



تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی

محمد یعقوبی نصرآبادی*، دکتر محمد کاظم عاطف وحید**، دکتر غلامحسین احمدزاده***

چکیده

هدف: مدف از اجرای این پژوهش ارزیابی میزان تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی بوده است.

روش: آزمودنی‌های پژوهش را ۱۴ بیمار بستری در بخش روانپزشکی مردان بیمارستان نور در شهر اصفهان با تشخیص اختلال خلقی در دوره افسردگی تشکیل داده‌اند که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه طبق معمول دارو مصرف نمودند. پیش از مداخله درمانی هر دو گروه با پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس اضطراب زونگ مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایشی افزون بر دارودرمانی در ده جلسه گروه درمانی شناختی- رفتاری شرکت نمودند و در گروه گواه به‌جز دارو درمانی، هیچ‌گونه مداخله روانشناختی انجام نشد. در پایان مداخله درمان غیردارویی، هر دو گروه باردیگر با آزمون‌های یادشده مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از آزمون t وابسته و مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری به‌طور معنی‌داری ($P < 0/05$) در کاهش افسردگی بیماران بستری مبتلا به اختلال خلقی مؤثر بوده است اما این روش در کاهش اضطراب بیماران تأثیر چشمگیری نداشته است.

نتیجه: گروه درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند در کاهش افسردگی بیماران بستری مبتلا به اختلال خلقی مؤثر باشد.

کلید واژه: اختلال خلقی، افسردگی، اضطراب، گروه درمانی شناختی- رفتاری

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، کارشناس امور روانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اصفهان، اصفهان، خیابان استانداری، بیمارستان خورشید، بخش مردان (نویسنده مسئول).
E-mail: binesh20042003@yahoo.com

** دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

*** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اصفهان. اصفهان، خیابان استانداری، بیمارستان خورشید.

بیمار در یک رشته آزمایش‌های رفتاری به‌منظور ارزیابی درستی یا نادرستی آن باورها سود برد (مهریار، ۱۳۷۳). در این رویکرد برای درمان افسردگی بین ۶ تا ۲۰ جلسه روان‌درمانی فردی نیاز است تا بهبودی پدید آید (هاوتون^{۱۱}، سالکوس کیس^{۱۷}، کریک^{۱۸} و کلارک^{۱۹}، ۱۳۷۶).

با توجه به شیوع اختلال افسردگی که ۷۵٪ موارد بستری را در بیمارستان‌های روانی به خود اختصاص داده است (هاوتون، سالکوس کیس، کریک و کلارک، ۱۹۹۰)، روان‌درمانی فردی نمی‌تواند پاسخ‌گویی این مشکل باشد. از این رو کارشناسان این رویکرد کوشیده‌اند که از گروه درمانی به‌جای روان‌درمانی فردی که از نظر هزینه و مدت درمان باصرفه‌تر است با عنوان گروه درمانی شناختی- رفتاری^{۲۰} و یا گروه درمانی منطقی-عاطفی^{۲۱} سود جویند.

یکی از بررسی‌های مهم در زمینه گروه درمانی براساس نظریه منطقی-عاطفی الیس، توسط مایکن بام^{۲۲}، گیل مور^{۲۳} و فدوراویسیوس^{۲۴} (۱۹۷۱) انجام شده است. تأکید او بیشتر بر خودگویی‌ها^{۲۵} بوده و چهار روش درمانی را برای گروه‌ها انتخاب کرده است. الف) بصیرت و بینش به خودگویی و نقش آن در ایجاد اضطراب موقعیتی. ب) حساسیت‌زدایی ذهنی^{۲۶}. ج) ترکیب دو روش یادشده. د) به‌کارگیری دارونما^{۲۷}.

