

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱۰/۱۸

تاریخ بررسی مقاله: ۹۴/۱۱/۰۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۰۳/۱۶

DOI: 10.22055/jacp.2017.20734.1027

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی

دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار ۱۳۹۵

دوره‌ی دوم، سال ۲، شماره ۱

ص:ص: ۳۵-۵۰

مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی دارو درمانی و درمان فراشناختی و درمان دارویی بر علائم افسردگی و کنترل فکر در مبتلایان به اختلال استرس پس آسیمی

محسن داداشی^۱، سعید ممتازی^۲، ویدا یوسفی اصل^۳، علی اصغر نژادفرید^۴
و بنفشه غرایبی^{۵*}

چکیده

فشار روانی پس آسیمی واکنش‌های حاد روان‌شناختی در برابر رویدادهای سانحه‌آمیز شدید است. درمان‌های غیردارویی خط اول درمان این اختلال در نظر گرفته می‌شود و به‌طور اساسی باید مکمل برنامه‌های درمانی بیماران مبتلا باشد. با این وجود، بعضی از بیماران به درمان‌های غیردارویی پاسخ کافی نمی‌دهند و یا با علائم ناتوان‌کننده درمان را ترک می‌کنند. با این حال شواهد حاکی از اثربخشی درمان‌های غیردارویی در ترکیب با دارودرمانی، هنوز کامل نیست. هدف پژوهش حاضر مقایسه کارایی و اثربخشی ترکیب دارودرمانی با درمان فراشناختی و دارودرمانی در افراد مبتلا به فشار روانی پس آسیمی بود. به‌منظور بررسی، شش آزمودنی (مرد) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به تصادف در دو گروه جای داده شدند. بررسی حاضر به روش طرح آزمایشی تک موردی و از نوع خط پایه چندگانه انجام شد. آزمودنی‌ها در مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه) و در طی جلسه‌های چهارم، هشتم و پس از درمان و مرحله‌ی پیگیری پرسشنامه‌های مقیاس اجرایی بالینی اختلال تنیدگی پس از ضربه (CAPS)، افسردگی بک (BDI-II)، کنترل فکر (TCQ) را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که هر دو روش (ترکیب دارودرمانی با درمان فراشناختی و دارودرمانی) در درمان فشار روانی پس آسیمی مؤثر بوده و این اثربخشی در مورد روش

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دپارتمان روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، زنجان، ایران

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دپارتمان روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، زنجان، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دپارتمان روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، زنجان، ایران

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۵. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

ghraee@iums.ac.ir

(نویسنده مسئول)

اول (ترکیب دارودرمانی با درمان فراشناختی) بیشتر بوده است. ترکیب دارودرمانی با درمان فراشناختی در درمان فشار روانی پس‌آسیبی می‌تواند مؤثرتر از دارودرمانی باشد.

کلید واژگان: درمان فراشناختی، اختلال استرس پس از سانحه، دارودرمانی، افسردگی، کنترل فکر

مقدمه

مشخصه‌ی اختلال فشار روانی پس‌آسیبی^۱ افزایش ترس و اضطراب به دنبال مواجهه با رویداد پراسترس یا سانحه است که حداقل یک ماه به طول انجامد (DSM-5^۲)، انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، (۲۰۱۳). شیوع و بروز گسترده این اختلال ناتوان‌کننده (۸ درصد)، و سیر نسبتاً مزمن آن فرد، خانواده و جامعه را مجبور به پرداخت تاوان سنگینی می‌کند و در عملکردهای شغلی-تحصیلی و روابط فردی به‌خصوص با همسر و اعضای خانواده اختلال ایجاد کرده و آسیب‌های اقتصادی و انسانی شدیدی وارد می‌آورد. علاوه بر این رقم، ۵ تا ۱۵ درصد دیگر از افراد نیز ممکن است دچار اشکال تحت بالینی این اختلال باشند (وکیلی، فتی و حبیبی، ۱۳۹۲). میزان شیوع بیماری‌های همراه با فشار روانی پس‌آسیبی به‌خصوص افسردگی، اختلالات مرتبط با مواد، اختلالات اضطرابی و اختلالات دوقطبی زیاد است، به شکلی که حدود دوسوم این بیماران حداقل به دو اختلال دیگر نیز مبتلا هستند. وجود همزمان اختلالات دیگر آسیب‌پذیری فرد را برای ابتلا به فشار روانی پس‌آسیبی افزایش می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). علی‌رغم پیشرفت‌هایی که در زمینه تشخیص و درمان فشار روانی پس‌آسیبی به وجود آمده است، هنوز در حدود ۵۰ درصد موارد، بهبود نسبی یا سیر مزمن مشاهده می‌شود و علی‌رغم وجود روش‌های درمانی متنوع فرا تحلیل‌ها نشان می‌دهد که هنوز هم تعداد قابل‌توجهی از بیماران به درمان‌های موجود پاسخ نمی‌دهند و یا بهبودی به نسبت کمی را نشان می‌دهند (شرمن^۴، ۲۰۰۳). شواهد حاکی از اثربخشی درمان‌های غیردارویی در

