

## مقایسه‌ی اثربخشی ترکیب دارو درمانی با فراشناخت درمانی و دارو درمانی در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه

دکتر محسن داداشی<sup>۱</sup>، دکتر سعید ممتازی<sup>۲</sup>، ویدا یوسفی اصل<sup>۳</sup>، دکتر بنفشه غرایی<sup>۴</sup>، دکتر علی اصغر نژاد<sup>۵</sup>

نویسنده‌ی مسئول: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران gharraee.b@iums.ac.ir

دریافت: ۹۵/۵/۱۰ پذیرش: ۹۵/۱۰/۵

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) واکنش‌های حاد روان‌شناختی در برابر رویدادهای سانحه‌آمیز شدید است. درمان‌های غیر دارویی خط اول درمان PTSD در نظر گرفته می‌شوند و به‌طور اساسی باید مکمل برنامه‌های درمانی بیماران مبتلای به PTSD باشند. با این وجود، بعضی از بیماران به درمان‌های غیر دارویی پاسخ کافی نمی‌دهند. هدف پژوهش حاضر مقایسه کارایی و اثربخشی ترکیب دارودرمانی با فراشناخت درمانی و دارودرمانی به تنهایی در کاهش شدت و علائم PTSD بود.

**روش بررسی:** جامعه‌ی این پژوهش مراجعه‌کنندگان به مرکز آموزشی درمانی بیمارستان شهید بهشتی استان زنجان بودند و نوع پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی تک موردی و از نوع خط پایه چندانگانه است. به‌منظور بررسی، شش آزمودنی مرد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌تصادف در دو گروه جای داده شدند. آزمودنی‌ها در مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه) و در طی جلسه‌های چهارم، هشتم و پس از درمان و مرحله‌ی پیگیری (۱ ماهه و ۲ ماهه) پرسش‌نامه‌های مقیاس اجرایی بالینی اختلال تنیدگی پس از ضربه (CAPS)، اضطراب بک (BAI)، فراشناخت‌های منفی (MCQ-30)، همچنین مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی (SUDs) و عملکرد روان‌شناختی (GAFs) را تکمیل نمودند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو روش (ترکیب دارودرمانی با فراشناخت درمانی و دارودرمانی) در درمان اختلال استرس پس از سانحه موثر بوده و این اثربخشی در مورد روش اول (ترکیب دارودرمانی با فراشناخت درمانی) بیشتر بوده است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان می‌دهد ترکیب دارودرمانی با فراشناخت درمانی در کاهش علائم و نشانه‌های اضطرابی مبتلایان به PTSD موثرتر از دارودرمانی به تنهایی است. همچنین این درمان ترکیبی باعث کاهش میزان ناراحتی و بهبود عملکرد کلی مبتلایان می‌شود.

**واژگان کلیدی:** فراشناخت درمانی، دارودرمانی، اختلال استرس پس از سانحه

### مقدمه

مشخصه‌ی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) پراسترس یا سانحه است که حداقل یک ماه به طول انجامد. افزایش استرس و اضطراب به دنبال مواجهه با رویداد این اختلال ناتوان‌کننده، فرد، خانواده و جامعه را مجبور

- 
- ۱- دکترای روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان
  - ۲- دکترای روانشناسی بالینی، استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان
  - ۳- متخصص روان‌پزشکی، استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان
  - ۴- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان
  - ۵- دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار دانشکده‌ی علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران
  - ۶- دکترای تخصصی روانشناسی عمومی، دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران

به پرداخت تاوان سنگینی می‌کند زیرا با شیوع و بروز گسترده، سیر نسبتاً مزمنی دارد و اختلالی که در عملکردهای شغلی - تحصیلی و روابط فردی به‌خصوص با همسر و اعضای خانواده ایجاد می‌کند، آسیب‌های اقتصادی و انسانی شدیدی وارد می‌آورد. شیوع PTSD در بین جمعیت عمومی ۸ درصد و شیوع مادام‌العمر آن بین ۹ تا ۱۵ درصد برآورد شده است این امر بیانگر یک مشکل بهداشتی جدی در بین جمعیت‌های عمومی است که علاوه بر این رقم ۵ تا ۱۵ درصد دیگر از افراد نیز ممکن است دچار اشکال تحت بالینی این اختلال باشند (۱)، این در حالی است که آمار موجود حاکی از افزایش روز افزون مبتلایان به این اختلال در پی رویدادهای سانحه آمیز شدید در گروه‌های سنی مختلف و در مناطق مختلف جهان دارد (۲). میزان شیوع بیماری‌های همراه با اختلال PTSD زیاد است، به شکلی که حدود دوسوم این بیماران حداقل به دو اختلال دیگر نیز مبتلا هستند. بیماری‌های شایع همراه با این اختلال افسردگی، اختلالات مرتبط با مواد، سایر اختلالات اضطرابی و اختلالات دوقطبی است. وجود همزمان اختلالات دیگر، آسیب‌پذیری فرد را برای ابتلا به PTSD افزایش می‌دهد (۱). علیرغم پیشرفت‌هایی که در زمینه‌ی تشخیص و درمان PTSD به وجود آمده است، هنوز در حدود ۵۰ درصد موارد، بهبود نسبی یا سیر مزمن مشاهده می‌شود (۳). درمان دارویی به‌تنهایی هرگز برای تسکین دردهای مرتبط با PTSD کافی نیست و درمان‌های غیر دارویی کوتاه مدت در دو دهه‌ی اخیر رشد و تنوع نسبتاً زیادی داشته است که فراشناخت درمانی یکی از آنهاست (۴). با این حال علیرغم وجود روش‌های درمانی متنوع فرا تحلیل‌ها نشان می‌دهد که هنوز هم تعداد قابل توجهی از بیماران به این درمان‌ها پاسخ نمی‌دهند و یا بهبودی به نسبت کمی را نشان می‌دهند (۵ و ۶).