اختلال‌های خلقی از شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی هستند که به‌صورت خلق پایین در افسرده‌ها و یا خلق بالا در شیدها^۱ نمود پیدا می‌کنند. در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی چاپ چهارم^۲ (انجمن روانپزشکی امریکا^۳، ۱۹۹۴) به اختلال‌های گوناگون خلقی اشاره شده است. در سبب‌شناسی این اختلال از عوامل چندی یاد نموده‌اند که عوامل زیست‌شناختی، توارث، روانی و اجتماعی از آن جمله است (کاپلان^۴ و سادوک^۵، ۱۹۹۵). متناسب با سبب‌شناسی این اختلال، شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است. یکی از این رویکردها درمان‌شناختی- رفتاری است که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در بررسی‌های چندی گزارش شده است. در این بررسی‌ها اثر درمانی آن را با داروهای ضدافسردگی برابر دانسته و یا برتر از آن گزارش نموده‌اند (بک^۶، ۱۹۷۹، بلک‌برن^۷، ۱۹۸۱، تیزدل^۸، ۱۹۸۴ و بک، ۱۹۸۵، به نقل از اسکات^۹، ویلیامز^{۱۰} و بک، ۱۹۹۱). بررسی‌های دیگری نیز اثر درمان شناختی را برابر رفتار درمانی یا برتر از آن دانسته‌اند (زیس^{۱۱}، ۱۹۷۹ و ویلسون^{۱۲}، ۱۹۸۳، به نقل از همان‌جا). بررسی‌های دیگر نیز نشان داده‌اند که درمان شناختی- رفتاری مؤثرتر از روان‌درمانی حمایتی و روان‌درمانی تحلیلی است (شیپ‌لای^{۱۳} و فازیو^{۱۴}، ۱۹۷۳، به نقل از همان‌جا).

در این روش بیمار تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی که باید به‌بوته آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است به‌عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره‌گیرد. درمان‌گر شناختی- رفتاری می‌کوشد که درمان‌جو را به نوعی تجربه همکارانه^{۱۵} تشویق نماید و در طی آن از تجارب خود

- 1- manics
- 2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)
- 3- American Psychiatric Association
- 4- Kaplan
- 5- Sadock
- 6- Beck
- 7- Blackburn
- 8- Teasdale
- 9- Scott
- 10- Williams
- 11- Zeiss
- 12- Wilson
- 13- Shipley
- 14- Fazio
- 15- collaborative
- 16- Hawton
- 17- Salkovskis
- 18- Krik
- 19- Clark
- 20- cognitive behavior group therapy
- 21- rational emotive group therapy
- 22- Meichenbaum
- 23- Gilmore
- 24- Fedoravicius
- 25- self verbalizations
- 26- desensitization in imaginations
- 27- placebo

وی پس از ۸ جلسه گروه‌درمانی در ۸ هفته، در پایان جلسات و ۳ ماه پس از آن ارزیابی را انجام داده است. پژوهش دیگری تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری را در کاهش افسردگی و اضطراب بیمارانی که اختلال روانپزشکی داشتند بررسی نمود (میننگ^۱، هوک^۲، تانبام^۳، ۱۹۹۴). این پژوهشگران در ارزیابی دستاوردهای درمانی در پایان و یک‌سال پس از مداخله درمانی سودمندبودن این روش را در درمان افسردگی و اضطراب گزارش نمودند.

در پژوهش‌های دیگری گروه درمانی شناختی- رفتاری برای درمان زنان مبتلا به اختلال پس از استرس ضربه‌ای (ناگاویتز^۴، ویس^۵ و لایس^۶، ۱۹۹۶)، بیماران افسرده (پترسون^۷ و هالیستید^۸، ۱۹۹۸) کنترل خشم ناشی از اختلال پس از استرس ضربه‌ای (رایلی^۹، کلارک^{۱۰}، شوبشیو^{۱۱}، لويس^{۱۲} و سورنسن^{۱۳}، ۱۹۹۴) و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران بستری دچار افسردگی (موفات^{۱۴}، موهر^{۱۵} و آمز^{۱۶}، ۱۹۹۵) به‌کار بردند و آن‌را سودمند گزارش نمودند. برانسد^{۱۷} و کلینگم‌پیل^{۱۸} (۱۹۹۲) گروه درمانی رفتاری^{۱۹} را برای بیماران پیربستری به‌کار بردند ولی تأثیر چشمگیر درمانی گزارش نمودند.