1. post-traumatic stress disorder
2. diagnostic and statistical manual of mental disorders
3. American Psychiatric Association
4. Sherman

ترکیب با دارودرمانی، هنوز کامل نیست؛ بنابراین زمانی که درمان‌های غیردارویی برای بیماران مبتلا به فشار روانی پس‌آسیبی، 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 (آلدرمن، مک کارتی و ماروود^۱، ۲۰۰۹). مدیریت اختلال فشار روانی پس‌آسیبی شامل استفاده از مدل‌های درمانی متنوعی است که درمان‌های دارویی و غیردارویی از آن جمله‌اند. درمان‌های غیردارویی به‌عنوان درمان‌های خط اول برای این اختلال در نظر گرفته می‌شود و به‌طور اساسی باید مکمل برنامه‌های دارویی بیماران مبتلا باشد. هر چند شواهد حاکی از اثر بخشی درمان‌های غیردارویی در ترکیب با دارو درمانی، هنوز کامل نیست با این حال بعضی از تحقیقات نتایج امیدوارکننده‌ای داشته‌اند. بنابراین زمانی که درمان‌های غیردارویی برای بیماران مبتلا به اختلال فشار روانی پس‌آسیبی، با شکست مواجه می‌شود استفاده از دارو درمانی در ترکیب با رویکردهای درمانی نظیر درمان شناختی-رفتاری و رویکردهای متمرکز بر تروما به‌طور گسترده اتخاذ می‌گردد (آلدرمن و همکاران، ۲۰۰۹) یکی از درمان‌های غیردارویی موجود برای درمان فشار روانی پس‌آسیبی، (سولومون، جانسون^۲، ۲۰۰۲) درمان فراشناختی^۳ ولز است (ولز، سمبی^۴، ۲۰۰۴). هدف اصلی درمان فراشناختی این است که بیمار کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهد و از این‌که پردازش به‌صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید انجام گیرد، جلوگیری نماید (ولز و سمبی، ۲۰۰۴). بر اساس درمان فراشناختی ضروری نیست شناخت‌های بیمار در مورد سانه اصلاح شده یا خوگیری نسبت به خاطرات سانه تسهیل شود، بلکه هدف 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 (رسیس^۵ و ولز، ۲۰۰۶). به همین منظور در پژوهش حاضر سعی بر این شد تا نتیجه‌ی حاصل از ترکیب درمان دارویی و درمان فراشناختی بر کاهش علائم فشار روانی پس‌آسیبی، افسردگی و کنترل فکر (شامل کنترل اجتماعی، نگرانی و افکار صدمه به خود)، در مبتلایان به فشار روانی پس‌آسیبی بررسی شود.

1. Alderman, McCarthy, & Marwood
2. Solomon & Johnson
- 3 metacognitive therapy
4. Wells & Sembi
5. Roussis

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این پژوهش با بهره‌گیری از طرح آزمایشی تک‌موردی^۱ با خط پایه‌ی جداگانه به کار گرفته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را مراجعه‌کنندگان به مرکز آموزشی-درمانی بهشتی زنجان تشکیل می‌دادند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین کسانی که به این مرکز مراجعه می‌کردند افرادی که مبتلا به اختلال فشار روانی پس‌آسیبی بودند انتخاب شدند و مصاحبه برای انتخاب نمونه دارای شرایط انجام شد. سپس بر روی آزمودنی‌های انتخاب شده پیش‌آزمون اجرا گردید. نمونه پژوهش شش نفر، با تشخیص اختلال فشار روانی پس‌آسیبی (مربوط به جنگ) بود، که پس از انتخاب به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند و ترکیب دارودرمانی با درمان فراشناختی و دارودرمانی به‌طور انفرادی بر روی آن‌ها اعمال شد. معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت‌اند از ۱-دارا بودن ملاک‌های تشخیصی برای فشار روانی پس‌آسیبی مزمن به تشخیص روان‌شناس 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؛ و ملاک‌های خروج بیماران از پژوهش عبارت‌اند از ۱-داشتن اختلال سایکوتیک و سوءمصرف مواد به تشخیص روان‌شناس بالینی و یا روان‌پزشک؛ ۲-دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت به تشخیص روان‌شناس بالینی و یا روان‌پزشک؛ ۳-وجود مخاطراتی برای بیمار، مانند داشتن افکار جدی برای خودکشی به تشخیص روان‌شناس بالینی. پس از ورود بیماران بر اساس معیارهای فوق به پژوهش مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I^۲ توسط روان‌شناس بالینی برای بیماران اجرا شد و تمامی بیماران فرم رضایت اخلاقی و پرسشنامه مصاحبه تشخیصی فشار روانی پس‌آسیبی^۳، پرسشنامه‌ی افسردگی بک ویراست دوم^۴ و پرسشنامه