یکی از درمان‌های غیر دارویی برای PTSD فراشناخت درمانی است. هدف اصلی این درمان این است که بیمار در

پاسخ به علائم مزاحم با کمک شناخت و رفتارهای کارآمدتر، موانعی که بر سر راه پردازش سازگارانه خودکار وجود دارد را از بین ببرد (۷). شواهد حاکی از اثربخشی درمان‌های غیر دارویی در ترکیب با دارودرمانی، هنوز کامل نیست؛ بنابراین زمانی که درمان‌های غیر دارویی برای بیماران مبتلا به PTSD، با شکست مواجه می‌شود استفاده از دارودرمانی در ترکیب با رویکردهای درمانی نظیر درمان شناختی-رفتاری و رویکردهای متمرکز بر تروما به‌طور گسترده اتخاذ می‌گردد (۸) از آنجایی که PTSD با علائم اضطرابی همبودی دارد و همچنین بر عملکرد شغلی و اجتماعی افراد تاثیر می‌گذارد، در پژوهش حاضر سعی بر این شد تا نتیجه‌ی حاصل از ترکیب درمان دارویی و فراشناخت درمانی بر کاهش نشانه‌ها و علائم PTSD، اضطراب، عملکرد شغلی و اجتماعی، واحدهای ذهنی ناراحتی و فراشناخت‌های منفی در مورد نگرانی مبتلایان به PTSD بررسی شود.

### روش بررسی

این طرح یک پژوهش کارآزمایی بالینی با کد IRCT2017060828504N2 می‌باشد که در جلسه‌ی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان نیز به تصویب رسیده است. همچنین این پژوهش با بهره‌گیری از طرح آزمایشی تک موردی (Single case) با خط پایه‌ی جداگانه به‌کار گرفته شده است.

جامعه‌ی آماری این مطالعه شامل مراجعه کنندگان به مرکز آموزشی - درمانی شهید بهشتی زنجان بودند که بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف تعداد ۶ نفر به عنوان نمونه‌ی طرح انتخاب شدند. این بیماران پس از بررسی توسط روان‌پزشک بر اساس معیارهای ورود و خروج به‌صورت زیر به روان‌شناس بالینی ارجاع داده شدند:

ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت‌اند از:

در گروه دارو درمانی آزمودنی چهارم (د) در جلسه ۴ بیمار اول، جلسه ۳ بیمار دوم، جلسه ۲ بیمار سوم وارد درمان شد. آزمودنی پنجم (ه) در جلسه ۵ بیمار اول و جلسه ۲ بیمار چهارم وارد درمان شد.

آزمودنی ششم (و) در جلسه ۶ بیمار اول و جلسه ۲ بیمار پنجم وارد درمان شد. هر سه نفر بیمار مربوط به گروه دارودرمانی به تجویز روان پزشک داروی SSRI مصرف کردند. پرسش نامه‌های ذکر شده نیز قبل و بعد از مصرف دارو و همچنین پیگیری ۱ ماه و ۲ ماه بعد از اتمام دارو تکمیل شد. برای گردآوری داده‌های پژوهش، ابزارهای زیر به کار گرفته شد.

**مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای محور I (SCID-I):** این ابزار مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فیرست و همکاران تهیه شده است. ضریب کاپای ۶۰ درصد به‌عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای آن در نظر گرفته شده است. توافق تشخیصی نسخه فارسی این ابزار، برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب (کاپای بالای ۶۰ درصد) گزارش شده است. توافق کلی نیز خوب بوده است (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) (۹).

**پرسشنامه مصاحبه تشخیصی PTSD:** این پرسشنامه توسط واتسون، جویا و همکاران بر اساس معیارهای DSM III-R ساخته شد، دارای ۲۰ سؤال است که علائم نشانه‌های PTSD را در ۵ طبقه مصاحبه تشخیصی PTSD، و بر اساس ملاک‌های PTSD در DSM مطرح می‌کند. فوآ و همکاران در رابطه با اعتبار این مصاحبه، ارقام زیر را گزارش نموده‌اند: قدرت تمایز: ۰/۹۴، حساسیت: ۰/۸۹، ثبات درونی: ۰/۹۲، باز آزمایی: ۰/۹۵، کاپا: ۰/۸۲ (۱۰).