روش

برای آزمایش فرضیه‌های مطرح‌شده، طرح آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انتخاب گردید. بیمارانی که به تشخیص روانپزشک و معیارهای تشخیصی DSM-IV اختلال خلقی داشتند، در دوره افسردگی یا افسردگی اساسی بودند و ضایعه عضوی، نارسایی‌های شناختی (مانند دمانس یا عقب‌ماندگی ذهنی)، هذیان و توهم نداشتند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

از ۲۲ بیماری که در فاصله ۱۴ تا ۲۴ فروردین ۱۳۷۸ در بخش روانپزشکی مردان بیمارستان نور در

شهر اصفهان بستری شدند ۱۴ نفر شرایط ورود به بررسی را داشتند که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. میانگین سنی دو گروه آزمایشی و گواه به‌ترتیب ۳۴/۷ و ۳۱ سال و سطح تحصیلات آن‌ها به‌ترتیب ۸/۵ و ۷/۶ کلاس بود. در گروه آزمایشی چهار نفر متأهل و سه نفر مجرد و در گروه گواه سه نفر متأهل و چهار نفر مجرد بودند. در گروه آزمایشی سه نفر دو بار یا بیشتر و در گروه گواه سه نفر بیش از یک بار سابقه بستری داشتند بنابراین می‌توان گفت که دو گروه تا اندازه‌ای از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با هم هم‌تا شده‌اند.

بیماران انتخاب‌شده نخست به‌کمک آزمون افسردگی بک و مقیاس اضطراب زونگ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

بیماران گروه آزمایشی افزون‌بر دارو درمانی در ده جلسه گروه درمانی شرکت نمودند. ولی بیماران گروه گواه تنها درمان دارویی شدند و هیچ‌نوع روان‌درمانی به آن‌ها ارائه نشد. جلسه‌های گروه درمانی طی پنج هفته، هر هفته ۲ جلسه برگزار گردید و مدت هر جلسه ۱/۵ ساعت بود. نوع داروی مصرفی گروه‌های آزمایشی و گواه بیشتر داروهای تثبیت‌کننده خلق (کربنات لیتیم، سدیم والپروات و کاربامازپین) و ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای (بیشتر ایمی‌پرامین، نورتریپ‌تیلین و تریمی‌پرامین) بود و درصدی از بیماران از دوزهای کم و متوسط داروهای آنتی‌پسیکوتیک استفاده می‌کردند. پس از پایان ده جلسه گروه‌درمانی، هر دو گروه به‌کمک آزمون‌های یادشده ارزیابی شدند. داده‌های

- | | |
|------------------------------|-----------------|
| 1- Manning | 2- Hooke |
| 3- Tannenbaum | 4- Nagavits |
| 5- Weiss | 6- Liese |
| 7- Peterson | 8- Halistead |
| 9- Reilly | 10- Clark |
| 11- Shopshive | 12- Lewis |
| 13- Sorensen | 14- Moffatt |
| 15- Mohr | 16- Ames |
| 17- Brand | 18- Clingempeel |
| 19- group behavioral therapy | |

به دست آمده با آزمون t مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. پروتکل هر جلسه روان‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری براساس منابع در دسترس تدوین گردید:

جلسه اول: در این جلسه در رابطه با اهداف روان‌درمانی گروهی و اثر فعالیت گروهی در حل مشکلات توسط درمانگر توضیح داده می‌شد. سپس بیماران خود را معرفی نموده و ناراحتی فعلی، دلیل بستری شدن و تاریخچه بیماری خود را بیان می‌کردند.

جلسه دوم: در آغاز جلسه نظر اعضا نسبت به جلسه گذشته بررسی می‌شد. در رابطه با علائم افسردگی و سبب‌شناسی آن در گروه بحث می‌گردید و درمانگر به گونه‌ای گروه را هدایت می‌کرد تا به این نتیجه برسند که شیوه اندیشیدن آنان باعث تحریک احساسات آنان می‌شود.

جلسه سوم: در آغاز جلسه نظر آنان نسبت به جلسه پیشین پرسیده می‌شد. سپس درباره احساس‌های ناخوشایند آنان گفتگو می‌شد و سعی می‌گردید که به کمک اعضا، افکار خودآیند-منفی همراه با احساس‌های ناخوشایند کشف گردد.

