاشگری پیشنهاد کرده‌اند؛ در این مدل، تهدیدات درک شده باعث افزایش برانگیختگی، ارزیابی‌های خصمانه و رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود؛ این "حالت بقاء" درحالی‌که در موقعیت‌های تهدیدکننده محافظتی است، زمانی که افراد دیگر در خطر نباشند، ناسازگار می‌شود. مطابق با این نظریه، بسیاری از افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در تمایز بین افراد و مکان‌های ایمن و بالقوه نایمن مشکل دارند (۱۵). همچنین یافته‌های البوگن<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۴) حاکی از این بود که تقریباً نیمی از جانبازان مبتلا به علائم اختلال استرس پس از سانحه، درگیر شدن در پرخاشگری فیزیکی را گزارش کردند (۱۶).

پیامدهای منفی اختلال استرس پس از سانحه که در سطوح فردی و اجتماعی خود را نشان می‌دهد باعث شده که پژوهشگران و درمانگران، نسبت به این موضوع حساس باشند و تاکنون مداخلات متعددی مانند مداخله مدیریت بحران (۱۷)، درمان حساسیت‌زدایی با حرکات آهسته چشم (۱۸) و مداخله شناختی رفتاری (۱۹) به‌منظور کاهش مشکلات روانی این افراد انجام شوند. اما یک روند روبه رشد در ابداع مداخله‌های جدید این است که مدل درمانی بر مبنای سازوکارهایی بنا شود که از پردازش هیجانی به‌طور طبیعی جلوگیری می‌نماید؛ درمان فراشناختی<sup>۸</sup> در درمان اختلال استرس پس از سانحه، یکی از این مدل‌ها است (۲۰). هدف اصلی درمان فراشناختی این است که بیمار کنترل و آگاهی فراشناختی قابل‌انعطافی را گسترش دهد و از این‌که پردازش به‌صورت نگرانی، نشخوار فکری و پایش تهدید انجام گیرد، جلوگیری نماید (۲۱). بر اساس درمان فراشناختی، ضروری نیست شناخت‌های بیمار در مورد سانحه، اصلاح‌شده یا خوگیری نسبت به خاطرات سانحه آسیب‌زا تسهیل شود؛ بلکه هدف این است که بیمار در پاسخ به علائم مزاحم با کمک شناخت‌ها و رفتارهای کارآمدتر، موانعی که بر سر پردازش سازگارانه واکنشی وجود دارد، از بین ببرد (۲۲). در راستای اثربخشی درمان فراشناختی، رضایی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که درمان فراشناختی در کاهش نشخوار فکری و بهبود بی‌خوابی بیماران تأثیر معناداری داشته است (۲۳). در مطالعه‌ای دیگر قاسم‌زاده (۱۴۰۱) نشان داد که این روش درمان در کاهش پرخاشگری و خشونت نوجوانان اثربخش است (۲۴). یافته‌های انتظار و همکاران (۱۳۹۹) نیز حاکی از اثربخشی فراشناخت درمانی بر پرخاشگری خودآزارگرانه آزمودنی‌ها بود (۲۵).

با توجه به شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، توجه به جنبه‌های روان‌شناختی این افراد ضروری است چراکه اختلال استرس پس از سانحه یک بیماری مزمن با پیامدهای منفی است و لذا مستلزم مداخلات طبی و روان‌شناختی چندگانه نیز هست. اهمیت موضوع دوچندان می‌شود وقتی این واقعیت موردتوجه قرار گیرد که موضوع اختلال استرس پس از سانحه، علائم آن و آسیب‌های روانی مربوط به آن برای عموم افراد موضوعی ناشناخته است. حال با توجه به اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب و از سوی دیگر تأیید کارایی درمان فراشناختی در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی جامعه‌های آماری، پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر

<sup>5</sup> Miles

<sup>6</sup> Survival Mode theory

<sup>7</sup> Elbogen

<sup>8</sup> Metacognitive therapy

<sup>1</sup> Hypothalamic-pituitary-adrenal axis

<sup>2</sup> sleep quality

<sup>3</sup> Gutner

<sup>4</sup> Aggression

کیفیت خواب و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

## مواد و روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ابتدا زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره که بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم<sup>۱</sup> (DSM-5)، تشخیص استرس پس از سانحه دریافت کرده بودند و در بازه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال قرار داشتند، انتخاب‌شده و برای تشخیص دقیق‌تر، مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر با این افراد صورت گرفت. به همه آنان توضیح داده شد که این یک طرح پژوهشی است و درمان برای تمامی آنان به صورت رایگان خواهد بود. از بین زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، نمونه‌ای شامل ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در گروه مداخله درمانی (۱۵ نفر)، گروه مداخله پلاسیبو (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای داده شدند. لازم به ذکر است که در گروه مداخله پلاسیبو برای افراد صرفاً فرصتی برای برقراری گفتگو و صحبت‌های اجتماعی، به اشتراک گذاشتن خاطرات، صحبت‌های ادبی، ورزشی، فرهنگی و سایر فعالیت‌های مرتبط، همسو با علاقه‌مندی‌های مراجع، به منظور ایجاد تعاملات اجتماعی در جلسات فراهم شد تا تأثیر عوامل اجتماعی بر متغیرهای پژوهش بررسی گردد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، گذشت بیش از یک ماه از اختلال و تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، عدم شرکت در جلسات درمانگری مشابه، عدم وجود اختلال خاص همراه، و عدم وجود افکار جدی خودکشی، بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات آموزشی بود.

## ابزار گردآوری داده‌ها:

۱) پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ<sup>۲</sup>: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط بویس<sup>۳</sup> و همکاران ساخته شد. این پرسشنامه ۷ مقیاس، کیفیت خواب از نظر خود فرد، مدت‌زمان تأخیر در شروع خواب، طول مدت خواب رضایت‌بخش، کفایت خواب، مشکلات زمان

خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلال‌های عملکرد روزانه را در طول یک ماه گذشته بر اساس مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (۰ تا ۳) ارزیابی می‌کنند. حاصل جمع نهای نمره‌های مقیاس‌های بین صفر تا ۲۱ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده عدم کیفیت خواب و برعکس است. بویس و همکاران (۱۹۸۹) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۸۳، و اعتبار آن با حساسیت ۸۹/۶ درصد و ویژگی ۸۶/۵ درصد گزارش کرده‌اند (۲۶). در نمونه ایرانی نیز مقدم و همکاران (۲۰۱۲) آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۷ به دست آوردند (۲۷).

۲) پرسشنامه پرخاشگری<sup>۴</sup>: به منظور اندازه‌گیری پرخاشگری از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری<sup>۵</sup> (۱۹۹۲) استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ گویه است و نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از شبیه من نیست (۱) تا کاملاً شبیه من است (۵) است. دو گویه ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات بین ۲۹ تا ۱۴۵ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر و بالعکس است. باس و پری (۱۹۹۲) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۹ و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۲۸). سامانی (۱۳۸۶) نیز پایایی ابزار به روش بازآزمایی را ۰/۷۸ و برای بررسی روایی این مقیاس از تحلیل عاملی تأییدی استفاده کرد که نتایج نشان داد همه ماده‌ها بار عاملی مناسبی را نشان دادند (۲۹). پس از انتخاب افراد بر اساس اصول اخلاقی، در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به آن‌ها ارائه شد، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شوند و آن‌ها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد. پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ و پرسشنامه پرخاشگری در مرحله پیش‌آزمون از گروه‌های مداخله، پلاسیبو و کنترل گرفته شد. در مرحله بعد، برای گروه مداخله درمان فراشناختی ولز<sup>۶</sup> (۲۰۰۹) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته و هفته‌ای دو جلسه اجرا (جدول ۱) و پس از طی دوره آموزشی بار دیگر ارزیابی‌های مربوط با گروه‌های مداخله، پلاسیبو و کنترل در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری ۱ ماهه انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام یافت.