-
1. single case
 2. SCID
 3. Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)
 4. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

کنترل فکر^۱ را تکمیل کردند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. گروه درمان ترکیبی (ترکیب دارودرمانی و درمان فراشناختی) و گروه درمان دارویی (تجویز بازدارنده‌های بازجذب سروتونین^۲ توسط روان‌پزشک).

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای محور 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) (سگال و کولیدج،^۳ ۲۰۰۳).

پرسشنامه مصاحبه تشخیصی فشار روانی پس‌آسیبی. بر اساس معیارهای DSM III-R ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال است که علائم نشانه‌های فشار روانی پس‌آسیبی را در پنج طبقه مصاحبه تشخیصی و بر اساس ملاک‌های این اختلال در DSM مطرح می‌کند (فریدمن^۴، ۱۹۹۴). فوآ و راوچ^۵ (۲۰۰۴) 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 و کاپا = ۰/۸۲.

پرسشنامه افسردگی بک ویراست دوم. پرسشنامه افسردگی بک ویراست دوم (بک، استیر و بروان^۶، ۱۹۹۶) شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین گردید. بک معتقد است ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی همخوان است. علاوه بر این ویرایش دوم این پرسشنامه تمامی عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی افسردگی را نیز پوشش می‌دهد. مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی پرسشنامه افسردگی بک

1. Thought Control Questionnaire (TCQ)
2. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs)
3. Segal & Coolidge
4. Friedman
5. Foa & Rauch
6. Beck, Steer, & Brown

ویرایش دوم، پایایی، اعتبار و ساخت عاملی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش می‌کنند و به‌طورکلی این پرسشنامه جانشین خوبی برای ویرایش اول پرسشنامه افسردگی بک محسوب می‌شود. مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به شرح زیر بود: ضریب آلفا = ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه = ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته = ۰/۹۴ (بک، ۱۹۷۸، به نقل از فتی، ۱۳۸۲).

پرسشنامه کنترل فکر. پرسشنامه کنترل فکر توسط لزو داویس (۱۹۴۴، به نقل از ولز، ۲۰۰۲) به‌منظور اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در استفاده از راهبردهای کنترل افکار ناخوانده مزاحم، طراحی شده است. این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد و از ۵ خرده‌مقیاس تشکیل شده است. در این پژوهش از خرده‌مقیاس‌های شماره ۲، ۳ و ۴ این پرسشنامه، به‌ترتیب: کنترل اجتماعی، نگرانی و صدمه به خود استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱، ۰/۶۴ و ۰/۷۲ به‌ترتیب برای این خرده‌مقیاس‌ها گزارش شده است. ضریب پایایی پیش‌آزمون-پس‌آزمون ۰/۷۲، ۰/۶۷ و ۰/۶۸ (ولز و داویس، ۱۹۴۴؛ به نقل از ولز، ۲۰۰۲) برای این مقیاس‌ها گزارش شده است.

روش اجرا

از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی زنجان، افراد مبتلا به اختلال فشار روانی پس‌آسیبی انتخاب و بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس بر روی آزمودنی‌های انتخاب شده پیش‌آزمون اجرا گردید. حجم نمونه پژوهش شش نفر بود که پس از انتخاب به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند و ترکیب دارو درمانی با درمان فراشناختی و دارودرمانی به‌طور انفرادی بر روی آن‌ها اعمال شد. بعد از کسب رضایت بیمار و امضای رضایت‌نامه کتبی، شش بیمار مبتلا به اختلال فشار روانی پس‌آسیبی، با روش پله‌ای وارد درمان شدند. لازم به ذکر است علاوه از رضایت بیماران، طرح این پژوهش در جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران در تاریخ ۸۸/۱۰/۲۲ مورد تصویب قرار گرفته است و با شماره IRCT2017060828504N2 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران^۱ ثبت شده است.