جلسه چهارم: در این جلسه اعضا با مدل ABCD آشنا می‌شدند و اصول آن به آن‌ها آموزش داده می‌شد. A: حوادثی که اتفاق افتاده است. B: عقاید نسبت به آن حادثه. C: پیامدهای این شیوه فکر کردن. D: بحث کردن با عقاید غیرمنطقی^۴ (افکار خودآیند منفی). در پایان هر جلسه از اعضا خواسته می‌شد که احساس‌های ناخوشایند یا افکار خودآیند منفی همراه آن را تشخیص داده و بکشند با آن افکار درگیر شوند و به مرور افکار مثبت یا منطقی را جایگزین آن نمایند. در جلسات پنجم تا دهم نیز فعالیت عمده، تمرکز بر مدل ABCD و فعالیت‌های رفتاری و فرض‌های زیرساخت آنان بود.

ابزار به کار برده شده در این پژوهش عبارت بود از:

مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ: این مقیاس را ویلیام زونگ در سال ۱۹۷۰ معرفی نموده و یکی از رایج‌ترین پرسش‌نامه‌های بالینی در رابطه با ارزیابی میزان اضطراب است. این مقیاس دارای ۲۰ پرسش است که نشانه‌ها و شدت اضطراب را می‌سنجد. هر پرسش در چهار سطح درجه‌بندی شده است. نمره یک در صورتی داده می‌شود که هیچ نشانه‌ای وجود ندارد و یا شدت آن خیلی کم است. نمره چهار در مواردی که همیشه نشانه‌ها وجود دارد، داده می‌شود. در نتیجه دامنه مجموع نمرات افراد بین ۲۰ تا ۸۰ در نوسان است.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ با مقیاس اضطراب هامیلتون^۵ (۱۹۵۶)، به نقل از گیلانی، (۱۳۷۰) همبستگی بسالایی دارد ($r=0/75$). ضریب اعتبار آلفای این مقیاس ۰/۸۴ گزارش شده است که نشانگر ثبات درونی آن است. این آزمون با پرسش‌نامه حالت اضطرابی^۶ زونگ نیز همبستگی داشته است ($r=0/66$). وقتی که نمونه تنها به بیمارانی که تشخیص اختلال اضطرابی داشته‌اند محدود شده، میزان این همبستگی نیز افزایش یافته است ($r=0/74$) (بیکر^۷، ۱۹۸۸، به نقل از همان‌جا).

زونگ (۱۹۸۱، به نقل از همان‌جا) با ترکیب یافته‌های چندین پژوهش، شاخصی برای تفسیر نتایج این آزمون به شرح زیر تهیه نموده است:

۴۴-۲۰ (عادی)؛ ۵۹-۴۵ (اضطراب کم یا متوسط)؛ ۷۴-۶۰ (اضطراب شدید)؛ ۸۰-۷۵ (اضطراب بسیار شدید). بیکر (۱۹۸۸، به نقل از گیلانی، ۱۳۷۰) ملاک تشخیص اختلال‌های اضطرابی را نمره ۵۰ گزارش نموده است. هرچند براساس شاخص ارائه‌شده توسط

- 1- activating events (A)
- 2- beliefs (B)
- 3- consequences (C)
- 4- disputation of irrational cognitions (D)
- 5- Hamilton Anxiety Scale (HAS)
- 6- Anxiety Status Inventory (ASI)
- 7- Baker

زونگ (۱۹۸۱)، به نقل از همانجا) نقطه برش مرضی^۱ نمره ۴۵ است.

پرسش‌نامه افسردگی بک: این پرسش‌نامه توسط بک در سال ۱۹۶۱ تدوین شد و در سال ۱۹۷۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسش‌نامه یکی از پرکاربردترین ابزارهای اندازه‌گیری برای افسردگی است. زیرا بررسی‌های گسترده زیادی در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و روایی) و کاربرد مناسب آن انجام گرفته است (بک، استیر^۲ و گاربین^۳، ۱۹۸۸، به نقل از کاواناگ^۴ و ویلسون، ۱۹۸۸).

بامبری^۵، الیور^۶ و مک‌لیور^۷ (۱۹۷۶)، به نقل از موتابی، (۱۳۷۳) دریافتند که نمرات مقیاس بک در جمعیت دانشجویی با درجه‌بندی مصاحبه روانپزشکی همبستگی داشت ($r=0/77$). در این بررسی پایایی آزمون به روش آزمون-باز آزمون^۸ حدود ۰/۷۵ و روایی آن به روش تنصیف^۹، ۰/۹۰ به دست آمد.