4. The aggression questionnaire

5. Buss, Perry

6. Wells Metacognitive therapy

1 The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

2 Pittsburgh Sleep Quality Inventory (PSQI)

3 Buysse

**جدول (۱): خلاصه جلسات درمان فراشناختی (ولز، ۲۰۰۹)**

محتوا	جلسه
معارفه، ارزیابی علائم و معرفی اختلال، تفکیک اضطراب عادی و مشکل آفرین و مسئله ساز، مشخص کردن نیاز و ضرورت درمان.	جلسه ۱
ارائه منطق درمان فراشناختی برای اختلال، بررسی علائم اضطراب در اختلال، بررسی علل احتمالی مؤثر در سبب شناسی اختلال، ارائه توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی برای اختلال.	جلسه ۲
ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی در بیماران و تحلیل مزایا و معایب این باورها.	جلسه ۳
شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی بیماران، تحلیل مزایا و معایب راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده، جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر.	جلسه ۴
کاربرد شیوه فاصله گرفتن از ذهن آگاهی در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی (بیماران یاد بگیرند که با افکار خود همچون ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد).	جلسه ۵
آشنا کردن بیماران با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تحلیل سود و زیان نگرانی و نشخوار ذهنی، تحلیل فرایند سرکوب افکار به عنوان یک فرایند ناکارآمد (ببر سفید) و آشناسازی با پیامدهای درگیری با علائم، آموزش شیوه به تعویق انداختن نگرانی.	جلسه ۶
آشناسازی بیماران با نشانات توجهی شناختی در تداوم اختلال‌های روانی، ارائه منطق فنون آموزش به بیماران و آموزش این شیوه به بیماران.	جلسه ۷
آموزش شیوه متمرکز کردن توجه بر موقعیت به عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد و آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری.	جلسه ۸

**یافته‌ها**

بر اساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی، میانگین و انحراف معیار سنی نیز در گروه مداخله (۵/۲۷±۲۲/۹۳)، گروه پلاسیبو (۳/۵۴±۲۵/۸۶) و گروه کنترل (۳/۱۳±۲۷/۶۰) بود. در ادامه آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ گزارش شده است.

**جدول (۲): شاخص‌های توصیفی متغیرها به تفکیک گروه آزمایش و کنترل**

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیکیری
		انحراف میانگین	انحراف میانگین	انحراف معیار
مداخله	۱۴/۰۰	۱/۲۵	۱۱/۱۳	۱/۵۵
کیفیت خواب	۱۴/۱۳	۱/۳۵	۱۳/۲۰	۱/۲۰
کنترل	۱۴/۲۶	۰/۸۸	۱۴/۷۳	۱/۰۳
مداخله	۸۱/۵۳	۳/۵۶	۷۲/۳۳	۳/۹۴
پرخاشگری	۸۰/۶۰	۳/۳۱	۸۰/۶۰	۲/۴۲
کنترل	۸۲/۴۷	۳/۹۹	۸۳/۸۰	۲/۴۲

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه مداخله در متغیرهای کیفیت خواب و پرخاشگری کاهش داشته است. اما در گروه‌های پلاسیبو و کنترل نمرات در هر سه دوره تفاوت چندانی با هم ندارند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون

شاپیروویلیک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لون و آزمون موجلی جهت کرویت برای رعایت پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون شاپیروویلیک و لون برای تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها و برابری واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد سطح معنی‌داری

کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کروییت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس - گایزر در مدل اندازه‌گیری مکرر

جدول (۴): تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در

گروه‌های مختلف

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P	مجذور اتا
کیفیت خواب	تعامل مراحل یا گروه	۴۸/۹۱۹	۳/۰۳۸	۱۶/۱۰۰	۱۶/۰۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳
پرخاشگری	تعامل مراحل یا گروه	۶۳۴/۸۴۴	۳/۹۵۴	۱۶۰/۵۶۶	۳۴/۹۹۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵

تداخل دارد؛ برانگیختگی ثانویه در عوض شامل فرآیند شناختی در پاسخ به افکار و شناخت است، مانند نگرانی و نشخوار فکری متمرکز بر باورهایی که برانگیختگی اولیه را تقویت می‌کند. جنوین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی نشان دادند که این رویکرد کمتر بر بازسازی محتوای شناخت‌های ناکارآمد مرتبط با خواب تمرکز می‌کند، بلکه بر تغییر نحوه برخورد فرد با آن‌ها تمرکز دارد (۳۲). مطالعه چریکی<sup>۴</sup> و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد آموزش فراشناختی می‌تواند فرایند نشخوار فکری خودکار در هنگام خواب را کاهش دهد و بدون تلاش برای تغییر محتوای افکار به افراد آموزش می‌دهد که به جای الگوهای واکنش اتوماتیک و عادت، نگرشی پذیرنده، آگاهانه و هدفمند داشته باشد، تا بیشتر از افکار و احساسات ناخواسته آگاه شود، این برخورد با افکار باعث افزایش آگاهی فراشناختی در فرد می‌شود و به افراد کمک می‌کنند تا از تأثیر افکار بر خودپنداره مصون بمانند و از یک فرد قربانی به یک فرد توانمند که می‌تواند از خودش در برابر ناکامی یا ترس از ناکامی دفاع کند و همین موضوع منجر به کاهش نگرانی و به تبع آن بهبود کیفیت خواب می‌شود (۳۳). از طرفی یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان فراشناخت، ذهن‌آگاهی است. شکرانی و منشئی (۱۴۰۰) نشان دادند ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری روانی را افزایش می‌دهد و درست در لحظه‌ای که فرد احساس می‌کند، دیگر کاری نمی‌توان کرد، گزینه‌های جدیدی پیش روی وی قرار می‌دهد و باعث ارتباط دوباره با همه منابع درونی و بیرونی برای یادگیری و بهبودی می‌گردد، منابعی که حتی ممکن است فرد باور نداشته باشد که از آن‌ها برخوردار است؛ دسترسی به منابع روانی جدید نیز می‌تواند از استرس و اضطراب این افراد به‌عنوان عوامل اصلی اختلال در خواب این افراد را کم نماید (۳۴).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی بر پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است. این یافته تا حدی با نتایج انتظاری و همکاران (۱۳۹۹) (۲۵)،

نتایج جدول (۴) نشان داد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای کیفیت خواب (۱۶/۰۰۷) و پرخاشگری (۳۴/۹۹۳) است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله، پلاسیبو و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

بررسی نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان داد که بین گروه مداخله فراشناختی و گروه پلاسیبو، همچنین بین گروه مداخله فراشناختی و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری وجود دارد ( $P \leq 0/01$ ) و با توجه به تفاوت میانگین این برتری به نفع گروه مداخله فراشناختی است. به عبارتی مداخله فراشناختی بر بهبود کیفیت خواب و کاهش پرخاشگری زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثر داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر کیفیت خواب و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. نتایج نشان داد درمان فراشناختی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است. این یافته‌ها همسو با مطالعات گالبیاتی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۱) نشان می‌دهد، یکی از جنبه‌های مهم فراشناخت در روان‌درمانی شناختی، تغییر تمرکز از محتوای فکری به فرآیندهای شناختی (مثلاً تکراری بودن و غیرقابل کنترل بودن) است (۳۰). در زمینه بی‌خوابی، یک مدل فراشناختی توسط آونگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲) ارائه شده است (۳۱)؛ بر اساس این مدل، نویسندگان دو سطح متفاوت از برانگیختگی شناختی را مفهوم‌سازی کردند که نشان‌دهنده تمایز بین شناخت و فراشناخت است؛ برانگیختگی اولیه به محتواها و باورهای شناختی در مورد خواب اشاره دارد که مستقیماً با خواب

<sup>3</sup> Jenewein  
<sup>4</sup> Cheriki

<sup>1</sup> Galbiati  
<sup>2</sup> Ong

مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی، پیگیری‌های بلندمدت طولانی‌تر، استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی و مشاهده به‌عنوان یک روش مکمل پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی برای گردآوری داده‌ها و انجام مطالعه بر روی مردان را نیز مدنظر قرار دهند. در نهایت بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شناخت بر کیفیت خواب و پرخاشگری در زنان با اختلال استرس پس از سانحه، پیشنهاد می‌گردد این روش درمانی با سایر روش‌های درمان روان‌شناختی بر روی این افراد مقایسه شود تا اثربخشی و کارایی آن در مقایسه با دیگر رویکردها مورد بررسی قرار گیرد.

#### تشکر و قدردانی:

بدین‌وسیله از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز، اساتید محترم راهنما و مشاور، همچنین از مراجعینی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

#### تعارض منافع:

هیچ‌گونه تضاد و تعارض منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

#### حمایت مالی:

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری در دانشگاه تبریز است.

#### ملاحظات اخلاقی:

این پژوهش مستخرج از پایان‌نامه با کد اخلاق IR.TABRIZU.REC.1402.141 می‌باشد که در کمیته اخلاق دانشگاه تبریز به تصویب شده است.

