



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.

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 مایکن‌بام^{۲۲}، گیل‌مور^{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 (شپ‌لای^{۱۳} و فازبو^{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 بیماران که اختلال روان پزشکی داشتند بررسی نمود (مینگ^۱، هوک^۲، تاننباوم^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 روان پزشکی 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 روان پزشکی 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 | |

مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ: این مقیاس را ویلیام زونگ در سال ۱۹۷۰ معرفی نموده و یکی از رایج ترین پرسش نامه های بالینی در رابطه با ارزیابی میزان اضطراب است. این مقیاس دارای ۲۰ پرسش است که نشانه ها و شدت اضطراب را می سنجد. هر پرسش در چهار سطح درجه بندی شده است. نمره یک در صورتی داده می شود که هیچ نشانه ای وجود ندارد و یا شدت آن خیلی کم است. نمره چهار در مواردی که همیشه نشانه ها وجود دارد، داده می شود. در نتیجه دامنه مجموع نمرات افراد بین ۲۰ تا ۸۰ در نوسان است.

بررسی ها نشان داده اند 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 پرسش نامه حالت اضطرابی^۶ زونگ نیز همبستگی داشته است (۰/۶۶=r). وقتی که نمونه تنها به بیمارانی که تشخیص اختلال اضطرابی داشته اند محدود شده، میزان این همبستگی نیز افزایش یافته است (۰/۷۴=r) (بیکر^۷، ۱۹۸۸، به نقل از همان جا).

زونگ (۱۹۸۱)، به نقل از همان جا) با ترکیب یافته های 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 اختلال های اضطرابی را نمره ۵۰ گزارش نموده است. هر چند براساس شاخص ارائه شده توسط

به دست آمده با آزمون^۱ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. پروتکل هر جلسه روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری براساس منابع در دسترس تدوین گردید:

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

جلسه دوم: در آغاز جلسه نظر اعضا نسبت به جلسه گذشته بررسی می شد. در رابطه با علائم افسردگی و سبب شناسی آن در گروه بحث می گردید و درمانگر به گونه ای گروه را هدایت می کرد تا به این نتیجه برسند که شیوه اندیشیدن آنان باعث تحریک احساسات آنان می شود.

جلسه سوم: در آغاز جلسه نظر آنان نسبت به جلسه پیشین پرسیده می شد. سپس درباره احساس های ناخوشایند آنان گفتگو می شد و سعی می گردید که به کمک اعضا، افکار خودآیند-منفی همراه با احساس های ناخوشایند کشف گردد.

جلسه چهارم: در این جلسه اعضا با مدل ABCD آشنا می شدند و اصول آن به آن ها آموزش داده می شد. 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 می شد که احساس های 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 فعالیت های رفتاری و فرض های زیرساخت آنان بود.

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

- 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

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 نقطه‌نظر 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 t 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 t، میانگین نمرات آزمون زونگ دو گروه مقایسه گردید (جدول ۲). همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد نمره t محاسبه شده از نظر آماری معنی‌دار نیست. این یافته گویای این نکته است که دو گروه از نقطه‌نظر میزان بهبودی علائم اضطراب در مرحله پس از مداخله درمانی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشته‌اند.

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

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 گسترده‌تری 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 تصنیف^۹، ۰/۹۰ به دست آمد.

بک (۱۹۷۲)، به نقل از اوایل^{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- بازآزمون آن بیش از ۰/۶۰ گزارش شده است (بک و استیر، ۱۹۸۴؛ به نقل از اوایل و کازمیرکزاک، ۱۹۹۷).

در یک بررسی هنجاریابی، یزدان‌دوست (۱۹۸۸)، به نقل از حنا‌سایزاده اصفهانی، (۱۳۷۸) این پرسش‌نامه 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.

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، 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 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 | |

تشخیص روانپزشکی نیز برای پژوهش دقیق تر پیشنهاد می شود.

سپاسگزاری

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

منابع

- حناسازاده، مریم (۱۳۷۸). *بررسی کارآیی درمان شناختی-رفتاری روی نکرش های ناسالم و علائم افسردگی در توجه جوانان مبتلا به اختلالات افسردگی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- گیلاتی، بیژن (۱۳۷۰). *اضطراب پس از جنگ*. پژوهش های روانشناختی ۱ و ۲، ۱۱-۶.
- موتابی، فرشته (۱۳۷۳). *مقیاس افسردگی یکم*. انستیتو روانپزشکی تهران.
- مهریار، هوشنگ (۱۳۷۳). *افسردگی برداشت ها و درمان شناختی*. تهران: انتشارات رشد.
- هاوتون، کیت؛ سالکوس کیس، پالم؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید م. (۱۳۷۶). *رفتار درمانی شناختی*. ترجمه: حبیب الهه فاسم زاده. 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.

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 پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایشی و گواه که از نظر آماری معنی دار نبود تأیید نشد، اگرچه نتایج نشان می دهد که نمرات اضطراب هر دو گروه در پس آزمون کاهش یافته است. یکی از دلایلی که می توان در این زمینه مطرح کرد این است که نمره نقطه برش در مقیاس اضطراب سنج زونگ ۴۵ و برای تشخیص اختلال های 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 اندازه ای 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 نمی شد. البته تأثیر متغیرهایی چون سن، میزان سواد و طول مدت بیماری را نمی توان نادیده گرفت.

برای بررسی های جامع تر در مورد اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در درمان بیماران افسرده بستری پیشنهاد می شود که پژوهش های آینده در مراکز انجام شود که بیماران افسرده بستری به آن ها مراجعه می کنند 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 می تواند اثر عمده ای بر سوگیری یافته ها داشته باشد. کنترل

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.