بک (۱۹۷۲)، به نقل از اوال^{۱۰} و کازمیرکزاک^{۱۱}، (۱۹۹۷) در بررسی‌های گوناگون ضریب همبستگی نمرات هر ماده با کل نمرات پرسش‌نامه را بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ گزارش نمود. این آزمون از ثبات درونی بالایی در بیماران روانپزشکی و غیرروانپزشکی برخوردار است و نتیجه پایایی آزمون-باز آزمون آن بیش از ۰/۶۰ گزارش شده است (بک و استیر، ۱۹۸۴؛ به نقل از اوال و کازمیرکزاک، ۱۹۹۷).

در یک بررسی هنجاریایی، یزدان‌دوست (۱۹۸۸)، به نقل از حنا سبزه‌افسانه (۱۳۷۸) این پرسش‌نامه را بر روی ۳۷۵ نفر از افراد عادی جامعه اجرا نمود و پایایی این آزمون را با روش آزمون-باز آزمون چهارماهه ۰/۴۹ گزارش کرد.

میانگین نمرات افسردگی و اضطراب دو گروه آزمایشی و گواه در مرحله پیش از اجرای مداخله درمانی و پس از آن، به کمک آزمون^{۱۲} مستقل تحلیل گردید.

یافته‌ها

مقایسه میانگین نمرات افسردگی در دو گروه آزمایشی و گواه در مرحله پیش از اجرای مداخله درمانی در جدول ۱، ارائه شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد، بین نمرات دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

مقایسه میانگین‌های دو گروه در مقیاس اضطراب زونگ نیز از نظر آماری معنی‌دار نیست. این نتایج نشان می‌دهند که دو گروه آزمایشی و گواه پیش از آغاز مداخله در گروه آزمایشی از نقطه نظر میزان افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌دار با یکدیگر نداشتند.

برای بررسی اثر گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی بیماران، میانگین تفاوت نمرات افسردگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه به کمک آزمون^{۱۳} مورد مقایسه قرار گرفت (جدول ۲). همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد تفاوت میان دو گروه از نظر آماری معنی‌دار است ($P<0/05$). این یافته در تأیید فرضیه اول پژوهش است، بدین معنی که آزمودنی‌های گروه آزمایشی که افزون بر دارو درمانی، در گروه درمانی شناختی-رفتاری نیز شرکت نمودند، بهبودی بیشتری در میزان افسردگی خود نشان دادند. برای بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب نیز به کمک آزمون آماری^{۱۴}، میانگین نمرات آزمون زونگ دو گروه مقایسه گردید (جدول ۲). همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد نمره^{۱۵} محاسبه شده از نظر آماری معنی‌دار نیست. این یافته گویای این نکته است که دو گروه از نقطه نظر میزان بهبودی علائم اضطراب در مرحله پس از مداخله درمانی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشته‌اند.

1- morbidity cut-off point

2- Steer

4- Kavanagh

6- Oliver

8- test-retest

10- Oel

3- Garbin

5- Bumberry

7- McLiver

9- spilt half

11- Kazmierczac

جدول ۱- مقایسه میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در دو گروه آزمایشی و گواه پیش از درمان

نوع بیماری	شاخص‌های آماری		فراوانی	میانگین	انحراف معیار	df	نمره t	سطح معنی‌داری
	گروه‌ها	گروه‌ها						
افسردگی	آزمایشی	۳۴/۸	۷	۱۲/۴	۱۲	۰/۸۵	۰/۴۱	
	گواه	۲۹/۵	۷	۸/۸				
اضطراب	آزمایشی	۵۰/۷	۷	۱۱/۴	۱۲	۰/۸	۰/۳	
	گواه	۴۳	۷	۱۶/۵				

جدول ۲- مقایسه میانگین تفاوت نمرات افسردگی و اضطراب پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایشی و گواه