**پرسشنامه اضطراب بک (BAI):** این پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت است که جهت ارزیابی از سطح کلی اضطراب فرد طراحی شده است و توسط بک و همکاران در

۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای PTSD مزمن به تشخیص روان شناس بالینی و یا روان‌پزشک  
۲- عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش

۳- در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش

۴- داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال

۵- دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم

۶- موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی

**ملاک‌های خروج بیماران از پژوهش عبارت‌اند از:**

۱- داشتن اختلال سایکوتیک و سوءمصرف مواد به تشخیص روان شناس بالینی و یا روان‌پزشک

۲- دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور II به تشخیص روان شناس بالینی و یا روان‌پزشک

۳- وجود مخاطراتی برای بیمار، مانند داشتن افکار جدی برای خودکشی به تشخیص روان شناس

پس از ورود بیماران بر اساس معیارهای فوق به پژوهش SCID-I توسط روان‌شناس بالینی برای بیماران اجرا شد و تمامی بیماران فرم رضایت اخلاقی، پرسشنامه‌های BAI CAPS و همچنین SUDS و GAFs را تکمیل کردند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. در گروه ترکیب دارودرمانی و فراشناخت درمانی ۳ بیمار به ترتیب زیر وارد پژوهش شدند. آزمودنی دوم (ب) در جلسه ۲ آزمودنی اول (الف) وارد درمان شد. آزمودنی سوم (ج) در جلسه ۳ بیمار الف و جلسه ۲ بیمار ب وارد درمان شد. پروتکل درمانی شامل ۱۲ جلسه بود و بیماران پس از هر جلسه درمان پرسش‌نامه‌های SUDS، BAI، GAFs مربوط به همان جلسه و پرسش‌نامه‌ی MCQ-30 را نیز یک جلسه در میان تکمیل کردند. پیگیری اول، ۱ ماه پس از جلسه دوازدهم و پیگیری دوم، ۲ ماه پس از جلسه دوازدهم انجام شد.

سال ۱۹۸۱ به منظور ارزیابی شدت اضطراب طراحی شده است. در ایران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب اعتبار به روش دونیم سازی ۰/۹۱ گزارش شده است.

هر سؤال شامل ۴ گزینه است که بیمار توسط آن‌ها میزان تطابق عبارت مورد نظر را با وضعیت فعلی خود می‌سنجد. حداقل نمره صفر و حداکثر ۶۳ است. امتیاز بالا سطح اضطراب بالاتر فرد را بیان می‌کند.

۷- هیچ یا کمترین اضطراب

۱۵- ۸ خفیف

۲۵- ۱۶ متوسط

۶۳- ۲۶ شدید

**مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی (SUDs):** مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی به عنوان یک ابزار خود سنجی برای درجه بندی شدت ناراحتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس از ۱۰-۰ درجه بندی شده است. نمره ۰ بیانگر عدم ناراحتی و ۱۰ بیانگر بیشترین ناراحتی است.

**پرسشنامه فراشناخت‌ها (MCQ-۳۰):** این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت-هاوتن در سال ۲۰۰۴ به منظور سنجش باورهای مثبت و منفی افراد نسبت به نگرانی و افکار مزاحم طراحی شده است. این پرسشنامه ۳۰ سؤال دارد و دارای ۵ خرده مقیاس است: ۱- باورهای مثبت در مورد نگرانی ۲- باورهای منفی در مورد نگرانی ۳- باورهایی در مورد اطمینان شناختی ۴- باورهای منفی در مورد افکار ۵- خودآگاهی شناختی.

سازندگان این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی باز آزمایی این مقیاس را ۰/۸۷ به دست آوردند (۱۱)

**عملکرد کلی (GAFs):** مقیاس ارزیابی کلی عملکرد، مقیاسی است که در آن بالینگر در مورد سطح کلی عملکرد بیمار در یک دوره زمانی خاص (به عنوان مثال سطح عملکرد بیمار در زمان ارزیابی یا بالاترین سطح عملکرد حداقل به مدت چند ماه در عرض سال گذشته) قضاوت می‌کند. عملکرد به

صورت ترکیبی از سه زمینه‌ی عمده در نظر گرفته می‌شود: کارکرد اجتماعی، شغلی و روان شناختی. مقیاس GAFs که مبتنی بر طیفی از سلامت روانی و بیماری روانی است، یک مقیاس ۱۰۰ نمره‌ای است که نمره‌ی ۱۰۰ در آن نشان دهنده‌ی بالاترین سطح عملکرد در تمام زمینه‌ها است. کسانی که قبل از شروع یک دوره بیماری سطح عملکرد بالاتری داشته‌اند، پیش‌آگهی بهتری دارند. GAFs کارکرد کلی فرد در سه زمینه‌ی عمده اجتماعی، شغلی و روان‌شناختی که بر روی طیف فرضی از سلامت بیماری روانی است را اندازه‌گیری می‌کند.