آزمودنی‌هایی که در دو گروه قرار گرفته بودند، ابزارهای زیر را در سه نوبت و به فاصله

1. iranian registry of clinical trials

زمانی یک هفته تکمیل کردند: پرسشنامه مصاحبه تشخیصی فشار روانی پس‌آسیبی، پرسشنامه افسردگی بک ویراست دوم و پرسشنامه کنترل فکر. هنگامی که خطوط پایه به مدت سه جلسه برای هر یک از آزمودنی‌ها، با استفاده از ابزارهای ذکر شده تشکیل شد، درمان توسط پژوهشگر بر روی بیماران انجام شد. از این مرحله به بعد، بیماران پس از هر جلسه درمان پرسشنامه‌های مربوط به همان جلسه را تکمیل کردند. بیمار اول، در جلسه اول با تکمیل پرسشنامه‌ها وارد طرح درمان شد. در جلسه دوم درمان بیمار اول، بیمار دوم وارد طرح شد. در جلسه سوم بیمار اول و جلسه دوم بیمار دوم، بیمار سوم وارد درمان شد. در جلسه چهارم بیمار اول و جلسه سوم بیمار دوم، جلسه دوم بیمار سوم، بیمار چهارم وارد درمان شد. درمان فراشناختی و ترکیب درمان درمان فراشناختی با دارودرمانی در قالب دوازده جلسه به صورت انفرادی بر روی بیماران اجرا شد. درمان با استفاده از پروتوکل گام‌به‌گام بر اساس کتاب راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال استرس پس از سانحه (ولز، ۱۳۹۲ ترجمه محمدخانی، ۲۰۰۸) اجرا شد که به طور مختصر توضیح داده می‌شود:

جلسه یکم: بعد از فرمول‌بندی موردی و آشناسازی بیمار با فرآیند درمان از استعاره‌هایی مانند استعاره التیام‌بخش و همچنین از تکنیک توجه آگاهی انفصالی استفاده شد و تکالیف منزل نیز با همکاری بیماران مشخص شد.

جلسه دوم: از این جلسه به بعد، ابتدای هر جلسه تکالیف جلسه قبل بررسی و در انتهای جلسه تکالیف جدید مشخص می‌شود. همچنین اطمینان از این‌که بیمار با فرآیند درمان به طور کامل آشنا شده است، در غیر این صورت کار بر روی آن تمرین توجه آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی.

جلسه سوم و چهارم: چالش با باورهای فراشناختی مثبت، مرور، کاربرد و گسترش به تعویق انداختن نگرانی.

جلسه پنجم و ششم: بررسی ماهیت پردازش‌های مفهومی، شناسایی اجتناب و سایر راهبردهای مقابله‌ای و توقف آن‌ها.

جلسه هفتم و هشتم: بررسی مزایا و معایب تهدیدیابی، چالش با باورهای مثبت، معرفی راهبردهای جایگزین.

جلسه نهم و دهم: معرفی تغییر تمرکز توجه، چالش با باورهای مثبت و منفی باقی‌مانده.

جلسات پایانی: کار بر روی باورهای باقی‌مانده، تدوین خلاصه‌ای از طرح درمان، تقویت برنامه‌ی پردازشی جدید.

در انتهای جلسات درمانی نیز پرسشنامه‌ها مجدداً توسط شش بیمار تکمیل شد. همه آزمودنی‌ها به مدت دو ماه پس از جلسه دوازدهم پیگیری شدند. پیگیری اول، یک ماه پس از جلسه دوازدهم، و پیگیری دوم، دو ماه پس از جلسه دوازدهم بود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

هر چند استفاده از روش‌های آماری در تعیین اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی امری رایج است اما دارای محدودیت‌هایی نیز هست. در طرح‌های تک‌موردی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده می‌شود و بر اساس صعود و نزول متغیر وابسته قضاوت صورت می‌گیرد (حمیدپور^۱، ۲۰۰۷) تغییرهای پدید آمده به‌عنوان تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته در نظر گرفته شده و از درصد بهبودی نیز برای معنی‌داری بالینی تغییرات استفاده شد. فرمول درصد بهبودی به قرار زیر است:

$$\Delta A_0\% = \frac{A_0 - A_1}{A_0}$$

A_0 نمره پرسشنامه موردسنجش (به‌عنوان مثال BDI) در خط پایه، A_1 نمره همان پرسشنامه در جلسه آخر و $\Delta A_0\%$ میزان تغییرات است (بارلو، ناک و هرسن^۲ ۲۰۰۹) با این حال وجود تفاوت‌های معناداری آماری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون 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 آماری بوده و هم نتایج دقیق‌تری از اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی را آشکار کند. یکی از این روش‌ها، روش معناداری بالینی تغییرات است (اصغری مقدم و شعیری، ۱۳۹۳) در این مقاله از شاخص تغییر پایدار^۳ به‌منظور بررسی این‌که آیا تغییرات حاصل شده واقعی هستند یا ناشی از خطای اندازه‌گیری از فرمول زیر استفاده شده است:

1. Hamidpour
2. Barlow, Nock, & Hersen
3. Reliable Change Index (RCI)

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

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

اگر قدرمطلق این شاخص بزرگتر از ۱/۹۶ بود می توان با ۹۵ درصد اطمینان گفت که تغییر مشاهده شده در نمره های پس آزمون، نسبت به پیش آزمون حاصل تصادف نیست بلکه نشانگر تغییری پایدار و واقعی است.

یافته ها

جدول ۱ ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها از جمله سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و نوع درمان، همچنین اقدامات درمانی قبلی (در صورت وجود) را نشان می دهد.

ویژگی ها	آزمودنی ها					
	آزمودنی الف	آزمودنی ب	آزمودنی ج	آزمودنی د	آزمودنی ه	آزمودنی و
تشخیص	اختلال فشار روانی پس آسیبی مربوط به جنگ					
سن	۳۷	۳۷	۴۴	۴۲	۴۱	۴۶
جنس	مرد	مرد	مرد	مرد	مرد	مرد
میران تحصیلات	دکتری حرفه ای پزشکی	دیپلم	دیپلم	دیپلم	دیپلم	دیپلم
شغل	پزشک خانواده	شغل آزاد	کارمند	کادر سپاه	کارمند	کارمند
وضعیت تأهل	متاهل	متاهل	متاهل	متاهل	متاهل	متاهل
نوع درمان	درمان ترکیبی	درمان ترکیبی	درمان ترکیبی	دارو درمانی	دارو درمانی	دارو درمانی
اقدامات درمانی پیشین	دارو درمانی	دارو درمانی	نداشته	دارو درمانی	دارو درمانی	نداشته

جدول ۲ نمرات آزمودنی‌های دو گروه در مقیاس اجرایی بالینی فشار روانی پس‌آسیبی، پرسشنامه افسردگی بک و کنترل فکر را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه‌ها

آماره	الف	ب	ج	د	ه	و
خط پایه CAPS	۱۰۱	۷۷/۳	۹۰/۳۳	۱۰۰/۶۶	۸۸/۳۳	۸۰
جلسه چهارم	۵۰	۴۰	۵۳	۶۸	۷۱	۶۹
جلسه هشتم	۲۹	۲۸	۲۴	۵۳	۶۱	۶۰
پس‌آزمون	۲۳	۲۱	۲۴	۳۸	۵۹	۵۷
میزان بهبودی (درصد)	۷۷/۲۷	۷۲/۸۴	۷۳/۴۳	۶۲/۲۴	۳۳/۲۰	۲۸/۷۵
RCI	۸/۰۵	۵/۱۸	۶/۸۵	۷/۳۸	۳/۴۵	۲/۷۱
پیگیری یک ماهه	۲۳	۲۱	۲۴	۳۸	۵۹	۵۵
پیگیری دو ماهه	۲۳	۲۱	۲۴	۳۸	۵۹	۵۵
میزان بهبودی (درصد)	۷۷/۲۲	۷۲/۸۳	۷۳/۴۳	۶۲/۲۴	۳۳/۲۰	۳۱/۲۵
خط پایه BDI	۳۵/۳۶	۳۰/۳۳	۳۰	۲۹/۳۳	۳۱/۶۶	۳۰
جلسه چهارم	۲۹	۳۰	۲۷	۲۶	۲۸	۳۰
جلسه هشتم	۲۶	۲۵	۲۱	۲۶	۲۹	۲۷
پس‌آزمون	۱۰	۱۲	۱۷	۲۰	۱۸	۱۹
میزان بهبودی (درصد)	۷۲/۲۲	۶۲/۵	۴۶/۶۶	۳۱/۰۳	۴۵/۴۵	۳۴/۴۸
RCI	۶/۷۹	۸/۱۱	۵/۵۷	۹/۶۱	۱۴/۰۸	۳۴/۱۱
پیگیری یک ماهه	۱۵	۱۵	۱۷	۱۸	۲۰	۲۰
پیگیری دو ماهه	۱۰	۱۶	۱۷	۲۷	۱۸	۲۲
میزان بهبودی (درصد)	۷۲/۲۲	۴۷/۲۴	۴۶/۶۶	۷/۹۴	۴۵/۴۵	۲۶/۶
خط پایه کنترل اجتماعی (S)	۹	۱۰	۱۱	۹	۱۰	۷
پس‌آزمون	۱۳	۱۵	۱۷	۱۱	۱۰	۱۰
میزان بهبودی (درصد)	۴۵	۵۰	۵۴/۵۴	۲۲/۲۲	۰	۴۲/۸۵
RCI	۵/۳۲	۲/۹۵	۳/۵۵	۱/۸۰	۰	۲/۷۰
پیگیری یک ماهه	۱۶	۱۵	۱۷	۱۲	۹	۹
پیگیری دو ماهه	۱۵	۱۷	۱۵	۱۰	۱۰	۹
میزان بهبودی (درصد)	۶۷	۷۰	۳۶/۳۶	۱۱/۱۱	۰	۲۸/۵۷