نوع بیماری	شاخص‌های آماری		فراوانی	میانگین	انحراف معیار	df	نمره t	سطح معنی‌داری
	گروه‌ها	گروه‌ها						
افسردگی	آزمایشی	۱۷	۷	۴/۷	۱۲	۳/۷۴	۰/۰۳	
	گواه	۸	۷	۷/۸				
اضطراب	آزمایشی	۱۶/۴	۷	۱۱/۶	۱۲	۰/۴	۰/۵	
	گواه	۱۲/۲	۷	۹				

بحث

همانطور که بیان شد، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بستری مبتلا به اختلال خلقی انجام شد. یکی از فرضیه‌های این پژوهش عبارت بود از این که «گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی بیماران مرد بستری مبتلا به اختلال خلقی مؤثر است». مقایسه میانگین تفاوت نمرات آزمون افسردگی یک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی با میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه از نظر آماری معنی‌دار نشان داده شد. از آنجا که مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون افسردگی یک در دو گروه آزمایشی و گواه، تفاوتی در مرحله پیش از مداخله درمانی نشان نداد، می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی‌دار ایجادشده در میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه صرفاً به‌خاطر مداخله روانشناختی است. به بیان دیگر روش گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی بیماران مؤثر بوده است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دیگر که در زمینه گروه درمانی شناختی- رفتاری برای کاهش افسردگی انجام شده است، همسو می‌باشد.

(کوی^۱ و لیس‌من^۲، ۱۹۸۱، گراف^۳ و لکمپ^۴، ۱۹۸۶، کلارک^۵، هاپز^۶ و اندروز^۷، ۱۹۹۰، نزو^۸، ۱۹۸۶، نزو و پری^۹، ۱۹۸۹، رهم^{۱۰}، کاسلو^{۱۱} و رابین^{۱۲}، ۱۹۸۷، راس^{۱۳} و اسکات، ۱۹۸۵، راد^{۱۴}، ۱۹۸۶ و اسکات و استرادلینگ^{۱۵}، ۱۹۹۰، به نقل از پترسون و هالیستید، ۱۹۹۸).

در بررسی‌های یادشده به‌طور متوسط، بیماران هر گروه در ۱۲ جلسه گروه درمانی شناختی- رفتاری شرکت نموده‌اند. در بررسی حاضر در گروه آزمایشی ۵۰٪ کاهش در نمرات پرسش‌نامه افسردگی یک دیده شد (با توجه به اینکه در این بررسی، بیماران گروه آزمایشی دو جلسه کمتر از بررسی‌های یادشده در گروه درمانی شناختی- رفتاری شرکت نموده‌اند).

در پژوهش دیگری (پترسون و هالیستید، ۱۹۹۸) اعضا در ۶ جلسه گروه درمانی شناختی- رفتاری شرکت نمودند و نتایج نشان داد که میانگین نمرات پرسش‌نامه افسردگی یک از ۲۵/۸ پیش از درمان به

- | | |
|---------------|-------------|
| 1- Covi | 2- Lipman |
| 3- Graff | 4- Lecompte |
| 5- Clarke | 6- Hops |
| 7- Andrews | 8- Nezu |
| 9- Perri | 10- Rehm |
| 11- Kaslow | 12- Rabin |
| 13- Ross | 14- Rude |
| 15- Stradling | |

۱۵/۵ پس از درمان کاهش پیدا کرد. یعنی نمرات در حدود ۴۰٪ کاهش نشان داد.

فرضیه دوم عبارت بود از این که «گروه درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب بیماران مرد بستری مبتلا به اختلال خلقی مؤثر است». این فرضیه با توجه به میانگین تفاوت نمرات مقیاس اضطراب زونگ در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایشی و گواه که از نظر آماری معنی‌دار نبود تأیید نشد، اگرچه نتایج نشان می‌دهد که نمرات اضطراب هر دو گروه در پس‌آزمون کاهش یافته است. یکی از دلایلی که می‌توان در این زمینه مطرح کرد این است که نمره نقطه برش در مقیاس اضطراب-سنج زونگ ۴۵ و برای تشخیص اختلال‌های اضطرابی ۵۰ در نظر گرفته شده است. با توجه به میانگین نمرات این آزمون (در گروه آزمایشی ۵۰/۸ و گروه گواه ۴۳/۲) شاید سطح اضطراب بیماران به اندازه‌ای بالا نبوده است که در راستای بهبودی آن بکوشند.