هرچند استفاده از روش‌های آماری در تعیین اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی امری رایج است اما دارای محدودیت‌هایی نیز هست. در طرح‌های تک موردی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده می‌شود و بر اساس صعود و نزول متغیر وابسته قضاوت صورت می‌گیرد و از روش‌های تجزیه و تحلیل رایج آماری استفاده نمی‌شود (۱۲).

تغییرهای پدید آمده به عنوان تاثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته در نظر گرفته شد و از درصد بهبودی نیز برای معنی‌داری بالینی تغییرات استفاده شد. فرمول درصد بهبودی به قرار زیر است:

$$A0\% \Delta = \frac{A0 - A1}{A0}$$

A0 نمره پرسشنامه مورد سنجش (به عنوان مثال BAI) در خط پایه، A1 نمره همان پرسشنامه در جلسه آخر و  $\Delta A0\%$  میزان تغییرات است (۱۳). با این حال وجود تفاوت‌های معنادار آماری بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون ضرورتاً به معنی برخورداری بیماران درمان شده از عملکرد موفقیت‌آمیز در زندگی واقعی نیست. به همین دلیل استفاده از روش‌هایی ضرورت دارد که هم مکمل آزمون‌های

اگر قدر مطلق این شاخص بزرگتر از ۱/۹۶ بود می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان گفت که تغییر مشاهده شده در نمره‌های پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون حاصل تصادف نیست بلکه نشانگر تغییری پایدار و واقعی است.

### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ ارائه شده است. در ارتباط با نمره‌های به‌دست آمده از مقیاس اجرایی بالینی (CAPS)، پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه فراشناخت‌ها (MCQ-30) یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که آزمودنی‌هایی که تحت درمان ترکیبی بودند (الف، ب و ج) نسبت به آزمودنی‌هایی که فقط دارو استفاده می‌کردند (د، ه و و) به بهبودی کلی بیشتری دست یافتند و این بهبودی در مرحله پیگیری (دو ماه پس از درمان) نیز ادامه داشته است.

آماري بوده و هم نتایج دقیق‌تری از اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی را آشکار کند. یکی از این روش‌ها، روش معناداری بالینی تغییرات است. در این روش فرض بر این است که اگر در پایان درمان بیماری از گروه افراد دارای بد کارکردی به دلیل بیماری به گروه افراد دارای کارکرد طبیعی تغییر وضعیت داده باشد می‌توان او را به‌عنوان فردی که به سطح تغییرات معناداری بالینی دست یافته است طبقه‌بندی کرد (۱۴) در این مقاله از شاخص تغییر پایدار (Relible Change Index) به‌منظور بررسی این‌که آیا تغییرات حاصل شده واقعی هستند یا ناشی از خطای اندازه‌گیری از فرمول زیر استفاده شده است:

$$RCI = \frac{Post\ Test - Pre\ Test}{\sqrt{2}SE^2}$$

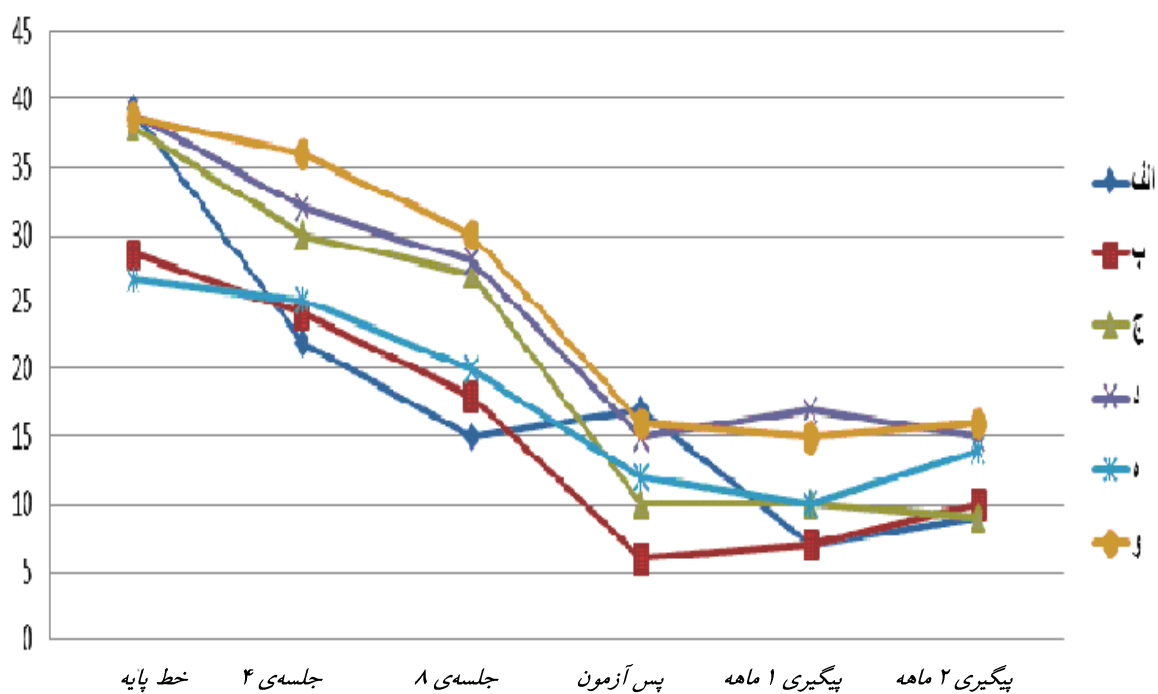
$$SE = SD \sqrt{1 - r}$$

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

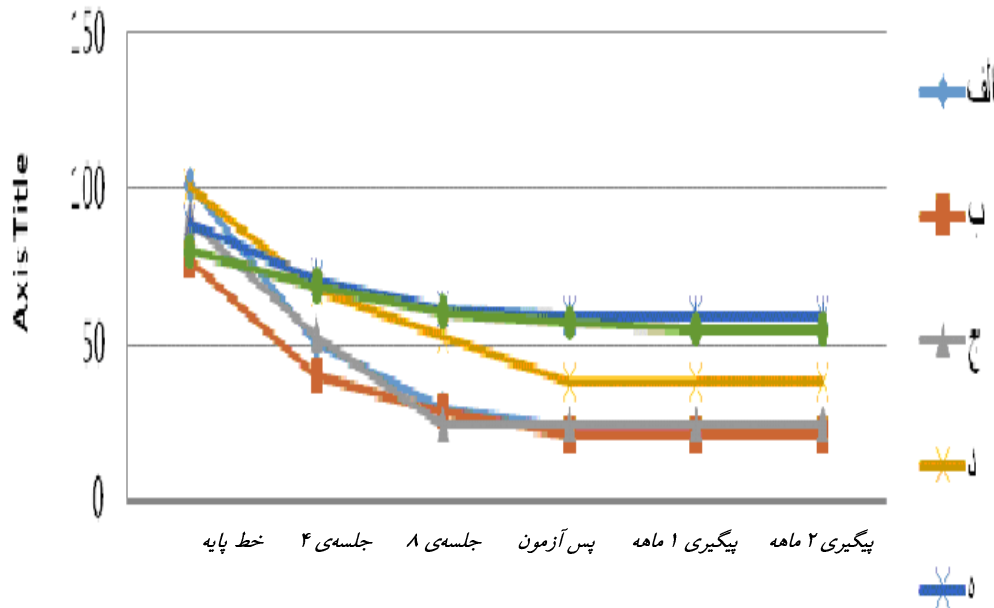
| ویژگی‌ها    | سن | جنس | میزان تحصیلات       | شغل                 | وضعیت تأهل | نوع درمان    | اقدامات درمانی پیشین |
|-------------|----|-----|---------------------|---------------------|------------|--------------|----------------------|
| آزمودنی‌ها  |    |     |                     |                     |            |              |                      |
| آزمودنی الف | ۳۷ | مرد | دکتری حرفه‌ای پزشکی | پرزشک خانواده       | متاهل      | درمان ترکیبی | دارو درمانی          |
| آزمودنی ب   | ۳۷ | مرد | دیپلم               | شغل آزاد (بازاری)   | متاهل      | درمان ترکیبی | دارو درمانی          |
| آزمودنی ج   | ۴۴ | مرد | دیپلم               | کارمند فرمانداری    | متاهل      | درمان ترکیبی | نداشته               |
| آزمودنی د   | ۴۲ | مرد | دیپلم               | کادر سپاه           | متاهل      | دارودرمانی   | دارو درمانی          |
| آزمودنی ه   | ۴۱ | مرد | دیپلم               | کارمند جهاد کشاورزی | متاهل      | دارودرمانی   | دارو درمانی          |
| آزمودنی و   | ۴۶ | مرد | دیپلم               | کارمند مخابرات      | متاهل      | دارودرمانی   | نداشته               |

آمده در علائم PTSD، اضطراب، فراشناخت‌های بیماران و همین‌طور تغییر در عملکرد کلی و میزان آشفتگی ذهنی آن‌ها است و این تغییرات پایدار و واقعی هستند. برای مقایسه بهتر یافته‌ها، نمرات آزمودنی‌ها بر روی نمودارهای (۵-۱) ارائه شده است. همان‌گونه که نمودارها نشان می‌دهند ترکیب دارو درمانی با فراشناخت درمانی موثرتر از دارو درمانی است.