ادامه جدول ۲. نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه‌ها

آماره	الف	ب	ج	د	ه	و
خط پایه نگرانی (W)	۲۰	۱۷/۸	۲۱/۲۵	۱۷/۸	۲۱	۱۹
پس‌آزمون	۱۰	۸	۱۰	۱۵	۱۷	۱۷
میزان بهبودی (درصد)	۵۰	۵۵/۰۵	۵۲/۹۴	۱۵/۷۳	۱۹/۰۴	۱۰/۵۲
RCI	۷/۰۹	۶/۳۸	۷/۹۷	۲/۱۳	۳/۰۵	۱/۵۲
پیگیری یک ماهه	۹	۱۰	۱۲	۱۷	۱۷	۱۷
پیگیری دو ماهه	۱۰	۸	۱۰	۱۵	۱۹	۱۵
میزان بهبودی (درصد)	۵۰	۵۵/۰۵	۵۲/۹۴	۱۵/۷۳	۹/۵۲	۲۱/۰۵
خط پایه صدمه به خود (P)	۱۷	۱۳/۵	۱۷	۱۷/۳	۱۳/۵	۱۳
پس‌آزمون	۶	۶	۷	۱۶	۸	۱۲
میزان بهبودی (درصد)	۶۴/۷۰	۵۵/۵۵	۵۸/۸۲	۷/۵۱	۴۰/۷۴	۷/۶۹
RCI	۶/۷۰	۴/۵۷	۶/۰۹	۰/۶۸	۲/۸۹	۰/۵۲
پیگیری یک ماهه	۶	۸	۷	۱۷	۱۰	۱۰
پیگیری دو ماهه	۶	۶	۹	۱۷	۸	۸
میزان بهبودی (درصد)	۶۴/۷۰	۵۵/۵۵	۴۷/۰۵	۱/۷۳	۴۰/۷۴	۳۸/۴۶

در ارتباط با نمره‌های به دست آمده از مقیاس اجرایی بالینی، افسردگی بک و پرسشنامه کنترل فکر، 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 (دوماه پس از درمان) نیز ادامه داشته است. همچنین نمرات مربوط به شاخص تغییر پایا حاکی از معنی‌دار بودن تغییر و بهبودی به وجود آمده در علائم فشار روانی پس‌آسیبی، افسردگی و کنترل فکر بیماران است و این تغییرات پایدار و واقعی هستند. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نمرات مربوط به شاخص تغییر پایا در مورد آزمودنی‌های گروه درمان دارویی و در مورد شاخص‌های کنترل فکر (کنترل اجتماعی، صدمه به خود و نگرانی) پایین‌تر از ۱/۹۶ است، به عبارتی تغییرات حاصل شده در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون این مقیاس‌ها (به‌استثنای آزمودنی "ه" در شاخص کنترل اجتماعی که هیچ تغییری نداشته است) نشان‌دهنده‌ی تغییر از لحاظ بالینی نیست

