



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: هدف 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.

مقدمه

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^{۱۶}، 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 پاسخ‌گوی 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}.

- 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- placcbo

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 به‌بوتنه 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 به‌نوعی تجربه همکارانه^{۱۵} تشویق نماید و در طی آن از تجارب خود

شهر اصفهان بستری شدند ۱۴ نفر شرایط ورود به بررسی را داشتند که به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. میانگین سنی دو گروه آزمایشی و گواه به ترتیب ۳۴/۷ و ۳۱ سال و سطح تحصیلات آنها به ترتیب 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 می توان گفت که دو گروه تا اندازه ای از نظر ویژگی های جمعیت شناختی با هم همتا شده اند.

بیماران انتخاب شده نخست به کمک آزمون افسردگی بک و مقیاس اضطراب زونگ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

بیماران گروه آزمایشی افزون بر دارو درمانی در ده جلسه گروه درمانی شرکت نمودند. ولی بیماران گروه گواه تنها درمان دارویی شدند و هیچ نوع روان درمانی به آنها ارائه نشد. جلسه های گروه درمانی طی پنج هفته، هر هفته ۲ جلسه برگزار گردید و مدت هر جلسه ۱/۵ ساعت بود. نوع داروی مصرفی گروه های آزمایشی و گواه بیشتر داروهای تثبیت کننده خلق (کربنات لیتیم، سدیم والپروات و کاربامازپین) و ضد افسردگی های سه حلقه ای (بیشتر ایمی پرامین، نورتریپ تیلین و تری می پرامین) بود و درصدی از بیماران از دوزهای کم و متوسط داروهای آنتی پسیکوتیک استفاده می کردند. پس از پایان ده جلسه گروه درمانی، هر دو گروه به کمک آزمون های یاد شده ارزیابی شدند. داده های

وی پس از ۸ جلسه گروه درمانی 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 (مینگ^۱، هوک^۲، تانبام^۳، ۱۹۹۴). ایسن پژوهشگران در ارزیابی دستاوردهای درمانی در پایان و یک سال پس از مداخله درمانی سودمند بودن این روش را در درمان افسردگی و اضطراب گزارش نمودند.

در پژوهش های دیگری گروه درمانی شناختی- رفتاری برای درمان زنان مبتلا به اختلال پس از استرس ضربه ای (ناگاویتز^۴، ویس^۵ و لایس^۶، ۱۹۹۶)، بیماران افسرده (پترسون^۷ و هالیستید^۸، ۱۹۹۸) کنترل خشم ناشی از اختلال پس از استرس ضربه ای (رایلی^۹، کلارک^{۱۰}، شوپشویو^{۱۱}، لويس^{۱۲} و سورنسن^{۱۳}، ۱۹۹۴) و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران بستری دچار افسردگی (موفات^{۱۴}، موهر^{۱۵} و آمز^{۱۶}، ۱۹۹۵) به کار بردند و آنرا سودمند گزارش نمودند.

براند^{۱۷} و کلینگم پیل^{۱۸} (۱۹۹۲) گروه درمانی رفتاری^{۱۹} را برای بیماران پیر بستری به کار بردند ولی تأثیر چشمگیر درمانی گزارش ننمودند.

روش

برای آزمایش فرضیه های مطرح شده، طرح آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون 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، نارسایی های شناختی (مانند دمانس یا عقب ماندگی ذهنی)، هذیان و توهم نداشتند به عنوان نمونه انتخاب شدند.

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

- | | |
|------------------------------|-----------------|
| 1- Manning | 2- Hooke |
| 3- Tannenbaum | 4- Nagavits |
| 5- Weiss | 6- Liece |
| 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 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^۱. B: عقاید نسبت به آن حادثه^۲. C: پیامدهای این شیوه فکر کردن^۳. 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 بکوشند 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 بالایی دارد (۰/۷۵=r). 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 (۰/۶۶=r). وقتی که نمونه تنها به بیمارانی که تشخیص اختلال اضطرابی داشته‌اند محدود شده، میزان این همبستگی نیز افزایش یافته است (۰/۷۴=r) (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.

پرسش نامه افسردگی بک: این پرسش نامه توسط بک در سال ۱۹۶۱ تدوین شد و در سال ۱۹۷۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسش نامه یکی از پرکاربردترین ابزارهای اندازه گیری برای افسردگی است. زیرا بررسی های گسترده زیادی در مورد ویژگی های روان سنجی (پایایی و روایی) و کاربرد مناسب آن انجام گرفته است (بک، استیر^۲ و گارین^۳، ۱۹۸۸، به نقل از کاواناگ^۴ و ویلسون، ۱۹۸۸).

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

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

در یک بررسی هنجاریابی، یزدان دوست (۱۹۸۸)، به نقل از حنا سبازاده اصفهانی، (۱۳۷۸) این پرسش نامه را بر روی ۳۷۵ نفر از افراد عادی جامعه اجرا نمود و پایایی این آزمون را با روش آزمون- بازآزمون 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 t 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. همان گونه که جدول نشان می دهد، بین نمرات دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد.

مقایسه میانگین های دو گروه در مقیاس اضطراب زونگ نیز از نظر آماری معنی دار نیست. این نتایج نشان می دهند که دو گروه آزمایشی و گواه پیش از آغاز مداخله در گروه آزمایشی از نقطه نظر میزان افسردگی و اضطراب تفاوت معنی دار با یکدیگر نداشتند.

برای بررسی اثر گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی بیماران، میانگین تفاوت نمرات افسردگی پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه به کمک آزمون t مورد مقایسه قرار گرفت (جدول ۲). همان گونه که جدول نشان می دهد تفاوت میان دو گروه از نظر آماری معنی دار است ($P < 0/05$). این یافته در تأیید فرضیه اول پژوهش است، بدین معنی که آزمودنی های 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 t، میانگین نمرات آزمون زونگ دو گروه مقایسه گردید (جدول ۲). همان گونه که جدول ۲ نشان می دهد نمره t محاسبه شده از نظر آماری معنی دار نیست. این یافته گویای این نکته است که دو گروه از نقطه نظر میزان بهبودی علائم اضطراب در مرحله پس از مداخله درمانی تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشته اند.

1- morbidity cut-off point

2- Steer	3- Garbin
4- Kavanagh	5- Bumberry
6- Oliver	7- McLiver
8- test-retest	9- spilt half
10- Oel	11- Kazmierczak

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 بک 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 بک 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 لیپمن^۲، 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^{۱۴}، ۱۹۸۵، راد^{۱۵}، 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 بک 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 بک 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 اضطراب‌سنج 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 مراکز انجام شود که بیماران افسرده بستری 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. به‌علاوه 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

- حناسازاده، مریم (۱۳۷۸). *بررسی کارآیی درمان شناختی- رفتاری روی نکرش‌های ناسالم و علائم افسردگی در توجه جوانان مبتلا به اختلالات افسردگی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- گیلاتی، بیژن (۱۳۷۰). *اضطراب پس از جنگ*. پژوهش‌های روانشناختی ۱ و ۲، ۱۱-۶.
- موتابی، فرشته (۱۳۷۳). *مقیاس افسردگی یکم*. انستیتو روانپزشکی تهران.
- مهریار، هوشنگ (۱۳۷۳). *افسردگی برداشت‌ها و درمان شناختی*. تهران: انتشارات رشد.
- هاوتون، کیت؛ سالکوس کیس، پالم؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید م. (۱۳۷۶). *رفتار درمانی شناختی*. ترجمه: حبیب‌الله فاسم‌زاده. 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.,& Liesc,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.,& Halistead,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.,Shopshive,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.