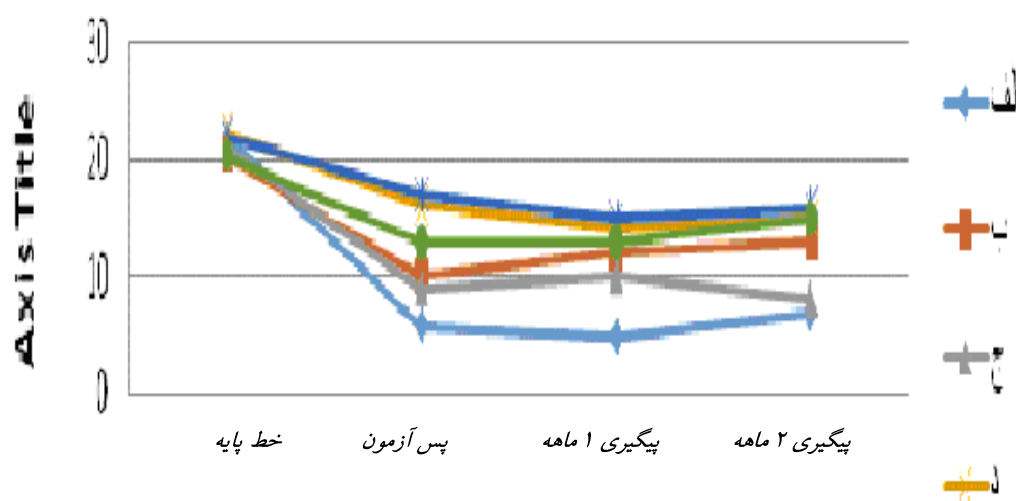
در ارتباط با نمره‌های به‌دست‌آمده از SUDs و GAFs یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌هایی که تحت درمان ترکیبی بوده‌اند (الف، ب و ج) و آزمودنی‌هایی که فقط دارو استفاده کرده‌اند (د، ه و و) در میزان بهبودی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین نمرات مربوط به (RCI) در جدول‌ها حاکی از معنی‌دار بودن تغییر و بهبودی به وجود



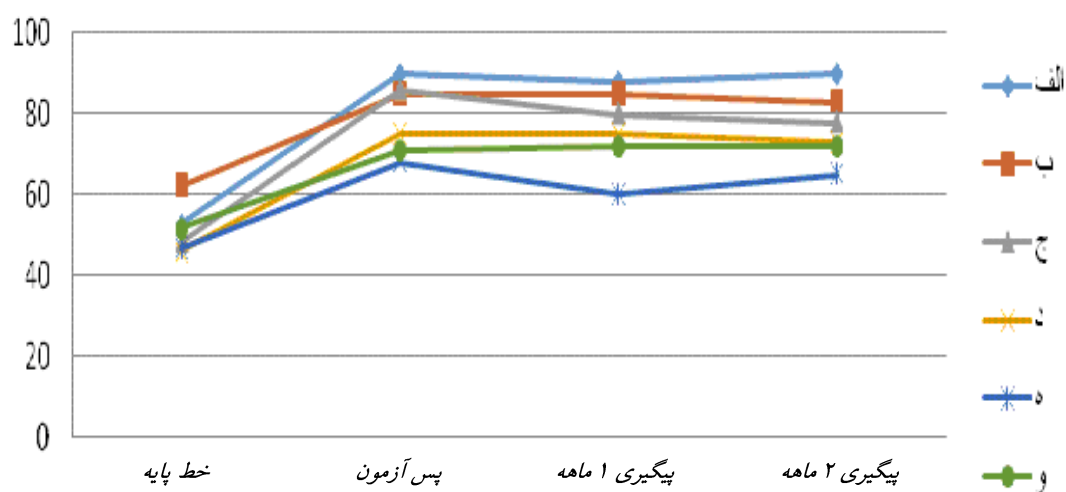
نمودار ۱: مقایسه نمرات آزمودنی‌های گروه درمان ترکیبی و دارو درمانی در پرسش نامه *BAI*



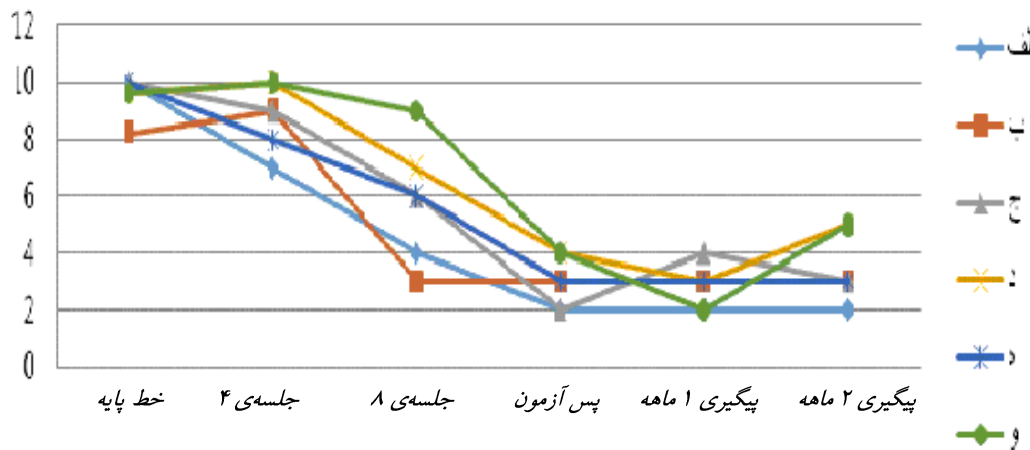
نمودار ۲: مقایسه نمرات آزمودنی‌های گروه درمان ترکیبی و دارو درمانی در پرسش نامه *caps*