و تغییرات نیز پایدار و ثابت نیستند. این موضوع تأییدی بر اثر بخشی بیشتر ترکیب دارودرمانی و درمان فراشناختی در بهبود کنترل فکر مبتلایان به فشار روانی پس‌آسیبی و این موضوع است که تغییرات ناشی از درمان فراشناختی به‌طور اختصاصی عمل کرده و پایدار هستند. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد ترکیب دارودرمانی با درمان فراشناختی مؤثرتر از دارودرمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه نمره‌های آزمودنی‌ها به‌صورت انفرادی و گروهی نشان می‌دهد، که هر دو روش (ترکیب دارودرمانی با درمان فراشناختی و دارودرمانی) در درمان فشار روانی پس‌آسیبی مؤثر بوده و این اثربخشی در مورد روش اول بیشتر بوده است اما این یافته را باید یک یافته‌ی مقدماتی دانست و به‌کارگیری این دو شیوه درمان در قالب طرح‌های تک‌آزمودنی و آزمایشی در سطح گسترده ضروری می‌نماید. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتایج را با مدل اینگرام، هیس و اسکات^۱ (۲۰۰۰) مطابقت داد که شش متغیر اندازه، کلیت و عمومیت تغییر، میزان پذیرش، ایمنی و ثبات دستاوردهای درمانی را برای ارزیابی کارایی درمان‌های روان‌شناختی مؤثر دانسته‌اند. بر اساس این مدل تغییرات در تمام زمینه‌ها در هر گروه درمان ترکیبی و دارودرمانی صورت گرفته ولی میزان تغییرات در گروه درمان ترکیبی بیشتر بوده است و البته این تغییرات بعد از دو ماه نیز ثابت بوده است، در هیچ‌یک از درمان‌های عوارض ناخوشایندی مشاهده نشد و تمام آزمودنی‌ها درمان را به پایان رساندند. همچنین این پژوهش از بین سه ملاک انجمن روانشناسی آمریکا، چمبلس و هولن^۲ (۱۹۹۸) برای ارزیابی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی شامل کاربردپذیری، تعمیم‌پذیری و هزینه‌ها و منفعت‌ها دو مورد را برآورد می‌کند. به این ترتیب که مراجعان گروه درمان ترکیبی و دارودرمانی هر دو به نتایج درمانی دست یافتند هر چند در گروه درمان ترکیبی این نتایج بیشتر بود و همین امر مبنی بر منفعت بیشتر این روش است؛ اما از آنجایی که تعداد آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر کم بود، بهتر است در تفسیر نتایج جانب احتیاط به عمل آید و معیار تعمیم‌پذیری به خوبی برآورد نمی‌شود. در بررسی پژوهش‌های مشابه، در پژوهش ولز و سمبی (۲۰۰۴) اثربخشی درمان فراشناختی بر فشار روانی پس‌آسیبی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش بیانگر این بود که این مدل درمانی در

-
1. Ingram, Hayes, & Scott
 2. Chambless & Hollon

کاهش علائم اختلال مذکور مؤثر است (ولز و سمبی، ۲۰۰۴). در مطالعه دیگری تأثیر موفق درمان فراشناختی بر کاهش رفتارهای خود سرزنشی مبتلایان به فشار روانی پس‌آسیبی مشخص شد و نتایج بررسی‌ها نشان داد این درمان در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش نشانه‌های فشار روانی پس‌آسیبی، افسردگی و اضطراب می‌شود؛ اما در زمینه اثربخشی ترکیب درمان فراشناختی و دارودرمانی تا جایی که پژوهش‌گر اطلاع دارد هیچ‌گونه پژوهشی صورت نگرفته است (سوجیپر^۱ و همکاران، ۲۰۱۳).

در مورد این‌که آیا درمان دارویی و درمان روان‌شناختی اثراتی بر ضد هم داشته باشند شواهد از تجارب بالینی موجود نیست (فریمن، ۲۰۰۶). در یک کار آزمایشی تصادفی کنترل شده که توسط دیویدسون^۲ و همکاران (۲۰۰۱) بر روی ۲۰۸ بیمار مبتلا به PTSD به مدت ۱۲ هفته با درمان سرترالین و پلاسیبو انجام شد بهبودی بالینی معنادار مشاهده شد.

همچنین در پژوهش‌های دیویدسون و همکاران (۲۰۰۱) که از مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین به ترتیب (فلوکسین، سرترالین، سرترالین، پاروکستین، فلوکستین) استفاده شده است بهبودی بالینی معنادار مشاهده شد. پژوهش‌های بیسون، شپهرد، جوی، پروبرت و نیوکومی^۳ (۲۰۰۴) نیز نشان‌دهنده‌ی کارایی درمان فراشناختی در اختلال فشار روانی پس‌آسیبی است. در پژوهش عبدالپور، خانجانی، محمودعلیلو و فخاری (۱۳۹۴) هم که تأثیر درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال فشار روانی پس‌آسیبی بررسی شد، این درمان اثربخش بوده است.

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 آن هم درمان روان‌شناختی کنترل همه شرایط دشوار است.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که ترکیب دارودرمانی و فراشناخت درمانی باعث کاهش نشانه‌های فشار روانی پس‌آسیبی، افسردگی، کنترل فکر این بیماران می‌شود، به همین منظور پیشنهاد می‌شود از ترکیب این درمان همراه با دارودرمانی برای درمان مبتلایان استفاده شود، هم‌چنین مطالعات بیشتری با در نظر گرفتن پیشنهادها و محدودیت‌های این پژوهش صورت گیرد.