قاسم‌زاده (۱۴۰۱) (۲۴)، چریکی و همکاران (۱۴۰۱) (۳۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در طی فرایند مداخله فرارشناختی فن ذهن‌آگاهی، مهار و اداره کردن هیجانات مربوط به ابعاد جسمی و ذهنی، هم‌زمان مورد توجه قرار می‌گیرند و به فرد آموزش داده می‌شود نسبت به افکار و احساسات خود، آگاهی داشته باشد و آن‌ها را بدون قضاوت پذیرفته و با دیدی گسترده‌تر به آن‌ها نگاه کند (۳۵)؛ زمانی که فرد علاوه بر آگاهی از افکار و احساسات پذیرش آن‌ها در وضعیتی آرام و با تمرکز قرار می‌گیرد و توانایی مهار افکار و احساساتش را به دست می‌آورد، این توانایی باعث می‌شود که فرد احساس مهار بیشتری در امور زندگی داشته باشد و به‌جای ارائه پاسخ‌های منفی در موقعیت‌های تنش‌آور با مهارگری و حفظ آرامش و آگاهی بیشتری با مشکلاتش مقابله کند و با آن‌ها کنار بیاید. در واقع با افزایش آگاهی شناختی و فرارشناختی افراد سبب می‌شود تا آن‌ها توانایی بیشتری در مهار، مدیریت، و نظارت بر افکار، و رفتار خود به دست آورده و خود نظم‌بخشی بالاتر و پرخاشگری و رفتارهای تکانشی کمتری را تجربه کنند (۳۶). از سویی مداخله فرارشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که چالش با محتوای تفکر، باورها و هیجانات منفی را که در مداخله‌های سنتی شناختی بر آن تأکید می‌شود، تأکید نمی‌کند، بلکه سعی می‌کند که فرارشناخت‌هایی را که به شیوه ناسازگارانه تفکرات و هیجانات منفی تکرار شونده را زیاد می‌کند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند، را تغییر دهد. تغییر در سطوح تفکر و هیجان، نیز می‌تواند منجر به تغییر در فرایندهای شناختی، فرارشناختی و هیجانی گردد (۳۷). نتیجه این پیوستار نیز می‌تواند منجر به کاهش پرخاشگری در زنان با اختلال استرس پس از سانحه گردد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارت‌اند از: استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس، اجرای پژوهش بر روی زنان با اختلال استرس پس از سانحه، استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی به‌عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها و کوتاه‌مدت بودن زمان پیگیری. بنابراین انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای

## References

1. Tian Y, Ullah H, Gu J, Li K. Immune-metabolic mechanisms of post-traumatic stress disorder and atherosclerosis. *Front Physiol* 2023;14:180. //doi.org/10.3389/fphys.2023.1123692
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text-Revision (DSM-5 TR); 5th ed. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press; 2022.
3. Dell'Oste V, Fantasia S, Gravina D, Palego L, Betti L, Dell'Osso L, et al. Metabolic and inflammatory response in post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review on peripheral neuroimmune biomarkers. *Int J Environ Res Pub Health* 2023;20(4):2937. //doi.org/10.3390/ijerph20042937