نمودار ۳: مقایسه نمرات آزمودنی‌های گروه درمانی ترکیبی و دارو درمانی در پرسش نامه *MCQ*



نمودار ۴: مقایسه نمرات آزمودنی‌های گروه درمان ترکیبی و دارو درمانی در *GAFS*



نمودار ۵: مقایسه نمرات آزمودنی‌های گروه درمانی ترکیبی و دارو درمانی در SUDs

## بحث

مقایسه‌ی نمره‌ها یا آزمودنی‌ها به صورت انفرادی و گروهی نشان می‌دهد، که هر دو روش (ترکیب دارودرمانی با فراشناخت درمانی و دارودرمانی) در درمان اختلال استرس پس از سانحه موثر بوده و این اثربخشی در مورد روش اول بیشتر بوده است. در بررسی پژوهش‌های مشابه در این موضوع در پژوهش ولز و سمبی اثربخشی فراشناخت درمانی بر PTSD مورد بررسی قرار گرفت، نتایج پژوهش بیانگر این بود که این مدل درمانی در کاهش علائم اختلال مذکور موثر است (۵). در متاآنالیزی که در سال ۲۰۱۵ در مورد تأثیر فراشناخت درمانی بر روی اختلالات اضطرابی انجام گرفت نتایج نشان دهنده‌ی تأثیر موفق فراشناخت درمانی بر کاهش رفتارهای خود سرزنشی PTSD بود و نتایج بررسی‌ها نشان داد فراشناخت درمانی در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش نشانه‌های PTSD، افسردگی و اضطراب می‌شود (۱۵). در مورد اثر بخشی درمان ترکیبی دارو درمانی و فراشناخت درمانی در فراتحلیل‌های انجام شده بررسی در مورد ترکیب دارودرمانی و فراشناخت درمانی صورت نگرفته است (۱۶). از آنجایی که آزمودنی‌ها به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند، نقش متغیرهای مداخله‌گر تا حدی خنثی شده است، اما

به دلیل شمار کم آزمودنی‌ها (شش نفر) باید در پژوهش‌های آینده شمار آزمودنی‌ها افزایش یابد تا بتوان در این مورد قضاوت بهتری ارائه کرد. گرچه بر پایه‌ی یافته‌های پژوهش حاضر، ترکیب دارودرمانی با فراشناخت درمانی از اثربخشی بیشتری نسبت به دارودرمانی برخوردار است اما این یافته را باید یک یافته‌ی مقدماتی دانست و به کارگیری این دو شیوه درمان در قالب طرح‌های تک آزمودنی و آزمایشی در سطح گسترده ضروری می‌نماید. نمونه‌گیری محدود به مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی استان زنجان، حجم پایین نمونه و کاهش قدرت تعمیم دهی به جامعه، استفاده از مردان برای نمونه‌ی پژوهش از محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. اما برای نتیجه‌گیری نهایی تکرار مطالعه‌های موردی متعدد، نمونه‌گیری از مراکز درمانی مختلف، اجرای درمان بر روی نمونه زنان مبتلا به PTSD، استفاده از شاخص تغییر پایا، استفاده از طرح‌های تجربی و کنترل شده، نمونه‌های وسیع‌تر، تکرار کامل (اجرای دوباره پژوهش توسط همین پژوهشگر)، تکرار حقیقی (اجرای دوباره همین پژوهش توسط دیگران با همین مقیاس‌های سنجشی)، تکرار نظام‌مند (اجرای همین پژوهش در جمعیت دیگر و با سایر مقیاس‌های سنجشی) پیشنهاد می‌شود.



## نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری این پژوهش را باید با احتیاط تفسیر کرد، هرچند کوشش پژوهشگر این بوده است که شرایط را تا جایی که امکان دارد کنترل کند، اما درباره‌ی آزمودنی‌های انسانی و آن‌هم درمان روان‌شناختی کنترل همه‌ی شرایط دشوار است. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که ترکیب دارودرمانی و فراشناخت درمانی باعث کاهش نشانه‌های PTSD، اضطراب، فراشناخت‌های منفی و میزان ناراحتی ذهنی مبتلایان و باعث افزایش عملکرد روان‌شناختی این بیماران می‌شود، به همین منظور پیشنهاد می‌شود از ترکیب این درمان همراه با دارو

درمانی برای درمان مبتلایان استفاده شود، همچنین مطالعات بیشتری با در نظر گرفتن پیشنهادها و محدودیت‌های این پژوهش صورت گیرد.