دلیل دوم شاید این باشد که بیماران با تشخیص افسردگی در بخش بستری شده بودند و در روند گروه درمانی نیز تأکید بیشتری بر درمان افسردگی بود و بر درمان اضطراب چندان تأکید نمی‌شد. البته تأثیر متغیرهایی چون سن، میزان سواد و طول مدت بیماری را نمی‌توان نادیده گرفت.

برای بررسی‌های جامع‌تر در مورد اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در درمان بیماران افسرده بستری پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده در مراکزی انجام شود که بیماران افسرده بیشتری به آن‌ها مراجعه می‌کنند تا بتوان اثر میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و یا شدت افسردگی را در اثربخشی گروه درمانی بررسی نمود و افزون بر گروه آزمایشی و گواه، گروه دارونما نیز در بررسی گنجانیده شود. به علاوه در پژوهش حاضر وجود اختلال دوقطبی در بیماران مورد ارزیابی قرار نگرفته بود، و این می‌تواند اثر عمده‌ای بر سوگیری یافته‌ها داشته باشد. کنترل

تشخیص روانپزشکی نیز برای پژوهش دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

با سپاس و بزرگداشت یاد شادروان دکتر محمدنقی براهنی که از راهنمایی‌های ارزنده ایشان بهره فراوان بردیم.

منابع

- حناسابزاده، مریم (۱۳۷۸). *بررسی کارآیی درمان شناختی- رفتاری روی تکرش‌های ناسالم و علامت افسردگی در توجه جوانان مبتلا به اختلالات افسردگی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- گیلاسی، بیژن (۱۳۷۰). *اضطراب پس از جنگ*. پژوهش‌های روانشناختی ۱ و ۲، ۱۱-۷.
- موتابی، فرشته (۱۳۷۳). *مقیاس افسردگی یکد*. انستیتو روانپزشکی تهران.
- مهریار، هوشنگ (۱۳۷۳). *افسردگی برداشت‌ها و درمان شناختی*. تهران: انتشارات رشد.
- هاوتون، کیت؛ سالکووس کیس، پال.م؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید. م. (۱۳۷۶). *رفتار درمانی شناختی*. ترجمه: حبیب‌اله قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition (DSM-IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Brand, E., & Clingempeel, W. (1992). Group behavior therapy with depressed geriatric inpatients: An assessment of incremental efficacy. *Behavior Therapy*, 23, 475-482.
- Hawton, K., Salkovskis, P., Krik, J., & Clark, D.M. (1990). *Cognitive behavior therapy*. New York: Oxford University Press.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.

- Kavanagh,D.J.,& Wilson,P.H.(1988). Prediction of outcome with group cognitive therapy for depression. *Behavior Research and Therapy*,27, 333-343.
- Manning,J.J.,Hooke,G.R.,& Tannenbaum,D.A. (1994). Intensive cognitive-behavior group therapy for diagnostically heterogeneous group of patients with psychiatric disorders. *Australian and New Zealand, Journal of Psychiatry*, 28, 667-674.
- Meichenbaum,D.H.,Gilmor,J.B.,& Fedoravicius, A. L.(1971).Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 420-445.
- Moffatt,F.,Mohr,C.,& Ames,D.(1995). A group therapy programme for depressed and anxious elderly inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 37-40.
- Nagavits,L.M.,Weiss,R.D.,& Liese,R.S.(1996). Group cognitive-behavioral therapy for women with PTSD and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 13,13-22.
- Oel,T.P.S.,& Kazmierczak,T.(1997). Factors associated with drop out in a group cognitive behavior therapy for mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, 35, 1025-1030.
- Peterson,A.L.,& Halstead,T.S.(1998). Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: A clinical replication series. *Behavior Therapy*, 29, 3-18.
- Reilly,P.M.,Clark,H.W.,Shopshire,M.S.,Lewis,E.W., & Sorensen,D.J.(1994). Anger management and temper control:critical components of posttreatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26,401-441.
- Scott,J.,Williams,J.M.,&Beck,A.T.(1991). *Cognitive therapy in clinical practice*. New York: Routledge.