4. Palego L, Giannaccini G, Betti L. Neuroendocrine response to psychosocial stressors, inflammation mediators and brain-periphery pathways of adaptation. *Cent Nerv Syst Agents Med Chem* 2021;21(1):2-19. //doi.org/10.2174/1871524920999201214231243
5. Bazgounch A, Zorbakhsh M. The Relationship between Sleeping Disorders and Posttraumatic Stress Disorder Syndrome with Corona Anxiety: the Intermediary Role of Health Anxiety. *Appl Fam Ther J* 2021;2(5):287-308.
6. Fabbri M, Beracci A, Martoni M, Meneo D, Tonetti L, Natale V. Measuring subjective sleep quality: a review. *Int J Environ Res Pub Health* 2021;18(3):1082. //doi.org/10.3390/ijerph18031082
7. Saidi O, Rochette E, Doré É, Maso F, Raoux J, Andrieux F, et al. Randomized double-blind controlled trial on the effect of proteins with different tryptophan/large neutral amino acid ratios on sleep in adolescents: the PROTOMORPHEUS study. *Nutrients* 2020;12(6):1885. //doi.org/10.3390/nu12061885
8. Sejbuk M, Mirończuk-Chodakowska I, Witkowska AM. Sleep Quality: A Narrative Review on Nutrition, Stimulants, and Physical Activity as Important Factors. *Nutrients* 2022;14(9):1912. //doi.org/10.3390/nu14091912
9. Dashti HS, Jones SE, Wood AR, Lane JM, Van Hees VT, Wang H, et al. Genome-wide association study identifies genetic loci for self-reported habitual sleep duration supported by accelerometer-derived estimates. *Nat Commun* 2019;10(1):1-12. //doi.org/10.1038/s41467-019-08917-4
10. Ageborg Morsing J, Smith MG, Ögren M, Thorsson P, Pedersen E, Forssén J, et al. Wind turbine noise and sleep: Pilot studies on the influence of noise characteristics. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(11):2573. //doi.org/10.3390/ijerph15112573
11. Gutner CA, Casement MD, Gilbert KS, Resick PA. Change in sleep symptoms across cognitive processing therapy and prolonged exposure: a longitudinal perspective. *Behav Res Ther* 2013;51(12):817-22. //doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.008
12. Taft CT, Creech SK, Murphy CM. Anger and aggression in PTSD. *Curr Opin Psychol*. 2017;14:67-71. //doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.11.008
13. Hale W, Vacek S, Swan A. Associations between PTSD, depression, aggression, and TBI screening status: Test of a conditional process model. *Aggress Violent Behav* 2022;66:101744. //doi.org/10.1016/j.avb.2022.101744
14. Miles SR, Dillon KH, Jacoby VM, Hale WJ, Dondanville KA, Wachen JS, et al. Changes in anger and aggression after treatment for PTSD in active duty military. *J Clin Psychol* 2020;76(3):493-507. //doi.org/10.1002/jclp.22878
15. Weber DL. Information processing bias in post-traumatic stress disorder. *Open Neuroimaging J*. 2008;2:29. //doi.org/10.2174/187444000802010029
16. Elbogen EB, Johnson SC, Wagner HR, Sullivan C, Taft CT, Beckham JC. Violent behaviour and post-traumatic stress disorder in US Iraq and Afghanistan veterans. *Br J Psychiatry* 2014;204(5):368-75. //doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134627
17. Beidel DC, Frueh BC, Neer SM, Bowers CA, Trachik B, Uhde TW, Grubaugh A. Trauma management therapy with virtual-reality augmented exposure therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2019;61:64-74. //doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.005
18. Gielkens EM, Sobczak S, Rossi G, van Alphen SP. The feasibility of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for older adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) and comorbid psychiatric and somatic disorders. *Psychol Trauma* 2022. //doi.org/10.1037/tra0001402
19. Mohajerin B, Lynn SJ, Cassiello-Robbins C. Unified Protocol vs Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy among Adolescents with PTSD. *Behav Ther* 2023;54(5):823-38. //doi.org/10.1016/j.beth.2023.03.003