## تقدیر و تشکر

با تشکر از آزمودنی‌های پژوهش که با بردباری در زمینه‌ی اجرای پژوهش همکاری نمودند و همچنین از مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران سپاس‌گزاری می‌گردد.

## References

- 1- Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. United States of America: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 2013.
- 2- Vakili Y FL, Habibi M. Effectiveness of metacognitive therapy in patients with post-traumatic stress disorder: three case studies. *J Clin Psychol*. 2014; 5: 99-108.
- 3- Sadock B SV, Ruiz P. kaplan and sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences: Wolters Kluwer; 2014.
- 4- Solomon SD JD. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: a practice-friendly review of outcome research. *J Clin Psychol*. 2002; 8: 947-59.
- 5- Wells A SS. Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Experiment Psychiat*. 2004; 35: 307-18.
- 6- Brad K. Grunnert MRS, Jo M. Weis, Mark D. Rusch. When prolonged exposure fails: Adding an imagery-based cognitive restructuring component in the treatment of industrial accident victims suffering from PTSD. *Cog Behav Prac*. 2003; 10: 333-46.
- 7- Roussis P WA. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model *Personal Individual Diff*. 2006; 40: 22-111.
- 8- Alderman C ML, Merwood A. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2009; 2: 77-86.
- 9- Segal DLC, Frederick L. Structured interviewing and DSM classification. *Adult psychopathol Diagnos*. 2003: 72-103.
- 10- Foa EB RS. Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault

survivors with posttraumatic stress disorder. *Consult Clin Psychol*. 2004; 72: 879-84.

11- Wells A C-HS. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res*. 2004; 42: 385-96.

12- H H. Examination of efficacy and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in treatment and prevention of relapse and recurrence of dysthymia. *Res Psychol Health*. 2007; 1: 25-36.

13- Barlow David H NMK, Hersen M. Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change. 2009.

14- Asghari MA S. Clinical significance of therapeutic changes: Features, method of

calculation, decision making and constraints. *Clin Psychol Personal*. 2015: 191-200.

15- Sadeghi R MN, Zarif Mahmoudi L, Asgharipour N, Seyfi H. A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. *J Res Med Sci*. 2015; 20: 901-9.

16- Cuijpers P SM, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*. 2013; 12: 47-58.

## Comparison of the Effectiveness of Drug Combination with Metacognitive Therapy and Drug Therapy Alone in Reducing the Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder

Dadashi M<sup>1,2</sup>, Momtazi S<sup>3</sup>, Yousefi Asl V<sup>1</sup>, Gharaei B<sup>4</sup>, Asghar Nejad A<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

<sup>2</sup>Social Determinants of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>3</sup>Dept. of Psychiatry, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>4</sup>Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Corresponding Author:** Gharaei B, Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health  
Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**E-mail:** gharraee.b@iums.ac.ir

**Received:** 31 Jul 2016    **Accepted:** 25 Dec 2016

**Background and Objective:** The Post traumatic stress disorder (PTSD) is an acute psychological reaction to severe traumatic events. Non-pharmacological treatments are considered as the first line treatment for PTSD and should be basically complementary to the treatment plans for patients with PTSD. However, some patients do not respond adequately to non-pharmacological treatments. The purpose of this study was to compare the efficiency and effectiveness of drug combination with meta-cognitive and drug therapy alone in reducing the severity and symptoms of PTSD.

**Materials and Methods:** The samples of this study were the people who referred to the Shahid Beheshti Hospital of Zanjan, Iran. The type of clinical trial was single case and multiple baseline type. Six male subjects were selected by available sampling method and were then randomly assigned to two groups. The subjects in the pre-treatment stage (baseline) and during the fourth, eighth and post-treatment sessions, as well as follow-up (1 month and 2 months) and after the treatment and follow up (1 month and 2 months), completed the questionnaires of Clinical Executive Scale for post-traumatic stress disorder (CAPS), Beck anxiety (BAI), negative meta-cognitive (MCQ-30), SUDS and global assessment function scale (GAFS).

**Results:** The results showed that both methods (combination of drug therapy with meta-cognitive therapy) were effective in the treatment of post-traumatic stress disorder and this effect was higher in the first method (combination of drug therapy with meta-cognitive therapy).

**Conclusion:** The results of this study indicate that both methods (Combination of drug therapy with meta-cognitive therapy) were effective in reducing symptoms and anxiety symptoms in patients with PTSD than drug therapy alone. Also, combination therapy reduces the amount of discomfort and improves overall performance of the patients

**Keywords:** *Meta-cognitive therapy, Drug therapy, Post traumatic stress disorder*