-
1. Cuijpers
 2. Davidson
 3. Bisson, Shepherd, Joy, Probert, & New Combe

محدودیت‌ها و پیشنهادات

نمونه‌گیری محدود به مرکز آموزشی-درمانی شهید بهشتی استان زنجان، حجم پایین نمونه و کاهش قدرت تعمیم‌دهی به جامعه، استفاده از مردان برای نمونه پژوهش از جمله محدودیت‌های این طرح است. همچنین از آنجایی که آزمودنی‌ها به‌طور 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. برای نتیجه‌گیری نهایی تکرار مطالعه‌های موردی متعدد، نمونه‌گیری از مراکز درمانی مختلف، اجرای درمان بر روی نمونه زنان مبتلا به فشار روانی پس‌آسیبی، استفاده از طرح‌های تجربی و کنترل‌شده، نمونه‌های وسیع‌تر، تکرار کامل (اجرای دوباره پژوهش توسط همین پژوهشگر)، تکرار حقیقی (اجرای دوباره همین پژوهش توسط دیگران با همین مقیاس‌های سنجشی) و تکرار نظام‌مند (اجرای همین پژوهش در جمعیت دیگر و با سایر مقیاس‌های سنجشی) پیشنهاد می‌شود.

سیاس‌گذاری

با سپاس از آزمودنی‌های پژوهش که با بردباری درزمینه‌ی اجرای پژوهش همکاری نمودند و همچنین مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

منابع

فارسی

اصغری مقدم، محمدعلی و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۳). روش معناداری بالینی تغییرات درمانی: ویژگی‌ها، شیوه محاسبه، تصمیم‌گیری و محدودیت‌ها. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۰-۲۰۰-۱۹۱.

عبدل‌پور، قاسم؛ خانجانی، زینب؛ محمود علیلو، مجید؛ و فخاری، علی (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *مجله طنین سلامت*، ۳(۴) ۲۴-۱۶.

وکیلی، یعقوب؛ فتی، لادن؛ و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی در بیماران اختلال تنیدگی پس از سانحه: مورد پژوهی سه بیمار. *مجله علمی-پژوهشی روان‌شناسی بالینی*, ۵(۴)، ۹۹-۱۰۸.

ولز، آدریان (۱۳۹۲). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*. ترجمه شهرام محمدخانی (۲۰۰۸). تهران: انتشارات وراى دانش.

لاتین

- Alderman, C. P., McCarthy, L. C., & Marwood, A. C. (2009). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 2(1), 77-86.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H., Nock, M. k., & Hersen, M. (2009). Single case experimental designs: Strategies for studying behavior for change. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11(2), 309-313.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio, TX*, 7, 8204-2498.
- Bisson, J. I., Shepherd, J. P., Joy, D. Probert, R., & Newcombe R. G. (2004). Early cognitive-behavior therapy for posttraumatic stress disorder after physical injury randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63-9.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7-18.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World psychiatry*, 12(2), 137-148.
- Davidson, J., Kudler, H., Smith, R., Mahorney S.L., Lipper, S., Hammett, E., Saunders, W. B., & Cavenar, J. O. Jr. (2001). Treatment of PTSD with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 47, 250-60

- Foa, E. B., & Rauch, S. A. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 879-884.
- Freeman, C. (2006). Trauma and stress-related disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, 5*(7), 231-237.
- Friedman, M. J. (1994). *Biological approaches to the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder*. In *Psychotraumatology* (pp. 171-194). Springer US.
- Hamidpour, H. (2007). Examination of efficacy and effectiveness of mindfulness-based therapy in treatment and prevention of relapse and recurrence of dysthymia. *Research in Psychological Health, 1*(2), 25-36.
- Ingram, R. E., Hayes, A., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatments: A critical analysis. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review, 1*, 208-224.
- Roussis, P. & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationship with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences, 40* (1), 111-122.
- Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2003). Structured interviewing and DSM classification. In M. Hersen & S. Turner (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (4th ed, pp. 72-103). New York: Wiley.
- Sherman, M. D. (2003). The SAFE program: A family psychoeducational curriculum developed in a veteran's affairs medical center. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*(1), 42-48.
- Solomon, S. D., & Johnson, D. M. (2002). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Journal of Clinical Psychology, 58*(8), 947-959.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John: Wiley & Sons.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35*(4), 307-318.