20. Brown RL, Wood A, Carter JD, Kannis-Dymand L. The metacognitive model of post-traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Clin Psychol Psychother* 2022;29(1):131-46. //doi.org/10.1002/cpp.2633
21. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cogn Behav Pract* 2004;11(4):365-77. //doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80053-1
22. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Pers Individ Dif* 2006;40(1):111-22. //doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.019
23. Rezaei M, Hojjat S, Hatami S, Monadi H, Ein beigi E. Effect of meta-cognitive therapy on patient with insomnia. *North Khorasan Univ Med Sci* 2015;7(2):319-27. //doi.org/10.29252/jnkums.7.2.319
24. Ghasemzadeh Z. Investigating the effectiveness of metacognitive therapy on reducing violent and aggressive behavior of adolescents. 2023 [cited 2024 Feb 16]. Available from: <https://en.civilica.com/doc/1625227/>.
25. Entezari S, Taher M, Aghaei H. The Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Depression, Suicide Ideation, and Masochistic Aggression in Individuals with Subclinical Symptoms of Body Dysmorphic Disorder. *J Child Ment Health* 2021;7(4):1-18. //doi.org/10.52547/jcmh.7.4.2
26. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28(2):193-213. //doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4
27. Moghaddam JF, Nakhace N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep Breath* 2012;16(1):79-82. //doi.org/10.1007/s11325-010-0478-5
28. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992;63(3):452-9. //doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452
29. Samani S. Reliability and validity of Bass and Perry's aggression questionnaire. *Iran J Psychiatr Clin Psychol* 2007;13(4 (51 series)):359-65.
30. Galbiati A, Sforza M, Scarpellino A, Salibba A, Leitner C, D'Este G, et al. "Thinking About Thinking" in Insomnia Disorder: The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia on Sleep-Related Metacognition. *Front Psychol* 2021;12:705112. //doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705112
31. Ong JC, Ulmer CS, Manber R. Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia. *Behav Res Ther* 2012;50(11):651-60. //doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.001
32. Jenewein AL, Schredl M, Schilling C. Sleep-related metacognitions and cognitive behavioral therapy for insomnia. *Somnologie* 2023;1-8.
33. Cheriki R, Ramezani K, Movahedzadeh B. The Effectiveness of Education Based on Metacognition on Job Satisfaction and Anger Management of Nurses. *J Nurs Edu* 2022;11(2):32-43
34. Shokrani Y, Manshaei G. Effectiveness of Mindfulness Therapy on Sleeping Quality, and Pain Catastrophizing in the Women Suffering from Osteoporosis in the City Of Isfahan. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2021;64(1).
35. Badpa K, Shirazi M, Arab A. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Based on Mindfulness on Anger Control of Male Students. *J Child Ment Health* 2019;5(4):159-68.
36. Hamidi M, Shariat S, Aghabozorgi S, Keshavarz Mohammadi R. The Effectiveness of Child-based Mindfulness Program on Impulsivity and Aggression in Children with Externalizing Disorders. *J Child Ment Health* 2020;6(4):144-55. //doi.org/10.29252/jcmh.6.4.14



37. Abbasi A, Aghaei Jeshvaghani A, Ebrahimi Moghasam H. Effectiveness of metacognition therapy on the anxiety and psychological wellbeing of the patients with generalized anxiety. Med J Mashhad Univ Med Sci 2020;63(5):2745-56.

## THE EFFECTIVENESS OF METACOGNITIVE THERAPY ON SLEEP QUALITY AND AGGRESSION IN WOMEN WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Arezou Ghasemihabashi<sup>1</sup>, Majid Mahmoud Alilou<sup>\*2</sup>, Khalil Esmailpour<sup>3</sup>, Abass Bakhshi Pour Roudsari<sup>4</sup>

Received: 24 February, 2024; Accepted: 12 March, 2024

### Abstract

**Background & Aim:** Metacognitive therapy is a type of psychotherapy that focuses on correcting metacognitive beliefs that perpetuate states of worry, rumination, and attention fixation. This study was conducted to determine the impacts of metacognitive therapy on sleep quality and aggression in females with post-traumatic stress disorder (PTSD).

**Materials & Methods:** The study utilized a semi-experimental approach with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population consisted of all emotionally injured women referred to the Urmia Counseling Center in 2023. A sample size of 45 individuals was selected based on convenience sampling and inclusion criteria. They were randomly assigned to a therapeutic intervention group (15 individuals), a placebo group (15 individuals), and a control group (15 individuals). The intervention group received eight metacognitive therapy sessions, while the placebo group participated in the same number of social interaction sessions. The patients in the control group did not receive any intervention. They requested to complete the questionnaires immediately, one month, and again two months after the intervention. The research tools used to collect data were the Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire and Aggression Questionnaire.

**Results:** The findings indicate that administering metacognitive therapy improved sleep quality and aggression during the post-test phase ( $p < 0.05$ ). Additionally, the results of the follow-up assessment conducted after one month revealed that the changes brought about by the treatment had stabilized.

**Conclusions:** The research findings provide useful information about using metacognitive therapy. Psychologists and psychiatrists can utilize this intervention to improve sleep quality and reduce aggression in individuals with post-traumatic stress disorder.

**Keywords:** Aggression, Metacognitive Therapy, Sleep Quality, Post-Traumatic Stress Disorder

**Address:** Aras International Campus, University of Tabriz, Tabriz, Iran

**Tel:** +9844333475500

**Email:** arezoug73@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> PhD student in clinical psychology, Aras Campus, Tabriz University, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

<sup>4</sup> Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran