

مقایسه اثر بخشی سه روش دارو درمانی، شناخت درمانی گروهی و حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم بر کاهش افسردگی جانبازان

اکبر همتی ثابت*، زهرا آهنگریان*، دکتر محمد احمدپناه**، آلاله عاشوری***، دکتر محمد حقیقی****

دریافت: ۹۱/۴/۱۴، پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۰

چکیده:

مقدمه و هدف: با توجه به این که درمان های دارویی و روان درمانی برای اختلال افسردگی صرفاً علامت محور می باشد لذا این مطالعه با هدف مقایسه سه روش دارو درمانی، شناخت درمانی گروهی و حساسیت زدایی از طریق باز پردازش چشم به منظور کاهش افسردگی جانبازان انجام شده است.

روش کار: در یک طرح آزمایشیاز بین تمامی جانبازان ۲۵ درصد به بالا تحت پوشش بنیاد شهید منطقه جنوب و جنوب غرب شهر تهران نمونه ای به حجم ۶۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در چهار گروه درمان دارویی، شناخت درمانی گروهی و حساسیت زدایی از طریق پردازش حرکات چشم و گواه فرار گرفتند گروه دارو درمانی، داروهای ضد افسردگی (فلئوکزتین، فلووکسامین و سرتراپین) یا ترکیب دارویی مانند لیتیم بادوز مؤثر دریافت کردند و گروه های درمان حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم و شناخت درمانی گروهی در ۸ جلسه ساختار یافته ۱/۵ ساعته هر هفته یک بار به مدت ۲ ماه شرکت کردند ولی گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکرد ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک بود. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک تحلیل کوواریانس انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون بین میانگین چهار گروه در پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. $(F(3, 55) = 12/590, p = 0/001)$. همچنین بررسی میانگین های تعدیل شده نشان از برتری روش حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم نسبت به دارو درمانی و شناخت درمانی گروهی دارد و دو روش دارو درمانی و شناخت درمانی گروهی اثری برابر در کاهش افسردگی داشتند و نشانه های سه گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در پس آزمون کاهش بیشتری را نشان داد.

نتیجه نهایی: نتایج پژوهش نشان داد که دارو درمانی، شناخت درمانی گروهی و حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم در کاهش افسردگی جانبازان مؤثر است.

کلید واژه ها: افسردگی / جانبازان / حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم / دارو درمانی / شناخت درمانی گروهی

مقدمه:

بار بیماری در جهان تبدیل گردد. (۱) افسردگی شایعترین اختلال روانپزشکی است که بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰، پس از بیماری های قلبی و عروقی، دومین بیماری تهدید کننده سلامت و حیات انسان در سراسر جهان خواهد بود. آماری و لوپز،

افسردگی اساسی امروزه علت اصلی ناتوانی در سراسر دنیا محسوب می شود و رتبه چهارم را در میان ده علت اصلی بار جهانی بیماری ها به خود اختصاص می دهد و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ به دومین علت

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

** استادیار علوم شناختی مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، دانشگاه دانشگاه علوم پزشکی همدان (ahmadpanah@umsha.ac.ir)

*** کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

**** استادیار روانپزشکی مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، دانشگاه دانشگاه علوم پزشکی همدان

رویدادهای منفی و پر استرس زندگی است. رویدادهای پر استرس بخش عمده زندگی جانبازان را تشکیل می دهند. داشتن نقص بدنی، درمان آن و درگیر بودن همیشگی با هر یک این مشکلات، طیفی از استرس را برای این افراد در پی دارد، اما همان طور که اشاره شد آسیب پذیری شناختی مقدم بر رویداد استرس زای راه انداز افسردگی (در اینجا نقص جسمانی یا روانی افراد جانباز) می باشد چرا که بسیاری از این عزیزان علیرغم داشتن مشکلات استرس زا مبتلا به افسردگی نمی شوند بنابراین بر اساس تحقیقات صورت گرفته درمان شناختی می تواند نقش بسزایی در بهبود علائم جانبازان داشته باشد.

در ایران نیز روش های مختلفی جهت درمان افسردگی به کار برده می شود (۱۲، ۱۳). نتایج پژوهشی نشان داد که شناخت درمانی گروهی به طور معناداری در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به HIV مثبت مؤثر است (۱۴).

روش درمان حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم (EMDR) در سالهای اخیر به عنوان یکی از روشهای تأثیر گذار و مؤثر در کاهش افسردگی افراد مطرح است. این روش توسط لانگ (۱۹۷۷) و باور (۱۹۸۱) مطرح شده است و بر مدل پردازش اطلاعات مبتنی است (۱۵). درمان حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد یک روش درمانی جدید است که در برگیرنده عناصری از مواجهه درمانی و درمان رفتاری شناختی است که با فنون حرکات چشم، ضربات دست و تحریک شنوایی ترکیب شده است. این روش درمانی، دستیابی و پردازش مجدد خاطرات تروماتیک را در یک سبک سازگار تسریع می کند و با پردازش طبیعی اطلاعات هیجانی به مغز کمک می کند تا ترومای گذشته از سیستم اعصاب درمانجوها رها شود (۱۵).

شواهد متعددی مبنی بر موفقیت درمان به شیوه حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش در کاهش افسردگی گزارش شده است (۲۰-۱۶).

افسردگی در میان گروههای مختلف مردم به عنوان یکی از شایعترین اختلالات روانی به شمار می رود.

نقل از [۲]. افسردگی بالینی یک اختلال ناتوان کننده با شیوع بالای ۱۲/۵ درصدی برای مردان و ۲۱ درصدی برای زنان در طول عمر می باشد (۳).

افسردگی همواره هزینه های اقتصادی، فرهنگی، بهداشتی و اجتماعی بسیاری را برای مبتلایان، خانواده های آنها و اجتماع به همراه داشته است. اختلال افسردگی به گونه ای روزافزون در حال گسترش است و این واقعیت که افسردگی غالباً وضعیت مزمن و فراگیری دارد و حیات روانی فرد را در برمی گیرد نکته بسیار مهمی است (۴).

در طول ۴۰ سال گذشته حداقل دو جهش اساسی در نظریه و درمان افسردگی وجود داشته است. یکی استفاده از داروها برای تسکین علائم افسردگی بوده، و دیگری رفتار درمانی شناختی بوده است.

رایجترین درمان برای افسردگی اساسی داروهای ضدافسردگی است این دسته از داروها نسبتاً ارزان هستند. با این وجود افسردگی تمایل به بازگشت دارد و بین نصف تا سه چهارم افسرده ها در فاصله زمانی دو سال پس از بهبودی، دوباره با دوره دیگری از افسردگی روبه رو شده اند. راهبرد عمده کنونی برای جلوگیری از بازگشت این اختلال ادامه دادن درمان دارویی است (۵). شناخت درمانی که آثرون یک پدید آورنده آن است بر دگرگونیهای شناختی که فرض می شود در شکل گیری اختلال افسردگی نقش داشته باشد، متمرکز است. هدف شناخت درمانی رفع دوره های افسردگی و پیشگیری از عود آنها از طریق شناسایی شناختهای منفی، ایجاد روشهای اندیشیدن متفاوت و انعطاف پذیر و مثبت و تمرین پاسخهای شناختی و رفتاری است (۶).

بر اساس نظریه شناختی بک برای ایجاد افسردگی آسیب پذیری شناختی بر استرس راه انداز افسردگی مقدم است. آسیب پذیری دربرگیرنده ساختارهای بادوامی هستند که به طرحواره ها و باورهای افسردگی زا بر می گردند (۷). تحقیقات مختلف حاکی از کاهش نشانه های مولد افسردگی، نگرش های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در طی دوره استفاده از درمان شناختی می باشند (۸-۱). در مدل شناختی افسردگی، محرک خلق افسرده،

جانبازان نیز به عنوان گروههایی که در اثر جنگ تحمیلی دچار جراحات جسمی و روانی شده اند، با این اختلال درگیر هستند بدون تردید شناسایی راه حل های مفید و اثربخش که بتواند در کاهش میزان افسردگی جانبازان تأثیر داشته باشند اهمیت زیادی دارد.

از آنجا که یافتن شیوه های درمان کوتاه مدت کارا و موثر از جمله ضرورت های پژوهش می باشد و شیوه های درمانی EMDR و شناخت درمانی گروهی نیز جزء درمان های کوتاه مدت به شمار می آیند، و از آنجایی که طبق اطلاعات پژوهشگر مطالعات کمی جهت مقایسه اثربخشی این دو روش در کاهش علائم افسردگی صورت گرفته است، اکثر مطالعات نشان داده اند شناخت درمانی از نظر تأثیر با دارو درمانی برابر است با اثرات جانبی کمتری نسبت به دارو درمانی همراه است و ضمناً پیگیری آن نیز بهتر انجام می گیرد. معهداً اکثر مطالعات از این نظر که داروی ضد افسردگی برای مدتی کوتاه و با دوز پایین مصرف شده اند قابل ایرادگیری هستند (۶).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱، اهداف درمان در بیماری افسردگی عبارتند از: کاهش علائم، جلوگیری از عود و نهایتاً فروکش کردن کامل بیماری است. امروزه برای بسیاری از بیماران، خط اول درمان ضد افسردگی، روان درمانی یا ترکیبی از این دو را شامل می شود (۱).

دایسون در یک گزارش تحلیلی مطرح ساخت که شناخت درمانی مؤثرتر از دو وضعیت عدم درمان و درمان غیراختصاصی است و دست کم اثر همسان با مداخله های دارویی و روانشناختی در درمان افسردگی یک قطبی دارد. افزون بر این و مطالعات پیگیری شده بعدی گویای آن است که شناخت درمانی خطر ابتلا در آینده، و پس از پایان درمان را می کاهد. این مطالعات نشان دادند پاسخ دهندگان به دارو درمانی نسبت به پاسخ دهندگان به شناخت درمانی، پس از تکمیل دوره درمانی به احتمال دو برابر در معرض عود مجدد قراردارند (۲۱، ۲۲). در مورد اثربخشی مداخلات درمانی برای افسردگی نتایج پژوهشهای انجام شده توسط ماینورس و همکاران و

شوبرگ و دیگران نشان داده است که درصد فروکش کردن بیماری پس از ۳-۸ ماه یا داروهای ضد افسردگی سه حلقوی ۴۸-۵۲ درصد و روان درمانی (شناختی یا بین فردی) ۴۸-۶۰ درصد بوده است (۲۴، ۲۳).

بنابراین در این پژوهش محقق در نظر دارد، تا مشخص نماید آیا سه روش دارو درمانی، روش درمانی حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم و شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی جانبازان مؤثر است..

روش کار:

این پژوهش به شیوه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شده است جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی جانبازان ۲۵ درصد به بالا تحت پوشش بنیاد جانبازان شهر تهران در سال ۱۳۸۹ است. نمونه گیری به روش هدفمند و از بین ۲۵۵ نفر از جانبازی که در مرکز مشاوره منطقه جنوب و جنوب غرب تهران دارای پرونده افسردگی بوده دعوت به عمل آمد تا برای شرکت در این تحقیق به مرکز مراجعه نمایند. از بین ۸۳ جانبازی که بنا به دعوت محققان به مرکز مشاوره مراجعه کردند تعداد ۶۰ نفر که حاضر به همکاری و شرکت در جلسات آموزشی بودند و در متغیرهایی همچون درصد جانبازی، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، جنس، طبقه اجتماعی و وضعیت خانوادگی، عدم وجود سابقه مانیا و سایر اختلالات روانی تا زمان مراجعه، دریافت تشخیص افسردگی اساسی توسط روانپزشک و مصاحبه بالینی بر اساس ملاک های DSM-IV-TR توسط روانشناس بالینی، و نمره افسردگی بالاتر از ۲۰ در مقیاس افسردگی بک انتخاب شدند و در چهارگروه ۱۵ نفری، دارو درمانی، درمان حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم (EMDR)، شناخت درمانی گروهی و کنترل قرار داده شدند.

گروه ۱: بیمارانی که اقدامات شناخت درمانی برای آنان به اجرا گذاشته شد.

گروه ۲: بیمارانی که تحت درمان دارویی قرار گرفته اند.

گروه ۳: بیمارانی که اقدامات حساسیت زدایی برای آنها به اجرا گذاشته شد.

۴: بیمارانی که هیچ اقدام درمانی برای آنها اجرا نشد گروه دارو درمانی، داروهای ضد افسردگی SSRIS (Selective serotonin Reuptake Inhibitor) (فلوکزتین، فلووکسامین و سرتالین) یا ترکیب دارویی مانند لیتیم با دوز مؤثر دریافت کردند و گروه های درمان حساسیت زدایی از طریق بازپزدازش حرکات چشم و شناخت درمانی گروهی در ۸ جلسه ساختار یافته ۱/۵ ساعته هر هفته یک بار به مدت ۲ ماه شرکت کردند ولی گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکرد

شرح جلسات روش درمانی EMDR

جلسه اول: معارفه و آشنایی: هدف آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شناخت اهداف و روشهای آموزشی طی جلسات و مشخص کردن قواعد مانند گوش دادن دقیق، احترام به مراجعان، همدلی مثبت، انعکاس احساس و معنا

جلسه دوم: آماده سازی اعضای گروه: هدف آشنایی اعضای گروه با شیوه درمان از طریق حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم و فواید این شیوه

جلسه سوم: ارزیابی: شناسایی مؤلفه های هدف در فرآیند درمان

جلسه چهارم: حساسیت زدایی، تمرین روش حرکت حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم

جلسه پنجم: کارگماری، جایگزین نمودن به افزایش شناخت واژه های مثبت اعضای گروه

جلسه ششم: بررسی وضعیت پوشش و بدن اعضای گروه که تلفیق واکنش های بدنی توأم با شناخت واژه های مثبت

جلسه هفتم: اختتام و آماده سازی اعضای گروه برای جلسه پایانی و اختتام و ارزیابی

جلسه هشتم: اجرای پس آزمون، تقدیر و تشکر و اهدای هدایا به اعضا

شرح جلسات شناخت درمانی گروهی:

جلسه اول: خوش آمدگویی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و اهمیت انجام دادن آن و مطرح شدن مشکلات و مسائل افراد در رابطه با افسردگی و ارائه اطلاعات به اعضا در مورد افسردگی، تن آرامی و منطق درمان شناختی،

اخذ بازخورد

جلسه دوم: اعضا مرحله اول آرام سازی پیش رونده را آموزش دیده و تمرین می کند. آموزش به اعضا در مورد واقعیت و برداشت ذهنی، آگاهی و تفاوت بین احساس و افکار، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه سوم: مرور تکالیف، آموزش مرحله دوم آرام سازی پیش رونده و به تفکر واداشتن اعضا با پرسش از آنها که چرا دچار ناراحتی می شویم؟

آموزش به اعضا در مورد پنج خطای شناختی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد.

جلسه چهارم: مرور تکالیف، آموزش مرحله سوم آرام سازی پیش رونده، آموزش پنج خطای شناختی دیگر، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد.

جلسه پنجم: مرور تکالیف، آموزش مرحله چهارم آرام سازی پیش رونده، بحث و گفتگو در مورد تجربه هیجانی اخیر و تجسم و ایفای نقش، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد.

جلسه ششم: مرور تکالیف، بحث و گفتگو در مورد تجربه هیجانی اخیر و تکنیک های آموخته شده اخیر، آشنا کردن اعضا با شناخت واژه های بنیادی، عشق، موفقیت،

کمال گرایی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه هفتم: مرور تکالیف، بحث در مورد بایدها به عنوان یکی از تکنیک های شناسایی طرح واژه های بنیادی، بررسی نقش تحریفات شناختی در ایجاد و تداوم افسردگی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد.

جلسه هشتم: مرور و بررسی تکالیف، جمع بندی از جلسات گذشته توسط اعضا و درمان گر، انجام پس آزمون و اهدای هدیه.

گروه کنترل در طی جلساتی که گروه های آزمایش مداخلات را دریافت می کردند هیچ درمانی دریافت نکردند ولی پس از آن که از هر سه گروه پس آزمون به عمل آمد جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش بر روی این گروه نیز روش درمانی EMDR انجام شد.

مقیاس افسردگی بک: این مقیاس بر اساس ملاک های بالینی افسردگی توسط بک در سال ۱۹۶۱ طراحی شده و شامل ۲۱ جمله و هر جمله دارای چهار گزینه

است. از ۲۱ ماده، دو ماده به خلق، یازده ماده به مشکلات شناختی، دو ماده به رفتارهای آشکار، پنج ماده به علائم بدنی و یک ماده به روابط بین فردی اشاره دارد. از آزمودنی خواسته می‌شود گزینه ای را انتخاب کند که با وضعیت خلقی فعلی بیشترین سازگاری را دارد. نمره هر گروه از جملات بین ۰ تا ۳ و مجموع نمرات مقیاس بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. مطالعات مربوط به اعتبار و روایی این آزمون رضایت بخش بوده است. به عنوان مثال بک اعتبار این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش نمود (۲۵). پور شهباز مقیاس افسردگی بک را در یک نمونه ۱۱۶ نفری مورد بررسی قرار داد. ضریب همبستگی نمرات هر بخش با نمره کل آزمون بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۵ و اعتبار آزمون از طریق دو نیمه کردن و با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن-براون، ۰/۸۱ بود (ترقی جاه به نقل از پور شهباز، ۱۳۸۵).

نتایج:

پس از بررسی به عمل آمده چون رابطه خطی و مفروضه برابری خطای واریانس و همگنی شیب خط رگرسیون زیر سوال نرفته، پژوهشگر مجاز به استفاده از

تحلیل کوواریانس می‌باشد. به منظور تحلیل توصیفی داده ها از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS18 استفاده گردید.

بر اساس نتایج بدست آمده از جدول ۲، برای تحلیل متغیر وابسته افسردگی، در گروه‌های دارودرمانی، شناخت درمانی و حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم و گروه کنترل، پس از تعدیل میانگین پیش آزمون افسردگی به میزان (۳۱/۹۰) همچنین، براساس نتایج بدست آمده از جدول ۲ برای متغیر افسردگی، با توجه به نتایج آزمون آماری $\eta^2 = 0/873$ ، $p = 0/001$ ، $F(3, 55) = 126/590$ ، f با df اختلاف این روشها از لحاظ آماری معنادار است. یعنی بین میزان افسردگی سه گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

پس از معنادار شدن F محاسبه شده با استفاده از آزمون تعقیبی به بررسی مقایسه اثربخشی آموزش دارودرمانی، شناخت درمانی و حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم در میزان افسردگی، پرداخته که نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل

دارو درمانی		شناخت درمانی		آموزش حساسیت زدایی		گروه کنترل	
میانگین (X)	انحراف معیار (S)	میانگین X	انحراف معیار (S)	میانگین (X)	انحراف معیار (S)	میانگین (X)	انحراف معیار (S)
۳۵/۲۶	۵/۲۷	۳۱/۹۳	۴/۵۴	۲۸/۸۰	۳/۸۷	۳۱/۶۰	۲/۰۲*
۲۴/۵۳	۳۳/۰۲	۲۳/۴۰	۱/۴۰	۱۴/۸۶	۲/۱۹	۳۰/۴۰	۱/۸۴**

* پیش آزمون ** پس آزمون

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر افسردگی

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی	میانگین مجذورات ms	f	p	اندازه اثر Eta	توان آزمون
افسردگی	۱۵۸۱/۹۶۵	۳	۵۲۷/۳۲۱	۱۲۶/۵۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷۳	۱/۰۰۰

جدول ۳: تحلیل کوواریانس بین میزان افسردگی بر اساس گروه دارودرمانی و گروه شناخت درمانی

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی	میانگین مجذورات ms	f	p	تفاوت میانگین
افسردگی	۱/۳۰۲	۱	۱/۳۰۲	۰/۳۱۳	۰/۵۷۸	۰/۴۳۵

پردازش حرکات چشم در مقایسه دارو درمانی در کاهش افسردگی موثرتر است.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۵، برای تحلیل متغیر افسردگی در گروه شناخت درمانی و حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم چون $F(۱ و ۵۵) = ۱۰۳/۳۳$ ، $p = ۰/۰۰۱$ محاسبه شده متغیر افسردگی از لحاظ آماری معنادار است. لذا بین نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه شناخت درمانی و حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم تفاوت معناداری وجود دارد و با مقایسه تفاوت میانگین ها مشخص شد که به میزان $(۷/۸۷۷)$ بین گروه شناخت درمانی و حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم تفاوت وجود دارد و این نتیجه نشان می دهد که حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم در مقایسه شناخت درمانی در کاهش افسردگی موثرتر است.

با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین ها با $۰/۹۹$ اطمینان بیان می شود که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه اثربخشی دارودرمانی، شناخت درمانی و حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم بر روی افسردگی متفاوت است، تایید می شود.

بر اساس نتایج جدول ۳، برای تحلیل متغیر افسردگی در گروه دارودرمانی، شناخت درمانی، لحاظ آماری معنادار نیست. لذا بین نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه دارودرمانی و شناخت درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد و با مقایسه تفاوت میانگین ها مشخص شد که بین گروه دارودرمانی و شناخت درمانی تفاوت وجود ندارد و این نتیجه نشان می دهد که دارو درمانی با شناخت درمانی در کاهش افسردگی تفاوتی ندارد.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۴، برای تحلیل متغیر افسردگی در گروه دارودرمانی حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم چون $F(۱ و ۵۵) = ۹۳/۳۹۹$ ، $p = ۰/۰۰۱$ محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است. لذا بین نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه دارودرمانی، حساسیت زدایی از حرکات چشم تفاوت معناداری وجود دارد و با مقایسه تفاوت میانگین ها مشخص شد که به میزان $(۸/۳۱۱)$ بین گروه دارودرمانی و حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم تفاوت وجود دارد. این نتیجه نشان می دهد که حساسیت زدایی از طریق باز

جدول ۴: تحلیل کوواریانس بین میزان افسردگی بر اساس گروه دارودرمانی و گروه حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات ms	f	p	تفاوت میانگین
افسردگی	۳۸۹/۰۶۰	۱	۳۸۹/۰۶۰	۹۳/۹۹	۰/۰۰۱	۸/۳۱۱

جدول ۵: تحلیل کوواریانس بین میزان افسردگی بر اساس گروه شناخت درمانی و گروه حساسیت زدایی از طریق باز پردازش حرکات چشم

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات ms	f	p	تفاوت میانگین
افسردگی	۴۳۱/۶۹۳	۱	۴۳۱/۶۹۳	۱۰۳/۳	۰/۰۰۱	۷/۸۷۷

بحث:

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی سه روش دارو درمانی حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم و شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی جانبازان بود. نتایج نشان داد بین میانگین نمرات افسردگی چهارگروه در پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارتی هر سه روش درمانی موجب کاهش معنی دار نمرات افسردگی آزمودنی ها می شوند روش EMDR نسبت به روش شناخت درمانی گروهی و دارو درمانی اثر بخش تر است. و دو روش شناخت درمانی گروهی و دارو درمانی اثری برابر در کاهش افسردگی دارند. در راستای این پژوهش اگرچه طبق مشاهدات پژوهشگر تحقیقات کمی همزمان اثر بخشی این سه شیوه درمانی را بر کاهش افسردگی مورد ارزیابی قرار داده اند، ولی پژوهش هایی [Carlson ۱۶،۱۷ (۲۰۰۳)]، به نقل از [۲۰] تأثیر این شیوه ها را به تنهایی بر میزان افسردگی مورد آزمایش قرار گرفته که همگی همسو با نتایج پژوهش حاضر هستند. به عنوان مثال احمدیان (۲۶) در پژوهشی به بررسی مقایسه ای تأثیر دو روش حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش و نیز مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر کاهش افسردگی جانبازان جنگ تحمیلی پرداخت. یافته ها نشان داد که هر دو روش در کاهش افسردگی جانبازان مؤثر هستند اما روش حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم تأثیر بیشتری نسبت به معنا درمانی دارد. روشهای درمانی که در اختلال افسردگی اساسی به کار گرفته می شوند متنوع می باشند و اکثر مطالعات حاکی از آن است که ترکیب روان درمانی و دارو درمانی مؤثرترین درمان برای اختلال افسردگی اساسی است (۶).

Edwards می نویسد: داروهای ضدافسردگی ضمن آن که افسردگی را درمان می کند در طولانی مدت ادامه مصرف دارو در پیشگیری از حملات بیماری مؤثر می باشد (۲۹).

Derubeis و همکاران در مقایسه بیماران افسرده ای که تحت درمان دارویی قرار داشتند گزارش کردند که میزان

عود علایم در بیماران ۴۷٪ بود که این فراوانی برای گروهی که دارو دریافت ننموده اند ۷۶٪ بوده است (۳۰). سایر پژوهشگران با بررسی نقش داروهای ضدافسردگی در درمان افسردگی های متوسط و شدید گزارش کردند که دارو درمانی به طور مؤثر از شدت علائم کاسته و بهبودی بیماران را سرعت می بخشد (۳۶).

اقدامات شناخت درمانی نیز در درمان اختلال افسردگی اساسی مؤثر بوده و تحلیل آزمون آماری نشان دهنده تفاوت معنی دار بوده است. محقق می نویسد، شناخت درمانی یک راه سودمند و ثابت شده در درمان افسردگی در پنج سال گذشته بوده است (۳۱).

برخی پژوهشگران در پی گیری شش ساله بیماران افسرده که تحت اقدامات شناخت درمانی قرار گرفته بودند نتیجه گرفتند که تدابیر شناخت درمانی به طور مؤثر خطر عود افسردگی را کاهش می دهد (۳۲).

Thase و همکاران گزارش کردند که شناخت درمانی میزان نمره افسردگی را در مقیاس هامیلتون کاهش داده است (۳۳).

Paykel می نویسد: علی رغم مصرف داروهای ضدافسردگی مشکل عود افسردگی همچنان باقی است و استفاده از شناخت درمانی به طور معنی داری میزان عود بیماری را کاهش می دهد (۳۴).

Scott و همکاران در مورد تأثیر شناخت درمانی بر اختلال افسردگی می نویسد: ۱۵۸ بیمار افسرده که تحت اقدامات شناخت درمانی قرار داشتند میزان عود بیماری در آنها به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل (۴۷٪) کاهش یافته بود (۳۱).

Jonghe و همکاران می نویسند: ترکیب روش دارو درمانی و شناخت درمانی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و مؤثرتر از دارو درمانی و شناخت درمانی به تنهایی می باشد (۳۲).

در گزارشی ۸۶ بیمار افسرده را در چهار گروه شناخت درمانی، دارو درمانی، شناخت درمانی همراه با دارو و شناخت درمانی همراه با دارونمای فعال به مدت ۱۲ هفته تحت درمان قرار دادند. نتایج نشان داد بیمارانی که درمان

نگرش های زیربنایی، مخصوصا در زمینه بیماری، اصلاح سبک برخورد بیماران با واکنش های منفی دیگران و افزایش سطوح فعالیت و بهبود روابط بین فردی مثبت بیماران دانست به نظر می رسد تفاوت های مشاهده شده تحت تأثیر عوامل متعدد می باشد از جمله نوع داروهای مصرفی ضد افسردگی می تواند عامل مؤثری در نحوه پاسخ دهی به درمان باشد. زیرا در بسیاری از مطالعات از داروهای ضد افسردگی سه حلقوی استفاده شده است اما امروزه اعتقاد بر این است که داروهای ضد افسردگی از گروه مهار کننده های اختصاصی باز جذب سروتونین خط اول درمان افسردگی اساسی می باشد (۳۷) و در این مطالعات داروهای مورد مصرف از دسته اخیر بوده است از سوی دیگر شرایط اجتماعی و فرهنگی در جوامع مختلف متفاوت بوده و همین مسئله بر فرایند درمان نیز می تواند مؤثر باشد.

از محدودیت هایی اصلی پژوهش، عدم امکان کنترل برخی از متغیر های مرتبط با میزان افسردگی جانبازان بود به عبارتی از آنجایی که همگن سازی کامل در زمینه متغیر های مرتبط با شدت افسردگی مانند درصد جانبازی، سابقه وجود بیماری های همزمان با افسردگی یا مقدم بر افسردگی، شرایط پذیرش مشکل در خانواده و ... به طور کامل مهیا نشد بنابراین در تفسیر و تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد، هر چند تلاش شد تا با انتخاب تصادفی از بین جانبازان افسرده و جایگزینی تصادفی آنها تا حد زیادی این مشکل شود. نداشتن مرحله پیگیری به دلیل عدم دسترسی به برخی از شرکت کنندگان نیز یکی دیگر از محدودیت های پژوهش حاضر است که پژوهشگران در مطالعات بعدی می توانند جهت بررسی اثر بخشی این روش های درمانی در درازمدت مرحله پیگیری را نیز در تحقیقات خود لحاظ کنند.

نتیجه نهایی:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سه روش دارو درمانی درمان به روش EMDR و شناخت درمانی گروهی باعث کاهش معنادار علائم افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با گروه کنترل می شود.

را تمام کردند علایم بهبودی معنی داری را نشان ندادند و هیچگونه اختلافی بین چهار روش درمانی مشاهده نشد (۳۵).

در تبیین این یافته می توان چنین بیان داشت که مواجهه مکرر با محرک های مختلف در جلسات آموزشی و بررسی علل ایجاد کننده افسردگی و نگرانی در میان جانبازان در روش حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم موجب کاهش و از بین رفتن حساسیت ها نسبت به محرک ها و نیز از بین رفتن پاسخ های دلسرد کننده و رفتارهای نشانگر افسردگی در افراد و آزمودنی ها گردیده است.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی گروهی باعث کاهش علائم افسردگی در جانبازان می شود این نتیجه نیز همسو با سایر نتایج در این زمینه (۱۴،۲۷)، می باشد. بر طبق مدل شناختی افسردگی بک (۱۹۶۷)، (۲۸)، افراد جانباز افسرده به دلیل مواجهه مکرر با رویداد های کنترل ناپذیر ناشی از ناتوانی جسمانی، کم کم به سوی درماندگی و انفعال کشیده می شوند و این درماندگی ممکن است حیطه های زیادی از زندگی آنها را تحت تاثیر قرار دهد (از روابط بین فردی تا مسائل کاری)، این افراد ممکن است ناکارآمدی و درماندگی را به تمام تجارب خود منتقل کرده و عملا بسیاری از فرصت های عملکرد مؤثر را از دست بدهند. مداخله از بعد شناختی، اصلاح افکار منفی خودکار و باورهای زیر بنایی بیماران را آماج قرار داد. از آنجا که باورها و نگرش های زیر بنایی، مبنای نظریه شناخت درمانی بک برای افسردگی است، بیماران طی جلسات درمانی با فهرست نگرش های ناکارآمد بک آشنا شدند و میزان اعتقاد آنها به این فرض های زیر بنایی بررسی و نحوه چالش به آنها آموزش داده شد، تا در شرایطی که این افکار ناکارآمد فعال می شوند بتوانند به درستی آنها را شناسایی کرده و اقدام لازم جهت خنثی کردن اثرات آنها را انجام دهند. در مجموع، اثر قابل توجه مداخله درمانی بر بهبود علایم افسردگی جانبازان گروه های آزمایش را می توان ناشی از اصلاح «ادراک خود» بیماران، اصلاح

13. Kavyani H, Javaheri F, Bahiraei H. [The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on reduction of negative automatic thought, dysfunction attitude, depression and anxiety: 60 day follow up]. *Advn Cognitive Sci* 2006; 7(1): 49-54. (Persian)

14. Solgi Z, Hashemian K, Sadipoor B. [The Investigating effectiveness of cognitive group therapy on male patient with positive HIV depression. *Alzahra Univ Psychol Res J* 2006; 3(4). (Persian)

15. Shapiro F, (ed). *E.M.D.R. manuals*. Dhaka: Bangladesh, 1998.

16. Rachman S, Maser J. *Panic: psychological perspectives*. Lawrence Erlbaum: Hill sdale; 2007.

17. Happer. M. *General anxiety disorder*. *J Clin Psychiatr* 2011; 67:58-73.

18. Breker CB, Zagfar C, Anderson E. A survey of psychologists attitudes and utilization of exposure therapy for PTSD. *Begav Res Ther* 2004; 42: 277-92.

19. Rothbaum Bo. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post traumatic stress disorder sexual victim. *Bull Manag Clin* 1997;61: 31-34.

20. Vatankhah H. [Evaluation and comparison of treatment methods Desensitization and Reprocessing through eye movements, medication and cognitive therapy on reducing anxiety of male and female clients referred to Tehran counseling and psychotherapy centers]. PhD Dissertation: Islamic Azad Univ Tehran Markaz Unit, 2008. (Persian)

22. Dobson KS. A meta -analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Con-sult Clin Psychol* 1989;57:414-19.

21. Clark DM, Keristoferej F, et al. *Science and manner appliedof cognitive behavior therapy* , 2001.

23. Mynors LM, Gath DH , Lloyd AR, Tomlinson D. *Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care*. *Int J Psychiatr Med* 1996;26:249-262.

24. Unutzer J, Wa Yne J, Russo KJ , Simon G, Korff MV, Lin E , et al. *Treating majordepression in primary care Practice :eight month clinical outcomes*. *Arch Gen Psychitry* 1995 :58:112-118.

25. Taraghijah S. [Comparing the effect of group counseling with cognitive-behavioral approach and spiritual approach on Tehran girl's student depression]. [Ph.D Dissertation]: Tehran Tarbiat-e- Moallem Univ, 2006. (Persian)

26. Ahmadian S. [The comparative study of the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing and group counseling with logotherapy approach on War veterans depression reducing]. [Unpublished MA thesis in Psychology]: Shahid Chamran University; 2009.

سپاسگزاری:

پژوهش گران بر خود لازم می دانند که از تمام جانبازان عزیزی که با صبر مثال زدنی خود پژوهشگران را در انجام پژوهش یاری رساندند تشکر و قدر دانی کنند. این پژوهش بر گرفته از پایان نامه خانم زهرا اهنگریان می باشد که در تاریخ ۸۹/۱۱/۲۶ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن مورد دفاع قرار گرفت.

منابع:

1. World Health Organization. *Report of world health*. Geneva: WHO, 2001.
2. Salehzadeh M, Kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Ebrahimi A. [Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression in intractable epileptic patients]. *Adv Cognitive Sci* 2010; 12(2): 59-68. (Persian)
3. Clark DA, Beck AT. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley and Sons, 1999.
4. Zolfaghari A. [The investigation of prevalence of depression among students and effect of group cognitive therapy on reduction of it]. Unpublished thesis in post Graduate clinical psychology: Shahed University, 1998. (Persian)
5. Angest J. *Clinical course of effective disorders in depressive illness :prediction of clinical course and outcome*. Berlin : Springer, 1988:1-48
6. Saduk, Benjamin James, Kaplan, Virginia, summarizingthe clinical psychiatric mental health. *Behav Sci* 2005; 28:419-21
7. Oei TSP, Bullbeck K, Campbell JM. *Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression*. *J Affec Dis* 2006; 92: 231-241.
8. Embling S. *The effectiveness of cognitive behavioural therapy in depression*. *Nurs Stand* 2002; 17 (14-15): 33-41.
9. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. *Six-year outcome of cognitive behavioral prevention of recurrent depression*. *Am J Psychiatr* 2004; 161: 1872-1876.
10. Kwon SM, Oei TPS. *Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression*. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 2003; 3: 73-85.
11. Oei TPS, Shuttlewood GJ. *Comparison of specific and nonspecific factors in a group cognitive therapy for depression*. *J Behav Ther Experiment Psychiatr* 1997; 28: 221-231.
12. Hashemi Z, Mahmoodalilu M, Hashemi T. [The effectiveness of meta-cognitive therapy on reducing of depression symptoms and meta-cognitive beliefs of patient with major depression(case study)]. *Behav Sci Res* 2011; 9(2): 133-140. (Persian)

- (Persian)
27. Taghvaei Z, Mansoor A. [The effectiveness of group cognitive therapy on aged women depression reducing]. *Adv Res Consult* 2005; 3(12): 65-77. (Persian)
 28. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1967.
 29. Edwards J Guy. Can reduce relapses and recurrences in major depression. *BMJ* 1998; 316: 1180-1181.
 30. Derubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD. Cognitive therapy vs medication in the treatment of moderate to sever depression. *Arch Gene Psychiatr* 2005;62:406-416.
 31. Scott J, Palmer S, Paykel E, Teasdale, Hayhurst H. Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression. *Br J Psychiatr* 2003 Mar; 182:221-7.
 32. Jonghe F, Hendriksen M, Aalst G, Kool S, Van R, Eijnen E ,et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatr* 2004; 189: 37-45.
 33. Thase ME, Simons AD, Cahalane H, Mc Gary J, Harden T. Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. *Am J Psychiatr* 1991; 148:754-789.
 34. Paykel ES. Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *Int H Neu Psychopharmacol* 2007 Feb ;10(1) :131-6.
 35. Hollon SD, Shelton RC, Davis DD. Cognitive therapy of depression :conceptual issues and clinical efficacy. *J Consul Clin Psychol* 1993; 61: 270-275.
 36. Judith S, Stephen P, Rache B, Goldberg D. Treatment option in moderate and srver depression .decision analysis supporting a cilinical guideline. *Br J Psycho* 2006.
 37. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-year outcome of cognitive behavioral prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatr* 2004; 161: 1872–1876.