

اثر بخشی رفتار درمانی شناختی در درمان افسردگی و اضطراب تعمیم یافته

همسران شاهد و ایثارگر استان گیلان

دکتر بهمن اکبری^۱

چکیده پژوهش

پژوهش حاضر به بررسی اثر بخشی رفتار درمانی شناختی در درمان افسردگی و اضطراب تعمیم یافته همسران شاهد و ایثارگر استان گیلان پرداخته است. به همین منظور به شیوه نمونه گیری در دسترس (غیر تصادفی) تعداد ۳۲ نفر از مبتلایان اضطراب تعمیم یافته و افسردگی در دو گروه آزمایشی و کنترل بطور جایگزینی تصادفی گمارده شدند. طرح حاضر از جمله طرحهای نیمه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود و ابزار گرد آوری اطلاعات مصاحبه بالینی و پرسشنامه های افسردگی بک و اضطراب زونگ بوده است. نتایج آزمون t برای دو گروه مستقل، نشان داد که بین نمرات پیش آزمون در سطح آلفای ۰/۰۱ تفاوت از لحاظ آماری معنا دار می باشد ولی در گروه کنترل این تفاوت معنادار نبوده است و این ناشی از مؤثر بودن روش درمان فوق در اضطراب تعمیم یافته و افسردگی می باشد.

کلیدواژه ها: رفتار درمانی شناختی - افسردگی - اضطراب تعمیم یافته - همسران

شاهد و ایثارگر

مقدمه

امروزه رویکرد رفتار درمانی شناختی بیش از همه در درمان افسردگی و اضطراب مورد ارزیابی واقع شده و اثر آفرین بوده است. رفتار درمان شناختی در کامل ترین مفهوم خود در برگیرنده آمیزه پیچیده ای از فنون شناختی- رفتاری است، این فنون تا حدی شامل شیوه های مداخله درمانی است که توسط افرادی چون لونیسون^۱، کراس کاپ^۲، رم^۳، آبرهام سون^۴، سلیگمن^۵ (۱) مورد استفاده قرار گرفته است.

۱. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی رشت

آدرس: رشت - جاده لاکان - پل تالشان - گروه روانشناسی - دانشگاه آزاد اسلامی

1- Levenson

2-Crass kap

3-Rem

4- Aberham son

5- Seligman

سیمونز^۱ و همکاران (۲) دریافتند که بیمارانی که از خزانه مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری شناختی خوبی برخوردارند، در مقایسه با بیمارانی که فاقد چنین خزانه‌ای هستند، سریعتر و کاملتر به رفتار درمانی شناختی پاسخ نشان می‌دهند و علت این امر شاید این باشد که منطق درمان را راحت‌تر می‌پذیرند و دلیل دیگر آنکه در مورد این بیماران به جای آموزش رفتارهای انطباقی کاملاً جدید سعی می‌شود به فعال‌سازی مجدد مهارت‌های موجود که بر اثر افسردگی آسیب دیده‌اند، اکتفا شود. (۲) باتلر^۲ (۳) دریافت که بیماران مبتلا به اضطراب تعمیم یافته‌ای که آموزش کنترل اضطراب دیده بودند در مقایسه با افسردگی و کنترل که نام آنها در فهرست انتظار بود، بهبود بیشتری در حد معنی‌دار پیدا کردند و این بهبود را تا شش ماه پیگیری حفظ کردند.

بارلو^۳ و همکاران (۴) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی شناختی همراه با آرام‌سازی و بیوفیدبک باعث بهبودی اختلال پانیک و اضطراب تعمیم یافته می‌شود. رفتار درمانی شناختی (CBT)^۴ در درمان اختلالات عاطفی، اختلالات اضطرابی و طیف وسیعی از سایر اختلالات بالینی مورد استفاده بوده است. بسیاری از مؤلفین به این نتیجه رسیده‌اند که مراجعین درمان شده CBT نسبت به گروه کنترل بهبودی بیشتری داشته‌اند و تأثیر برتر و یا حداقل مساوی با سایر روش‌های درمانی داشته است (۵) مایکوسن^۵ و همکاران طی تحقیقی، ترکیبی از روش‌های رفتار درمانی شناختی به تنهایی، و رفتار درمانی شناختی به همراه آموزش آرام‌سازی را در درمان حملات اضطرابی پانیک بکار بردند و بیماران ۱۳ جلسه درمانی را بصورت گروهی دریافت نمودند. تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که بیماران در زمینه شدت حملات پانیک، ترس و اضطراب، افسردگی و کاهش علائم و بهبودی قابل ملاحظه‌ای را از خود نشان دادند.

