

# اثر بخشی درمان های روان شناختی بر بهبود افسردگی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مزمن

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۲/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۳/۳

دکتر غلامرضا ابراهیمی نژاد\*

دکتر ولی ا... فرزاد\*\*

فرشید خسروپور\*\*\*

## چکیده

اختلال استرس پس از ضربه، یکی از شایع ترین اختلالات اضطرابی است که می تواند بر ارتباطات فردی، اجتماعی و خانوادگی اثرات منفی بگذارد، لذا توجه به پیشگیری و درمان آن بسیار مهم است. افسردگی یکی از مهمترین بیماری های همراه آن است. روشهای درمانی پردازش مجدد و حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم، بازگویی روان شناختی و مواجهه سازی خیالی برای درمان این بیماری بکار می روند که موثر بودن و دوام آنها به ویژه در بیماران مزمن، مورد بحث است. در این مطالعه نیمه تجربی ۵۴ بیمار بزرگسال مرد، براساس آزمون اختلال پس از ضربه دیویدسون و تشخیص روانشناس انتخاب شدند. آزمودنی ها به طور تصادفی در ۳ گروه ۱۸ نفره قرار گرفته و با استفاده از آزمون میلون، قبل، بعد و ۳ ماه بعد از درمان آزمون ونتایج با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و پس تجربی بونفرونی، تحلیل شد. نتایج نشان می دهد روشهای حساسیت زدایی، بازگویی روان شناختی و مواجهه سازی خیالی، به ترتیب بیشترین تأثیر را بر افسرده خویی دارند، گر چه تفاوت بین روش های حساسیت زدایی و بازگویی معنی دار نیست. و این اثر در پی گیری سه ماهه دوام دارد، اما این روشها بر افسردگی اساسی تأثیری ندارند. با توجه به اهمیت مداخلات روان شناسی بعد از حوادث ضروری است که این درمان ها به روان شناسان آموزش داده شود تا در موقعیت های آسیب زا، مورد استفاده قرار گیرند.

**واژه های کلیدی:** اختلال استرس پس از ضربه مزمن، درمان های روان شناختی، افسردگی

E.Mail: g\_ebrahimi@yahoo.com

E.Mail: v-farzad@yahoo.com

E.Mail: farshid2002@yahoo.com

\* استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

\*\* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

\*\*\* دانش آموخته دکترای روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، هیئت علمی واحد زرنند



حوادث و سوانح مختلف اغلب باعث واکنش حاد نسبت به استرس شده و در نهایت منجر به اختلال استرس پس از ضربه<sup>۱</sup> می گردند (کاپلان و سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). تقریباً ۲۰ درصد مردان و ۸ درصد زنان در معرض حوادث آسیب زا قرار می گیرند (هوکسما<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱) و بطور متوسط ۴ تا ۹ درصد جمعیت عمومی به این اختلال، مبتلا می شوند، که ممکن است با تاخیر شروع شود و یا به شکل مزمن درآمده و سالها در زندگی روزمره افراد مبتلا، اختلال ایجاد کند (هاروی و پائولز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). طول دوره بیماری بسیار متفاوت و از چند ماه تا چند دهه است (اندروز<sup>۵</sup> و دیگران، ۲۰۰۷). از مهمترین روش های درمانی غیر دارویی، بازگویی روان شناختی<sup>۶</sup>، پردازش مجدد و حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم<sup>۷</sup> و مواجهه سازی خیالی<sup>۸</sup> است (دیل<sup>۹</sup> و دیگران، ۲۰۰۰).

اگر بیماری افسردگی، همراه اختلال استرس پس از ضربه باشد، مقاومتر است و در این شرایط دارو درمانی به تنهایی اثر بخش نیست (ریست<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۸۹). افسردگی همراه استرس پس از ضربه، گرچه از نظر علائم شبیه سایر اختلالات افسردگی در طبقه بندی بیماریهای روانی است، اما اثر منفی زیادتری بر افراد می گذارد. این گونه بیماران، علایم سرزنش خود و احساس گناه بیشتری را نشان می دهند (ساوت ویک<sup>۱۱</sup> و دیگران، ۱۹۹۱).

گاهی این اختلال بعد از گذشت مدت طولانی بعد از ضربه ظاهر می شود و بیماری های دیگری مثل افسردگی را به همراه دارد. مطالعه در مورد ۱۲۶ نفر از اهالی بوسنی که به استرالیا پناهنده شده بودند، نشان داد که ۲۹ نفر از آنها به استرس پس از ضربه و ۵۸ نفر به این بیماری همراه با افسردگی، مبتلا بودند (کریمر و دیگران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۱). همبودی<sup>۱۳</sup> بین اختلال استرس پس از ضربه و انواع اختلالات افسردگی حدود ۵۰ درصد است (کنستانت، لینهفک و مک کارتی<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۷). در بررسی ۲۶۰ نفر از کهنه سربازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، ۶۷ درصد آنها دچار افسردگی اساسی بوده، در حالیکه فقط ۲۰ درصد از کهنه سربازانی که اختلال استرس پس از ضربه را نداشتند، مبتلا به افسردگی اساسی بودند (کسلر<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). همبودی بیماریهای همراه با استرس پس از ضربه، شامل ۵۳ درصد افسردگی اساسی، ۴۱ درصد افسرده خوئی، ۱۸ درصد ترس مرضی، ۱۲ درصد اضطراب، ۱۲ درصد سوء مصرف مواد و ۶ درصد وسواس است و گرچه روش های درمانی روان شناختی غیر دارویی در درمان کلی علائم موثر است، ولی تاثیری در درمان بیماریهای همراه ندارد (ساوت ویک و دیگران، ۱۹۹۱). اختلال استرس پس از

1. post traumatic stress disorder
2. Kaplan&Sadock
3. Hoeksema
4. Harvey& Pauwels
5. Andrews
6. psychological debriefing
7. eye movement desensitization and reprocessing
8. Imaginal exposure
9. Deahi
10. Reist
11. Southwick
12. Creamer
13. comorbidity
14. Constant, Lenhoffk&McCarthy
15. Kessler

ضربه مزمن، به ندرت به شکل مجزا از سایر اختلالات دیده می‌شود ولی با گذشت زمان، افسردگی و سوءمصرف مواد، بعنوان اختلالات اساسی همراه آن، آشکار می‌گردند. از یک سو بیماران به دلیل عدم درمان، افسرده و مضطرب شده و از سوی دیگر سعی می‌کنند با روش های نامناسب مانند سوءمصرف مواد، آن را برطرف کنند، لذا درمان بیماری اصلی می‌تواند بر درمان بیماریهای همراه اثر مثبت و مناسبی داشته باشد (کرسول، کوپروپاور<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱).

۶۸ درصد افرادی که در محدوده یک کیلومتری حادثه یازده سپتامبر بودند، علائمی از افسردگی همراه با اختلالات اضطرابی راداشتند. علائم در ۲۰ درصد آنها به حدی شدید بود که مجبور شدند ۱۵ تا ۲۸ ماه بعد تحت درمان قرار بگیرند (داولینگ، موینهن و جنت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). شایعترین اختلالات همراه با استرس پس از ضربه، اختلالات خلقی و اضطرابی هستند و با گذشت زمان، افسردگی مزمن، شیوع بیشتری پیدا می‌کند، بنابراین این اختلال را می‌توان پیچیده و ترکیبی نامید (تیلور<sup>۳</sup> و دیگران، ۲۰۰۵).

تحقیقات اخیر نشان داده که استرس پس از ضربه، یک اختلال پیچیده، همراه با علائم مختلف عاطفی و هیجانی است. گرچه بطور سنتی، چند علامت مشخص مورد تاکید بوده، اما اختلالات خلقی، همراه آن دیده می‌شود و حتی ممکن است در مقایسه با علائم اصلی بیماری شدت بیشتری داشته باشند (کانوی<sup>۴</sup> و دیگران، ۲۰۰۶).

مواجه سازی تاثیر قابل ملاحظه ای بر کاهش اختلال استرس پس از ضربه و علائم همراه، دارد. نوع خیالی آن به دلیل زمان کمتر مورد نیاز برای درمان، مناسب تر است. مواجه شدن با خاطرات ناگوار و یادآوری آنها می‌تواند روش مناسبی در کاهش بلند مدت علائم اختلال باشد (زولنر<sup>۵</sup> و دیگران، ۲۰۰۳). ۱۶ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه با دو روش مواجه سازی و درمان شناختی رفتاری مورد درمان قرار گرفتند. اضطراب کلی، کیفیت زندگی، افسردگی و طرح واره های شناختی قبل و بعد از درمان، بررسی شد. نتایج نشان داد که هر دو روش، بهبودی قابل ملاحظه ای را در آزمودنی ها ایجاد کردند و تفاوت معناداری بین آنها، وجود نداشت. (پانویک و گورانوست<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱).

پاور<sup>۷</sup> و دیگران (۲۰۱۰) ۱۳ پژوهش با مجموع ۶۷۵ آزمودنی را مورد ارزیابی متاآنالیز قرار دادند. نتایج نشان داد که روش درمانی مواجه سازی در مقایسه با گروه کنترل موثرتر است، ولی با سایر روش های درمانی تفاوتی ندارد و در پی گیری تاثیر خود را حفظ می‌کند، بعلاوه تاثیر درمان به تعداد بیماران، نوع ضربه و جنس، بستگی ندارد

حرکت چشم که در حساسیت زدایی مورد استفاده قرار می‌گیرد، بر حافظه تاثیر گذاشته، خاطرات ذخیره شده را تحریک و شبکه های اطلاعاتی را فعال می‌سازد. وقتی که هر دو شبکه بطور همزمان با هم فعال شدند، اطلاعات مرتبط با حادثه بسرعت پردازش می‌شوند، واکنش های ناراحت کننده ای مانند ترس، ناامیدی، اندوه و احساس گناه، بوسیله واکنش های مثبت تری جایگزین می‌شوند (چمتوب، ناکاشیما و کارلسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲). مطالعه متاآنالیز ۲۱ تحقیق در مورد درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه نشان داد که حساسیت زدایی، مواجه سازی و شناخت

1. Creeswell, Kuiper & Power
2. Dowling, Moynihan & Genet
3. Taylor
4. Conway
5. Zoellner
6. Paunovic & Goranost
7. Power
8. Chemtob, Nakashima & Carlson

درمانی به ترتیب بیشترین تاثیر را داشتند (دویلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). کاربرد این روش در مورد افرادی که در دوران کودکی مورد سوء رفتار جنسی قرار گرفته و اکنون مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شده بودند، تأیید کرد که این روش در مقایسه با سایر روش های انفرادی درمان، موثرتر بوده و بر افسردگی و اضطراب نیز تأثیر مثبتی دارد (ادموند و روبین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). در یک پژوهش پیگیری، ۲۰ بیمار مبتلا به استرس پس از ضربه مزمن، با حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم مورد درمان قرار گرفتند. آزمودنی ها بوسیله مقیاس تشخیصی و مصاحبه بالینی قبل، بلافاصله، ۸ و ۳۵ ماه بعد از درمان ارزیابی شدند. ۵۵ درصد بلافاصله، ۶۵ درصد هشت و ۶۵ درصد سی و پنج ماه بعد از درمان علائم بیماری اصلی، بهبود یافته بودند (هوگبرگ، پاگانی و ساندین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). ۴ آزمودنی مبتلا به استرس پس از ضربه همراه با ناتوانی متوسط عقلانی با حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم، مورد درمان قرار گرفتند. علائم اختلال در همه کاهش یافت و این بهبودی در پی گیری ۳ ماهه تا ۲/۵ ساله نیز ادامه داشت، علاوه بر کاهش علائم افسردگی و شکایت های جسمانی کاهش و مهارت های انطباقی و اجتماعی آنها نیز بهتر شد (مویسن، لیوگود و جونک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).

در مورد روش بازگویی روان شناختی اختلاف نظر بیشتر است. سوزانا، جاناتا و وسیمون<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) آن را در پیشگیری استرس پس از ضربه موثر می دانند، اما قضاوت قطعی در مورد اثر درمانی آن را، به تحقیقات بیشتری موکول می کنند. نتایج برخی از پژوهش ها در مورد بازگویی روان شناختی، نشان می دهد که اثرات این روش درمانی طولانی نیست (امریک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). افسردگی همراه با استرس پس از ضربه، می تواند از طریق بازگویی، درمان شود، گرچه تداوم درمان در بلند مدت مورد تردید است (ون اتن و تیلور<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷)، لذا بررسی های بیشتری برای تأیید این روش درمانی بویژه در مورد بیماران مزمن لازم است (جاکوبز، هوم و جونز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴). درمان های روان شناختی و به ویژه بازگویی، به تفاوت های اجتماعی، فرهنگی و قومی ارتباط دارند (ریگل، جوزف و دیتگرو<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷).

کشور ایران با سوانح و حوادث گوناگونی از جمله زلزله روبرو است و افسردگی همراه با استرس پس از ضربه شیوع بالایی دارد. به دلیل این که اثر در مان های روان شناختی، به ویژه در مورد بیماران مزمن، قطعی نیست و مطالعه مداخله ای مشابهی نیز، صورت نگرفته و از طرف دیگر عوامل اجتماعی و فرهنگی، در این گونه درمان ها، اهمیت دارد، این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه اثر بخشی روش های فوق، در درمان افسردگی، برای افزایش اطلاعات روان شناسان و روان پزشکان و کمک به درمان این گونه بیماران، انجام شد.

## روش

با در نظر گرفتن هدف کلی این پژوهش، از روش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه با استفاده از ۳ گروه آزمایشی، استفاده شد. روش های مداخله ای به عنوان متغیر مستقل و افسرده خویی و افسردگی

1. Devilly
2. Edmond & Robin
3. Hogberg, Pagani & Sundin
4. Mevissen, lievegoed & Jongh
5. Suzana, Jonathan & Simon
6. Emmerik
7. Van Etten & Taylor
8. Jacobs, Horn & Jons
9. Regal, Joseph & Detegrov

اساسی، به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری این پژوهش را مراجعان مراکز چهارگانه سلامت روان محلی شهر بم و بروت راتشکیل دادند. (این مراکز خدمات روان شناختی، و مشاورهای ارائه می کنند). حجم نمونه، بر اساس  $\alpha = 5\%$  و حجم اثر  $d = 0.50$ ، توان آزمون  $0.90$  (احتمال خطای نوع دوم  $0.10$ ) برای هر یک از سه گروه آزمایشی ۱۸ نفر (جمعا ۵۴ نفر) در نظر گرفته شد (کوهن<sup>۱</sup>، ۱۹۸۶). به منظور نمونه گیری ابتدا مراجعانی که بر اساس تشخیص اولیه اولیه روان شناس، دچار علائم بیماری بودند و ملاک های ورودی مورد نظر را داشتند، انتخاب شدند. شرایط ورود شامل سن ۱۸ تا ۶۵، جنس مذکر، سطح تحصیلات سیکل به بالا و عدم سابقه درمان مرتبط با بیماری استرس پس از ضربه بود. در مرحله بعد، آزمون دیویدسون<sup>۲</sup>، اجرا و کلیه افرادی که دارای نمره بالای ۴۰ بودند، انتخاب شدند. سپس توسط روانشناس و براساس مصاحبه ساختار یافته چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup>، تشخیص قطعی صورت گرفت. به آزمودنی های داوطلب، اهداف کلی توضیح داده شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، برای کلیه افراد فاقد شرایط یا کسانی که مایل به شرکت در پژوهش نبودند، نتیجه ارزیابی توضیح داده و در صورت تمایل، جهت پیگیری به مشاور، روان شناس و روان پزشک ارجاع داده شدند. از کلیه داوطلبان نهایی، رضایت نامه ای جهت شرکت در تحقیق اخذ گردید و این نمونه گیری تا رسیدن به حجم مورد نظر ادامه یافت. آزمودنی ها، با توجه به نمره آزمون دیویدسون و براساس قرعه، در سه گروه قرار گرفتند (طرح بلوکی تصادفی). در مرحله بعد، تست میلون<sup>۴</sup> در مورد آنها اجرا شد و نمره افسردگی اساسی و افسرده خویی آنها محاسبه گردید. گروه اول تحت درمان بازگویی روان شناختی، ۷ جلسه در گروه های ۹ نفره در طول ۲ هفته، گروه دوم تحت درمان پردازش مجدد، ۸ جلسه بصورت انفرادی در طول ۲ هفته و گروه سوم تحت درمان مواجه سازی خیالی ۵ جلسه در مدت ۲ هفته، قرار گرفتند. آزمون میلون<sup>۳</sup>، پس از خاتمه درمان و سه ماه بعد در مورد آزمودنی ها اجرا و نمره افسردگی اساسی و افسرده خویی آنها محاسبه شد، تا مشخص شود اثر درمان در کدام گروه تداوم یافته است. از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر، برای بررسی تفاوت و مقایسه میانگین نمرات گروههای مورد بررسی و به منظور تعیین موثرترین روش، از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر است:

آزمون دیویدسون: این آزمون براساس علائم و ملاک های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تهیه و شامل ۱۷ سؤال است که آزمودنی براساس شدت علائم به هر سؤال نمره صفر تا ۵ می دهد. نقطه برش تست نمره ۴۰ است و افرادی که نمره بالاتری کسب کنند، به عنوان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شناخته می شوند (دیویدسون، ۱۹۹۷). روایی همزمان این آزمون با مصاحبه تشخیصی  $0.85$  بدست آمده است (چن<sup>۴</sup> و دیگران، ۲۰۰۱). ثبات درونی تست براساس آلفای کرونباخ  $0.87$  و پایایی تست براساس آزمون مجدد  $0.90$  گزارش شده است (چن و همکاران، ۲۰۰۳). به منظور بررسی روایی و پایایی آزمودنی دیویدسون در پژوهش حاضر، ابتدا سئوالات توسط ۲ روانپزشک و ۲ روانشناس بالینی ارزیابی و سپس بطور مقدماتی در مورد ۲۰ نفر از افراد مبتلا خارج از گروه نمونه اجرا و همسانی درونی آن  $0.83$  محاسبه شد و ضریب پایایی، پس از یک هفته و بر اساس آزمون مجدد  $0.75$  به دست آمد.

1. Cohen
2. Davidson
3. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder
4. Chen

آزمون میلون: آزمون بالینی چندمحوری میلون یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ سؤال بلی / خیر است که ۱۰ اختلال روانی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا، استفاده می‌شود. این آزمون براساس مدل آسیب‌شناسی روانی میلون (۱۹۸۳/۱۹۶۹) ساخته شده است و بعنوان یکی از پرکاربردترین آزمون‌های روانی شناخته می‌شود (میلون، ۱۹۹۷). روایی تشخیص مقیاس‌ها بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۹ محاسبه شده و خصیصه‌های عامل، نرخ پایه شیوع، حساسیت، ویژگی، توان پیش‌بینی مثبت و توان پیش‌بینی منفی و توان تشخیص کل به تفکیک براساس دسته‌بندی‌های تشخیصی نرخ پایه ۷۴ (اول یا دوم) نرخ پایه ۸۵ (اول) محاسبه شده است (شریفی، ۱۳۸۵). در این پژوهش از مقیاس‌های افسرده‌خویی و افسردگی اساسی، آزمون میلون استفاده شد. به منظور بررسی روایی و پایایی آزمون میلون در پژوهش حاضر، ابتدا سئوال‌ات توسط ۲ روانپزشک و ۲ روانشناس بالینی ارزیابی و سپس بطور مقدماتی در مورد ۲۰ نفر از افراد مبتلا خارج از گروه نمونه اجرا گردید و هماهنگی درونی آن ۰/۷۰ محاسبه شد، ضریب پایایی، پس از یک هفته و بر اساس آزمون مجدد ۰/۸۰ به دست آمد.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات به دست آمده در مقیاس افسرده‌خویی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی نمره افسرده‌خویی افراد تحت روش‌های درمانی مواجهه‌سازی خیالی، حساسیت‌زدایی و بازگویی روان‌شناختی در زمان‌های مختلف

روش درمانی	زمان		قبل از درمان		بلافاصله بعد از درمان		سه ماه بعد از درمان	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مواجهه‌سازی خیالی	۱۵/۳۳	۱/۲۴	۱۳/۳۹	۰/۷۰	۱۳/۹۴	۰/۶۴		
حساسیت‌زدایی	۱۵/۶۱	۱/۲۴	۱۱/۲۲	۱/۱۱	۱۲/۰۰	۱/۱۴		
بازگویی روان‌شناختی	۱۵/۵۰	۱/۲۰	۱۲/۶۱	۱/۳۸	۱۲/۵۶	۱/۳۴		

همانطور که در جدول بالا ملاحظه می‌شود، بیشترین کاهش نمرات افسرده‌خویی به ترتیب مربوط به روش‌های حساسیت‌زدایی، بازگویی و مواجهه‌سازی است.

به منظور تحلیل داده‌ها ابتدا با استفاده از آزمون کرویت موچلی، اعتبار مدل مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. آماره‌های آزمون کرویت موچلی برای اعتبار اثرات درون فردی بر افسرده‌خویی

W موچلی	$\chi^2$ تقریبی	درجه آزادی	p-مقدار	اپسیلن گرین‌هاوس گیزر
۰/۹۵۲	۲/۴۶۸	۲	۰/۲۹۱	۰/۹۵۴

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، با توجه به این که p-مقدار محاسبه شده (۰/۲۹۱) کمتر از سطح معنی‌دار ۰/۰۵ نیست، لذا دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه

تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسلین گرین هاوس-گیزر نشان می دهد ماتریس واریانس - کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد.

جدول ۳. آماره های آزمون اثر روش درمانی بر افسرده خویی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	مقدار p
روش درمانی	۴۴/۱۱۱	۲	۲۲/۰۵۶	۱۱/۸۶۱	P<۰/۰۰۰۱
خطا	۹۴/۸۳۳	۵۱	۱/۸۵۹		

در جدول تحلیل واریانس با توجه به این که p مقدار محاسبه شده در منبع تغییرات زمان، روش درمانی و زمان × روش درمانی، کمتر از سطح معنی دار ۰/۰۵ بدست آمد، در نتیجه اثر زمان، اثر روش درمانی و اثر متقابل زمان و روش درمانی بر افسرده خویی معنادار می باشد.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین های نمره افسرده خویی افراد تحت روش های درمانی مختلف

روش های درمانی	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	مقدار p
مواجه سازی خیالی با حساسیت زدایی	۱/۲۸	۰/۲۶۲	P<۰/۰۰۹
مواجه سازی خیالی با بازگویی روان شناختی	۰/۶۷	۰/۲۶۲	P<۰/۰۴۱
حساسیت زدایی با بازگویی روان شناختی	-۰/۶۱	۰/۲۶۲	P<۰/۰۷۱

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود، در مورد اثر روش درمانی، با توجه به آزمون تعقیبی بونفرونی می توان گفت که بین اختلال افسرده خویی افراد تحت روش درمانی مواجه سازی خیالی با روش های درمانی حساسیت زدایی و بازگویی روان شناختی تفاوت معنادار وجود دارد، اما بین افسرده خویی افراد تحت روش های درمانی حساسیت زدایی و بازگویی روان شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد.

میانگین و انحراف معیار نمرات به دست آمده در مقیاس افسردگی اساسی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آماره های توصیفی نمره افسردگی اساسی افراد تحت روش های درمانی مواجه سازی خیالی، حساسیت زدایی و بازگویی روان شناختی در زمان های مختلف

روش درمانی	زمان	قبل از درمان	بلافاصله بعد از درمان	سه ماه بعد از درمان	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مواجه سازی خیالی		۱۳/۷۸	۱/۱۱	۱۰/۱۷	۰/۳۸
حساسیت زدایی		۱۴/۰۶	۰/۸۰	۱۰/۷۲	۱/۲۳
بازگویی روان شناختی		۱۳/۶۷	۱/۰۸	۱۱/۳۳	۱/۶۴

ابتدا با استفاده از آزمون کرویت موجلی اعتبار مدل مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۶. آماره‌های آزمون کرویت موچلی برای اعتبار اثرات درون‌فردی بر افسردگی اساسی

W موچلی	$\chi^2$ تقریبی	درجه آزادی	p-مقدار	اپسیلن گرین‌هاوس
۰/۹۷۹	۱/۰۴۲	۲	۰/۵۹۴	۰/۹۸۰

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با توجه به این که مقدار p محاسبه شده (۰/۵۹۴) کمتر از سطح معنی‌دار ۰/۰۵ نیست، لذا دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسیلن گرین‌هاوس-گیزر نشان می‌دهد ماتریس واریانس-کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد.

جدول ۷. آماره‌های آزمون اثر روش درمانی بر افسردگی اساسی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	مقدار p
روش درمانی	۸/۰۳۷	۲	۴/۰۱۹	۲/۰۷۲	$P < ۰/۱۳۶$
خطا	۹۸/۹۰۷	۵۱	۱/۹۳۹		

در جدول تحلیل واریانس با توجه به این که مقدار p محاسبه شده فقط در منبع تغییرات زمان و زمان × روش درمانی کمتر از سطح معنادار ۰/۰۵ است، در نتیجه اثر زمان و اثر متقابل زمان و روش درمانی بر افسردگی اساسی معنادار می‌باشد. اما اثر روش درمانی بر افسردگی اساسی معنی‌دار نیست یعنی بین افسردگی اساسی افراد تحت روش‌های درمانی مواجهه‌سازی خیالی، حساسیت‌زدایی، و بازگویی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۷).

## بحث

بعد از حوادثی مانند زلزله، مداخلات روانی اجتماعی قابل توجهی صورت می‌گیرد، اما بسیاری از بیماران مبتلا به استرس پس از ضربه مزمن، فراموش می‌شوند، گرچه این بیماری، تا چند دهه بعد از حادثه آسیب‌زا دیده می‌شود (اندروز و دیگران، ۲۰۰۷). شیوع زیاد اختلال استرس پس از ضربه (هوکسیما، ۲۰۰۱) و روند مزمن شدن آن (هاوی و پائولز، ۲۰۰۰) و همراهی با سایر بیماری‌ها (کریمر، ۲۰۰۱ و کنستانت، لینکف و مک‌کارتی، ۱۹۹۷)، این اختلال و بیماری‌های همراه آن را مورد توجه قرار داده است. این پژوهش نشان داد که بین اختلال افسرده‌خویی افراد تحت روش درمانی مواجهه‌سازی خیالی با روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی و بازگویی روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود دارد، اما بین افسرده‌خویی افراد تحت روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی و بازگویی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد. در واقع هر سه روش موثرند، اما اثر مواجهه‌سازی بیشتر از دو روش دیگر است و بازگویی و حساسیت‌زدایی تفاوت معناداری ندارند. تحقیقات کمی در مورد بیماران مزمن انجام شده است. اکثر پژوهش‌ها نشان دادند که افسردگی از شایع‌ترین بیماری‌های همراه استرس پس از ضربه است (ساوت و یک<sup>۱</sup> و دیگران، ۱۹۹۱ و کسلر و دیگران، ۱۹۹۵). گرچه پژوهش‌هایی نیز نشان داده که مواجهه‌سازی می‌تواند افسردگی را کاهش



دهد (زولنر و دیگران، ۲۰۰۳) ولی برخی دیگر از تحقیقات تفاوتی بین این روش و سایر روش ها قائل نیست (پانویک و گورانوست، ۲۰۰۱، پاورز و دیگران، ۲۰۱۰). این پژوهش نشان داد که مواجهه سازی خیالی از سایر روش ها موثر تر است و اثر آن در بلند مدت حفظ می شود. در مورد بازگویی اختلاف نظر بیشتر است (امریک، ۲۰۰۲ و سوزانا، جاناناتان و سیمون، ۲۰۰۱). پژوهش هایی تاثیر بلند مدت این روش را مورد تردید قرار دادند (ون اتن و تیلور، ۲۰۰۷) اما پژوهش کنونی آن را موثر می داند. در مورد بازگویی روان شناختی، به دلیل گروهی بودن آن، تاثیرات فرهنگی و اجتماعی مهم است و شرکت در جلسات گروهی برای برخی از افراد، ممکن است چندان خوشایند نبوده و تاثیر مثبتی به همراه نداشته باشد (ریگل، جوزف و دیتگرو، ۲۰۰۷). این تحقیق تاثیر مثبت بازگویی را مورد تأیید قرار داد. در فرهنگ ایرانی ارتباطات اجتماعی قوی، توجه و کمک به یکدیگر اهمیت زیادی دارد، لذا جلسات گروهی و گوش دادن به مشکلات دیگران به ویژه اگر مشابه باشند، موثر است. در فرهنگ ما مردان به عنوان افراد مقاومی شناخته می شوند که نباید گریه کنند یا ناراحتی خود را ابراز و در باره آن حرف بزنند. اغلب افراد شرکت کننده در بازگویی نیز اظهار داشتند که هنوز تحت تاثیر آثار مخرب زلزله قرار دارند، ولی سعی می کنند، مشکلات خود را انکار و درباره آن صحبت نکنند. بازگویی روان شناختی، صحبت کردن در مورد وقایع ناگوار است و تاثیر مهمی در پیشگیری و درمان دارد. افرادی که قادر به بیان حوادث ناگوار نبودند، دچار مشکلات بیشتری شدند، ولی با صحبت، بهبود یافتند (جاکوب، هورن و جونز، ۲۰۰۴). روش حساسیت زدایی می تواند در بهبود افسردگی موثر باشد (ادموندورابین، ۲۰۰۴ و مویسن، لیوگود و جونک، ۲۰۱۰) و با علائم مرتبط با آن را کاهش دهد (چمتوب، ناکاشیما و کارلسون، ۲۰۰۲). پژوهش حاضر نیز این تاثیر را تأیید کرد. گرچه این روش نسبتاً جدید بوده و مورد استفاده وسیعی قرار نگرفته است. بنابراین افسرده خویی همراه استرس پس از ضربه مزمن، با این روش قابل درمان است و در پیگیری دوام دارد. اما این موضوع که آیا این بیماری به طور مستقیم درمان شده یا ناشی از درمان استرس پس از ضربه بوده هنوز جای بحث دارد. اما در مورد افسردگی اساسی هیچ یک از روش های مورد بررسی، موثر نبود. از آنجایی که این بیماری شدید بوده و منشاء وراثتی دارد، عدم تاثیر آن قابل توجیه است، بعلاوه ممکن است زمینه افسردگی اساسی در افراد وجود داشته که در اثر حوادثی مانند زلزله تشدید و یا آشکار شده باشد. به طور کلی هر سه روش درمانی با توجه به ویژگی های اجتماعی، فرهنگی ایران می توانند در درمان افسرده خویی همراه اختلال استرس پس از ضربه مزمن موثر باشند و به علت میزان بالای سوانح در ایران، باید به متخصصان بهداشت روان، آموزش داده شوند، تا در مواقع ضروری مورد استفاده قرار گیرند. از محدودیت های این پژوهش استفاده از آزمودنی های مذکر جهت هم‌تاسازی بود. این تحقیق در مورد بیماران مزمن شهر بم انجام شد، که علت اصلی اختلال آنها، ناشی از زلزله بود، لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. به دلیل اینکه بیماران مزمن کمتر مورد توجه قرار می گیرند، پیشنهاد می شود که مطالعات دیگری در مورد روش های درمانی مرتبط با بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه مزمن، ناشی از علل دیگر، انجام شود تا امکان مقایسه و تعمیم بیشتر، میسر گردد.

- شریفی، علی (۱۳۸۵). راهنمای آزمون میلون ۳. تهران: ویرایش.

- **Andrews, B., Brewin, C.R., Philpott, R., Stewart, L.(2007).** *Delayed onset Posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence.* Am J Psychiatry;164:1319–1326.
- **Chemtob, C.M. , Nakashima, J., Carlson, J.G.(2002).** *Brief treatment for elementary school children with disaster – related PTSD: a field study.* J Clin Psycho ;58 (1): 99-112.
- **Chen, CH., Shen, WW., Tan, HK.(2003).** *The validation study and application of stratum specific likelihood ratio in the Chinese version of SPAN.* Comp Psychiatry;44,78–81.
- **Chen, CH.,Lin, SK.,Tang, HS.(2001).** The Chinese version of the Davidson trauma scale. Psychiatry Clin Neurosci ;55, 493 – 9.
- **Cohen,J.(1986).***Statistical power analysis for the behavioral sciences.* NewYork:Academic Press ;pp123-129.
- **Constans, J. I., Lenhoff, K. , McCarthy, M.(1997).***Depression Sub typing in PTSD Patients,* Annals of Clinical Psychiatry;Vol. 9, No. 4.
- **Conway, K.P., Compton, W., Stinson, FS., Grant, B.F.(2006).** *Lifetime co morbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.* J Clin Psychiatry ;67:247–257.
- **Creamer, M., Burgess, P., McFarlane, A.C., et al.(2001).** *Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian national survey of mental health and well-being.* Psychol Med; 31:1237\_1247.
- **Cresswell, C.M., Kuiper, L., Power, M.J.(1992).** *Social networks and support in long- term psychiatric patients.* Psychological Medicine ;22,1019-1026.
- **Davidson, J.R.,Book, S.W.,Col Ket, J.T.(1997).** *Assessment of a new self-rating scale for PTSD.* Psychol Med ;27,153 – 60.
- **Deahl, M. P., Srinivasan, M,Jones, N., Thomas, J., Neblett, C.(2000).** *Preventing psychological trauma in soldiers. The role of operational stress training and psychological debriefing.* British Journal of Medical Psychology ;73, 77–8.
- **Devilly, G.J.(2002).** *EMDR: A chronology of its development and scientific standing.* Scientific Review of Mental Health Practice ; 1,113 – 118.
- **Dowling, F. G., Moynihan, G., Genet, B. (2006).***A peer-based assistance program for officers with the New York City Police Department: report of the effects of Sept. 11, 2001.* American Journal of Psychiatry;63, 151–153.
- **Edmond ,T.,Robin, A.(2004).**Assessing the long term effects of EMDR:results from an 18 month follow up study with adult survivors of child sexual abuse, Child Sex Abuse ;13(1):698\_714.
- **Emmerik, A. v.(2002).** *Single session debriefing after psychological trauma: a metaanalysis.* The Lancet ;7,360\_379.
- **Harvey,J.H.,Pauwels, B.G.(2000).** *Post traumatic stress theory.* Philadelphia P.A. Brunner Mazel;pp56-67.

- **Hoeksema, S.N. (2001).** Abnormal psychology. Mc Grow- Hill inc; pp56-62.
- **Hogberg, G., Pagani, M., Sundin, O. (2008).** *Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: Outcome is stable in 35-month follow-up*, Psychiatry Research ;159 ,101–108.
- **Jacobs, J., Horn, H.L., Jons, R. (2004).** *The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims*, Int J Emerg Ment Health ;6(1):5\_14.
- **Kaplan, B.J., Sadock, A.V. (2007).** Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins ;pp36-39.
- **Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995).** *Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey*. Arch Gen Psychiatry ; 52,1048-1060.
- **Mevissen, L. , Lievegoed, R. ,De Jongh, A. (2010).** *EMDR treatment in people with mild ID and PTSD cases*, Psychiatr; Springer on line.
- **Million, T. (1997).** Millon clinical multiaxial inventory\_III manual (2 nd ed) Minneapolis, MN: National computer system; 254-260.
- **Paunovic, N., Goranost, L. (2001).** *Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees*, Behaviour Research and Therapy; 39 ,1183–1197.
- **Powers, M.B., Halpern, J.M., Ferenschak, M.P., et al. (2010).** *A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder*, Clinical Psychology Review ;30 , 635–641.
- **Regel, S., Joseph, S., Detegrov, A. (2007).** *Psychological debriefing in cross cultural context*, Int J Emerg Ment Health; 9.37\_45.
- **Reist, C., Kauffman, C.D., Jaier, R.J., et at (1989).** *A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder*. Am J Psychiatry; 146,513-516.
- **Southwick, S.M., Yehuda, R., Gilier, E.L., et al. (1991).** *Characterization of depression in war-related posttraumatic stress disorder*. Am J Psychiatry; 148(2):179-183.
- **Suzanna, R.O., Jonathan, B.I., Simon, W.E. (2001).** *Psychological debriefing for preventing traumatic stress disorder*. Cochrance Database Syse Rev; 15,560\_578.
- **Taylor, S., Gordon, J.G., Asmundson, R., et al. (2005).** *Nicholas Carleton simple versus complex PTSD: A cluster analytic investigation 2005*, Journal of Anxiety Disorders ; 20 ,459–472.
- **Van Etten, M. L., Taylor, S. (2007).** *Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis*. Clinical Psychology & Psychotherapy ;2,45\_56.
- **Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Cochran, B., Pruitt, L. (2003).** *Treatment choice for PTSD*. Behaviour Research and Therapy ;41 ,879–886.