رابسون^۶ و دیگران (۶) ۵۷ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته را در دو گروه درمانی CBT و BT^۷ قرار دادند. درمان حدود ۱۲-۴ جلسه طول کشید. ارزیابی انجام شده در قبل و بعد از درمان و نیز شش ماه بعد، نشانگر برتری آشکار CBT بر BT بوده است. این برتری در ملاک‌های اضطراب، افسردگی و شناخت‌های منفی مشخص شد همچنین در

1 - Semonse
2 - Batler
3- Barlow
4- Cognitive
5- Maykson
6- Rabson
7- Black Burn

گروه CBT برخلاف BT افت و ترک درمان مشاهده نگردید. (۶)

کارایی درمانهای شناختی، در مورد بیماران افسرده، به فراوانی مورد پژوهش قرار گرفته است. (۸-۶). این مطالعات نشان داده اند که در درمان افسردگی این روشهای درمانی تأثیر برابر یا حتی بیشتر از درمان با داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای دارند. برخی شواهد نیز میزان علائم افسردگی را نسبت به درمان دارویی کمتر نشان می دهد (۱) در مطالعه اسکات^۱ (۱۹۹۶) بیماران افسردگی، که تحت رفتار درمانی شناختی قرار گرفته بودند در مقایسه با بیمارانی که هیچ گونه درمانی دریافت نکرده بودند، نشانه های بهبودی قابل ملاحظه ای را از خود نشان دادند. بک و امری (۷) به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی شناختی در کاهش علائم افسردگی بیمارانی که به کلینک های روانشناختی مراجعه کرده بودند، در حد معنی داری مؤثر بوده است، در مطالعه دیگر ۱۶۲ بیمار افسرده که با علائم و نشانه های اختلال شخصیت در جریان رفتار درمانی شناختی قرار گرفتند، در مقایسه نمرات پیش آزمون از شدت علائم آنها کاسته شده است (۷)

بلاک^۲، بالت^۳ نیز از تکنیک های توجه برگردانی، شمارش افکار و مورد سؤال قرار دادن افکار ناخوشایند منفی، برای درمان افسردگی استفاده نموده اند. نتایج نشان داد که بیماران بعد از فرایند درمانی، افکار مثبت بیشتری را گزارش دادند و سازگاری مؤثری با محیط پیدا نمودند (۱).

کلارگ^۴، و هاردی^۵ و دیگران به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی شناختی در درمان افسردگی نقش مؤثر دارد. آنها دریافتند که بیماران افسرده در مقایسه با گروههای کنترل، بهبودی قابل ملاحظه ای داشتند و از شدت علائم آنها کاسته شده است (۹).

با توجه به شواهد فوق پژوهش حاضر با اهداف ارزیابی مجدد اثر بخشی رفتار درمانی شناختی در افسردگی و اضطراب تعمیم یافته بر روی همسران شاهد استان گیلان پرداخته است.

جامعه آماری، نمونه و شیوه نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش کلیه همسران شاهد و ایثارگر استان گیلان می باشند که در سال ۸۴-۸۵ جهت مشاوره به مرکز مشاوره بنیاد مراجعه کرده بودند. تعداد ۳۲ نفر از

1 - Scatte
2 - Bellak
3 - Balte
4 - Calark
5 - Hardy

مبتلایان که ۱۶ نفر آنان به اختلال افسردگی و ۱۶ نفر دیگر به اضطراب تعمیم یافته بصورت نمونه گیری در دسترس (غیر تصادفی) در دو گروه هشت نفری آزمایش و کنترل بصورت جایگزینی تصادفی گنجانده شدند و طول مدت درمان حداقل شش ماه بوده است. پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب مشارکت و همکاری آنها با استفاده از مصاحبه بالینی و پرسشنامه های افسردگی بک و زونک افراد نمونه انتخاب شدند و دامنه سنی آنها از ۲۰ تا ۵۰ سال بود. طرح حاضر، بصورت طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بوده است و سعی بر آن بود که اثر بخشی تکنیک شناختی - رفتاری را در درمان اضطراب تعمیم یافته و افسردگی مورد آزمون قرار دهد. اندازه گیری در دو مرحله بصورت پیش آزمون و پس آزمون انجام شد و طول مدت درمان ۱۲ جلسه برای هر گروه بطور جداگانه بوده است.

ابزار پژوهش

۱- مصاحبه بالینی: به منظور تشخیص بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته و افسردگی مصاحبه کامل روانی بعمل آمد. این مصاحبه نیمه سازمان یافته بر مبنای ملاک DSM-IV بوده و شامل گرفتن تاریخچه بیماری و آزمایش وضعیت روانی با استفاده از الگوی مصاحبه جامع روان پزشکی و ارزیابی رفتاری بود. (۱۰).

۲- مقیاس خود سنجی اضطراب زونگ:

این مقیاس توسط ویلیام زونگ در سال ۱۹۷۰ ابداع شده و شامل ۲۰ سؤال که شدت علائم اضطرابی را می سنجد می باشد، هر سؤال چهار سطح درجه بندی دارد و بصورت هیچ وقتی، خیلی کم، گاهی اوقات و بیشتر اوقات می باشد و نمره گذاری آن بصورت ۱ و ۲ و ۳ و ۴ می باشد. برای محاسبه پایایی مقیاس اضطراب زونگ از روش انسجام که میزان همبستگی درون یا تجانس سؤالات را مورد بررسی قرار می دهد استفاده شده است. تحلیل آماری ضریب انجام حدود ۰/۸۴ را نشان می دهد که بیانگر پایایی بسیار بالای این مقیاس می باشد (۱۱) ضریب پایایی پرسشنامه مذکور را به روش آلفای کرونباخ حدود ۰/۷۸ گزارش داده است.

۳- پرسشنامه افسردگی بک

این مقیاس در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است و هر ماده دارای چهار جمله است افسردگی را از کم به زیاد نشان می دهد. هدف این پرسشنامه آشکار ساختن علائم شدت افسردگی می باشد و بر محتوای شناختی افسردگی بیشتر تأکید می کند. بک همبستگی کلی سؤالات را حدود ۰/۳۱ تا ۰/۶۸

گزارش کرده است و همبستگی کلی سؤاها با ضریب همبستگی اسپیرمن - براوان در حدود ۰/۹۳ گزارش شده است. گویگز با استفاده از روش کودر - ریچاردسون همبستگی نمرات دوبار اجرای این آزمون را با فاصله یکماه ۰/۷۸ و با فاصله سه ماه ۰/۷۴ و برای ۵۰ بیمار روانی با فاصله سه هفته ۰/۴۸ گزارش کرده است. (۱۱)

روش آماری

در این پژوهش علاوه بر آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار از آمار استنباطی نظیر آزمون t استیودنت برای دو گروه مستقل جهت تعیین اثر بخشی رفتار درمانی شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است.

یافته ها

چنان که از جدول شماره یک مشاهده می شود میانگین اختلال افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۴۴/۲۵ و ۲۳/۳۷ و انحراف استاندارد آن به ترتیب ۵/۵۹ و ۱۵/۳۵ می باشد که بیانگر تفاوت معنادار بین میانگین ها و انحراف استاندارد آنها در پیش آزمون و پس آزمون می باشد.

جدول شماره دو نیز بیانگر آن است که میانگین اختلال اضطراب تعمیم یافته در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۴۵/۵۰ و ۵۸/۶۲ و انحراف استاندارد ۱۰/۰۲۸۵ و ۲/۳۲۶۱ می باشد که بیانگر تفاوت معنادار بین میانگین ها و انحراف استاندارد آنها در پیش آزمون و پس آزمون می باشد.

آن گونه که از جدول سه ملاحظه می شود چون t محاسبه شده بزرگتر از t جدول در سطح آلفای ۰/۰۱ می باشد فرضیه صفر رد می شود و نتیجه گرفته می شود که بین میانگین های دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. عبارت دیگر بین میانگین در پیش آزمون و پس آزمون در متغیر افسردگی تفاوت معنادار وجود داشته و این بیانگر آن است که رفتار درمانی شناختی در درمان افسردگی مؤثر بوده و پس از اعمال آن از میزان افسردگی گروه مورد مطالعه کاسته شده است و این تفاوت ناشی از شانس و تصادف نمی باشد و ناشی از اعمال متغیر مستقل بوده است.

همچنین نتایج جدول چهار نشان می دهد چون t محاسبه شده در گروه کنترل کوچکتر از t جدول در سطح آلفای ۰/۰۱ می باشد بنابراین فرضیه صفر رد نمی شود و نتیجه می گیریم که بین میانگین های دو جامعه مورد تفاوت معناداری وجود ندارد و تفاوت ظاهری مشاهده شده ناشی از شانس و تصادف است و این عدم تفاوت از لحاظ آماری معنادار است. اما در گروه آزمایش چون t محاسبه شده بزرگتر از t جدول در سطح

معناداری ۰/۰۱۴ می باشد بنابراین فرضیه صفر رد می شود و نتیجه می گیریم که بین میانگین ها در جامعه مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود دارد و این بیانگر آن است که تکنیک شناختی- رفتاری در درمان افسردگی مؤثر بوده و این تفاوت ناشی از اعمال متغیر مستقل بوده است.

نتایج جدول پنج نشان می دهد که چون t محاسبه شده بزرگتر از t جدول در سطح آلفای ۰/۰۱ می باشد فرضیه صفر رد می شود و نتیجه می گیریم که بین میانگین های دو گروه با هم تفاوت معنادار وجود دارد. بعبارت دیگر بین میانگین های پیش آزمون و پس آزمون در متغیر اضطراب تفاوت معناداری وجود داشته و این بیانگر آن است که رفتار درمانی شناختی در درمان اضطراب مؤثر بوده و پس از اعمال آن از میزان اضطراب کاسته شده است و این تفاوت از شانس و تصادف نمی باشد بلکه ناشی از اعمال متغیر مستقل بوده است.

نتایج جدول ۶ نیز نشان می دهد چون t محاسبه شده در گروه کنترل کوچکتر از t جدول در سطح ۰/۰۱ می باشد بنا بر این فرضیه رد نمی شود و نتیجه می گیریم که بین میانگین های دو جامعه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد و تفاوت ظاهری مشاهده شده ناشی از شانس و تصادف است و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است اما در گروه آزمایش چون t محاسبه شده بزرگتر از t جدول در سطح معنادار ۰/۰۱ می باشد بنابراین فرضیه صفر رد می شود و نتیجه می گیریم که بین میانگین ها در جامعه مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود دارد و این بیانگر آن است که رفتار درمانی شناختی در درمان اختلال اضطراب مؤثر بوده و تفاوت مشاهده ناشی از شانس و تصادف نمی باشد بلکه ناشی از اعمال متغیر مستقل در پس آزمون بوده است.

جدول ۱: مشخصه های آماری گروههای مورد مطالعه در میزان افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون گروه

آزمایش

شیوه اجرا	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
افسردگی پیش آزمون	۴۴/۲۵	۸	۵/۵۹۹۷	۱/۹۷۹۸
افسردگی پس آزمون	۲۳/۳۷	۸	۱۵/۳۵۲۴	۵/۴۲۷۹

جدول ۲: مشخصه های آماری گروههای مورد مطالعه در میزان اضطراب تعمیم یافته در پیش آزمون و پس

آزمون گروه آزمایش

شیوه اجرا	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
افسردگی پیش آزمون	۴۵/۵۰	۸	۱۰/۰۲۸۵	۳/۵۴۵۶
افسردگی پس آزمون	۵۸/۶۲	۸	۳/۲۶۱	۰/۸۲۲۴

جدول ۳: خلاصه آزمون t استیودنت برای دو گروه مستقل آزمایش و کنترل در اختلال افسردگی

سطح معناداری	درجه آزادی	t	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	گروهها	
۰/۰۱	۳	۱/۳۹۱	۵/۳۹۲۹	۱۰/۷۸۵۸	۷/۵۰	افسردگی پیش آزمون	گروه کنترل
۰/۰۱	۳	۴۰/۱۴۶	۱/۸۸۷۵	۳/۷۷۴۹	۳۴/۲۵	افسردگی پس آزمون	گروه آزمایشی

جدول ۴: خلاصه آزمون t استیودنت اختلال اضطراب تعمیم یافته در پیش آزمون و پس آزمون

سطح معناداری	درجه آزادی	t	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	اختلال
۰/۰۱	۷	-۳/۵۹۹	-۲۱/۶۴۷۱	۱۰/۳۱۵۶	-۱۳/۱۲۵۰	اضطراب پیش آزمون
						اضطراب پس آزمون

نتایج

هر چند که پژوهش حاضر در پی بررسی اثر بخشی روش شناختی - رفتاری در درمان اختلال اضطراب تعمیم یافته و افسردگی بوده است ولی بعلت وجود مبانی نظری و پژوهشی محقق قصد داشته در راستای یافته های پژوهشهای گذشته فرضیه اثر بخشی روش درمان اختلال افسردگی و اضطراب تعمیم یافته را مورد بررسی قرار داده و در نهایت روش مناسبی را برای درمان اختلالات یاد شده ارائه دهد و به همین جهت دو فرضیه در خصوص اثر بخشی روش رفتار درمانی شناختی در درمان اضطراب تعمیم یافته و افسردگی مطرح شد که در دو فرضیه مورد تأیید قرار گرفت بعنوان مثال، یافته های پژوهش حاضر در درمان اضطراب تعمیم یافته مطابق، با یافته های پژوهش گذشته بعنوان متصل (۱۱) می باشد و این مطلب نشان دهنده است که روش رفتار درمانی شناختی در درمان اضطراب تعمیم یافته و کاهش علائم دراز مدت آن بعنوان یک روش درمانی غیر دارویی دارای کاربرد اثر بخش فراوان است.

همچنین که یافته های پژوهش در خصوص اثر بخشی روش شناختی - رفتاری در

درمانی افسردگی مطابق با یافته‌ها پژوهش گذشته برای مثال (۱) می‌باشد. این مطلب بیانگر آن است که رفتار درمانی شناختی بعنوان یک روش درمان مؤثر و اثر بخش در کاهش علائم افسردگی و درمان آنها در دراز مدت کاربرد فراوان دارد عبارت دیگر رفتار درمانی شناختی در کاهش علائم اضطرابی و افسردگی همسران شاهد و ایثارگر در هر یک از پرسشنامه‌های افسردگی بک و اضطراب زونگ به شیوه یکسانی عمل کرده و باعث کاهش علائم اضطرابی افسردگی در آنها شده است. البته اثرات درمانی روشهای رفتار درمانی شناختی با ایجاد توانایی در بیمار و درمانجویان که کنترل علائم جسمی و روان اضطراب کنترل افکار اتوماتیک در بیماران افسرده، کنترل رفتارهای پرخاشگرانه بعلت رشد خود کنترلی از یک سو، و افزایش مهارتهای ارتباطی و سازگاری آنها از سوی دیگر مؤثر بوده است.

همچنین نتایج بیانگر آن است که گروه کنترل از این که پژوهش هیچ گونه دخالت درمانی در آنها صورت نگرفته است اندکی کاهش علائم را نشان داده و این تفاوت آن قدر نمی‌باشد که از لحاظ آماری معنادار باشد. شاید این امر افزایش تلقین و یادگیری و یا دیگر روشها و تسکین خاطر نظیر مراقبه، آرامسازی و ... باشد. بنابراین روش رفتار درمانی شناختی می‌تواند باعث کاهش علائم افسردگی و اضطراب افراد مبتلا شود و این روشها و فنون مختص به یک جامعه و فرهنگ نمی‌باشد و می‌توان آن را با در نظر گرفتن زیر بنای فرهنگی و منطبق نمودن با آنها در جوامع مختلف به کار بست.

منابع

۱. قاسم زاده، حبیب الله. رفتار درمان شناختی (راهنمایی کاربردی در درمان اختلالات روانی) تهران، انتشارات ارجمند، ۱۳۷۶.
2. Baeck. A. T. Emery, G. Anxiety disorder and phobias. A cognitive Perspective, New York, Basic books, 1985.
3. Butler, G. Cognitive Conceptualization in general; anxiety paper prevented at symposium, cognitive therapy with adult psychological disorder: A clinical update, university of oxford, 1987.
4. Barlow, D.H. Panic and generalized anxiety disorder. Nature and treatment Journal of Behavior Therapy, 1984, Vol. 15. PP. 431-449.
5. Hollon, S.D, and Kriss. M.R. Cognitive Factors in clinical research and practice. Clinical Psychology Review, 1984, 4, 35-76.

۶. لک، احمد (.) اثر بخشی تکنیک شناختی رفتاری در درمان حملات پانیک همراه یا بدون گذر هراسی، پایان نامه کارشناسی ارشد، انیستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۲.
7. Beck, A. T, Rush, Aj, show, B. F. and Emery, G .Cognitive Therapy of depression. Guilford, New York. (Paper back edition: 1987)
8. Blackburn, IM. Etc. Coping with depression chambers, Edinburgh, 1987.
9. Calark DM, Beck A. Cognitive therapy for Anxiety disorders, Guilford Press, New York, 2009: page 350.
۱۰. کاپلان، هارولد، سادوگ، بنیامین. خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرت الله پورافکاری، انتشارت ذوقی تبریز، ۱۹۸۷.
۱۱. ابوالقاسمی، شهنام (.) اثر بخشی رفتار درمانی شناختی ، دارویی و پلاسیبو در درمان اضطراب تعمیم یافته. رساله دکتری واحد علوم و تحقیقات تهران، ۱۳۸۲.

Archive of SID