

مقایسه اثر بخشی روش‌های درمان شناختی-رفتاری بک و درمان رفتاری مبتنی بر الگوی لویسنس و تعامل آن با مکان کنترل در کاهش افسردگی

دکتر محمد نریمانی*

چکیده:

افسردگی از شایعترین مشکلات روانی افراد است. به طوری که حدس زده می‌شود ۷۵٪ افرادی که در مؤسسات درمانی بستری می‌شوند، دچار افسردگی هستند. این میزان بالای بروز افسردگی، باعث شده است که روش‌های درمانگری متعددی مانند درمانهای شناختی و رفتاری پدید آید. در مطالعه حاضر نیز سعی شده است که اثربخشی درمانگریهای شناختی و رفتاری در تعامل با مکان کنترل برای کاهش افسردگی دانش‌آموزان مورد مقایسه قرار گیرد. نتایج مطالعه نشان داد دانش‌آموزان افسرده‌ای که تحت روشهای درمان شناختی و رفتاری قرار داشته‌اند در مقایسه با گروه کنترل، کاهش محسوس و معناداری در افسردگی داشتند، اما روش درمان شناختی الگوی بک مؤثرتر از روش‌های درمان رفتاری الگوی لویسنس بوده است. در تعامل با مکان کنترل به عنوان دومین متغیر مستقل، بیشترین کاهش افسردگی در گروهی از آزمودنی‌ها دیده شد که دارای مکان کنترل بیرونی بودند و تحت درمان شناختی قرار داشتند.

کلید واژه‌ها: افسردگی، شناختی، رفتاری، مکان کنترل

مقدمه

«افسردگی»^۱ یکی از رایج‌ترین انواع ناراحتی‌های روانی است که باعث مراجعه به

روانشناسان، روانپزشکان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می‌گردد. برآوردها نشان می‌دهند که ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال جامعه، عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی شدید را از خود نشان می‌دهند. حداقل ۱۲ درصد از جمعیت کشورهای پیشرفته در طی عمر خود برای معالجه افسردگی شدید به متخصصان روان درمانگری مراجعه می‌کنند و حدس زده می‌شود که ۷۵ درصد افرادی که در مؤسسات روان درمانگری بستری می‌شوند دچار افسردگی هستند. همچنین در حدود ۳۰ درصد از مردم در طول حیات خود دچار افسردگی می‌شوند اگر چه تنها ۱/۵ آنها تحت معالجه قرار می‌گیرند (پراون^۱ و هریس^۲، ۱۹۷۸؛ به نقل از بک^۳، ۱۹۹۳). مطالعاتی که در سالهای اخیر از طرف متخصصان «سازمان بهداشت جهانی»^۴ در کشورهای در حال توسعه آسیا و افریقا انجام گرفته از افزایش دامنه شیوع افسردگی در میان ملل در حال رشد حکایت می‌کند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۳؛ به نقل از کرک و کلارک^۵، ۱۳۷۶). در دو دهه آخر قرن بیستم نیز افسردگی جای اضطراب را که در دو دهه بعد از جنگ بین‌المللی دوم به عنوان مهمترین عارضه روانی تلقی می‌شده، گرفته است و اینک رایج‌ترین ناراحتی روانی افراد بالغ را تشکیل می‌دهد. همراه با بروز و شیوع افسردگی، هم در کل جمعیت و هم در جمعیت «مراجعان»^۶، به مراکز بهداشت و درمان روانی، اقدامات گوناگونی از طرف متخصصان بهداشت روانی در زمینه «تشخیص»^۷، «بررسی علل» و «درمان انواع افسردگی» به عمل آمده است.

در مطالعه حاضر، اصطلاح افسردگی عموماً در مقام اشاره به اختلال افسردگی «غیر دو قطبی»^۸ و «غیر روان پریشانه»^۹ (یعنی بدون «توهم»^{۱۰} و «هذیان»^{۱۱}) به کار رفته است. چرا که «رفتار درمانگری» و «شناخت درمانگری» برای این نوع اختلال خلقی طراحی شده است و کاربرد آن در این باره، بیش از همه مورد آزمون قرار گرفته است (بک و گرین برگ، ۱۹۷۴). افسردگی در مفهوم مرضی خود، با خلق پائین و گذرایی که اکثر مردم در واکنش بهنجار نسبت به «فقدان»^{۱۲}، از خود نشان می‌دهند و بسیاری از جنبه‌های کارکرد آنها بر اثر آن دچار اشکال می‌شود، کاملاً فرق دارد. وقتی کسی دچار افسردگی مرضی می‌شود، احساس «غمگینی»^{۱۳} می‌کند و اغلب به گریه می‌افتد. احساس گناه عذابش می‌دهد و معتقد می‌شود که در حق دیگران کوتاهی می‌کند. بیش از حد معمول «تحریک‌پذیر»^{۱۴} می‌شود و احساس «اضطراب»^{۱۵} و «تنش»^{۱۶} می‌کند. وقتی افسردگی فرد به شدیدترین سطح خود برسد ممکن است توانایی واکنش هیجانی را از دست بدهد و علاقمندی به انجام کارهای روز مره، برایش دشوار گردد. این افراد انرژی‌شان کم می‌شود و

انجام هر چیزی به نظرشان، کاری شاق می‌رسد. بنابر این سعی می‌کنند خود را از چیزهایی که معمولاً انجام می‌دادند دور نگه دارند. ممکن است ساعتها روی صندلی بنشینند و یا در رختخواب بمانند، کارهای لذتبخش معمولی مانند خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون، برای آنها دشوار و تحمل‌ناپذیر می‌شود (وینوگور^۵، ۱۹۸۲؛ به نقل از کرک^۳ و کلارک^{۳۳} ۱۳۷۶).

معمولاً افسردگی درجات و انواع مختلفی دارد و ممکن است عوارض متعددی را بوجود بیاورد. این عوامل عبارتند از: سرشت طبیعی، وراثت یعنی سابقه افسردگی یا الکلیسم در خانواده، اختلال در فعالیت‌های شیمیایی یا هورمونی، اختلال در ترکیب شیمیایی «انتقال دهنده‌های مغز»^{۱۶}، تجارب خانوادگی، از دست دادن یکی از والدین (به خصوص مادر) در اوایل زندگی، یا محرومیت از علاقه و محبت والدین یعنی مورد بی توجهی والدین قرار گرفتن، حوادث ناراحت‌کننده و منفی در سالهای اخیر زندگی، گرفتاری با زوج یا داشتن همسر عیب‌جو و متخاصم، نداشتن روابط اجتماعی نزدیک با افراد قابل اعتماد یعنی فقدان ارتباط نزدیک و اطمینان بخش، نداشتن «حمایت اجتماعی»^{۱۷} کافی، و بالاخره نداشتن یا از دست دادن حس احترام و اعتماد به نفس و فقدان دراز مدت احساس ارزشمندی (بوید^{۱۸} و فرایس^{۱۹} من ۱۹۸۲، به نقل از بلاک‌برن، ۱۹۸۷). برای درمان افسردگی نیز از روشهای متنوعی استفاده می‌کنند که از «روان تحلیلی گری»^{۲۰} عمیق و دراز مدت تا دارو درمانگری و استفاده از شوک الکتریکی را شامل می‌گردد. در سالهای اخیر استفاده از روشهای درمان «شناختی»^{۲۱} و «رفتاری»^{۲۲} کوتاه مدت برای درمان افسردگی مورد توجه قرار گرفته و ارزیابی دقیق این روشها در جوامع اروپایی و آمریکایی نتایج امیدوارکننده‌ای را بدست داده است (صفری، ۱۳۷۲).

تا اواسط دهه ۱۹۷۰، افسردگی بر حسب مفهوم سازه‌های روانپزشکی و به عنوان اشکالات رفتاری و شناختی تلقی می‌شد که بر اثر پیامدهای اختلال اولیه در خلق پدید می‌آیند و خود این اشکالات آماجهای خوبی برای درمان قلمداد نمی‌شدند. در محدوده روانشناسی بالینی نیز اگر چه افسردگی کانون گمان پردازیهای نظری فزاینده‌ای بود (برای مثال، لازاروس^{۲۵}، ۱۹۸۸، لویسن، ۱۹۷۴-۱۹۷۵، سلینگمن^{۲۶}، ۱۹۷۵، به نقل از سیف، ۱۳۷۴) اما کوششهایی که در جهت درک «پدیدارشناسی»^{۲۷} و فرآیند آن به عمل می‌آمد نتوانسته بود برنامه‌های درمانگری سنجیده، منسجم و عملی پدید بیاورد.

اما بعد از دهه ۱۹۷۰، کارآیی بالینی تعدادی از الگوهای درمان رفتاری و شناختی-رفتاری

نشان داده شده است. از این میان «درمان رفتاری-شناختی»^{۲۸} افسردگی، آن گونه که بوسیله «بک» و همکارانش در «فیلادلفیا» شکل گرفت (بک، راش، امری، ۱۹۷۹) امروزه بیش از همه مورد استقبال قرار گرفته است و در سطح وسیعی مورد ارزیابی واقع شده و اثر آفرین بوده است. «درمان رفتاری-شناختی»، در کامل ترین مفهوم خود دربرگیرنده ترکیب پیچیده‌ای از فنون شناختی و رفتاری است. این فنون تا حدی شامل شیوه‌های مداخله درمانی است که بوسیله سایر متخصصان به کار گرفته می‌شوند. مانند برنامه‌ریزی «رویدادهای خوشایند»^{۲۹} (به عنوان مثال لوینسن و همکاران، ۱۹۷۲) ارزیابی مجدد «معیارهای ناکارآمد رفتاری»^{۳۰} (به عنوان مثال رم، ۱۹۸۲) و «اسنادهای افسرده‌ساز»^{۳۱} (برای مثال شاو^{۳۲}، سلیگمن، ۱۹۸۲ به نقل از ساکو و بک).

هر چند که مطالعات قبلی نشان داده است که استفاده از اصل «پریماک»^{۳۳} و عدم توجه به رفتارهای افسرده ساز در مانجو در درمان افسردگی مؤثر است، ضمن آنکه افراد افسرده مهارت اجتماعی کمتری دارند و زمانی که این مهارت به آنها آموزش داده می‌شود تبادل محیطی و دریافت تقویت از محیط برای بیماران افزایش می‌یابد (مهریار، ۱۳۷۳). همچنین ترکیبی از روشهای رفتار درمانگری و شناخت درمانگری در درمان بیماران افسرده. بیشتر مؤثر بوده و سرعت درمان با روشهای شناختی و رفتاری سریعتر و بیشتر از روشهای دیگر رواندرمانگری گزارش شده است (تیلور^{۳۴}، ۱۹۸۰؛ به نقل از توره و السن). باز دیده شده است که شناخت درمانگری کارایی زیادی از روشهای درمان رفتاری دارد (شاو، ۱۹۷۵؛ به نقل از مک لین، ۱۹۷۶). حتی مقایسه درمان شناختی با دارو درمانگری نیز نشان می‌دهد که نه تنها اثر بخشی شناخت درمانگری بیشتر است بلکه ادامه درمان در دارو درمانگری بخاطر اثرات جانبی، بیشتر مواقع با مشکل مواجه بوده است (شادلویی، ۱۳۷۳). باز شناخت درمانگری گروهی (الگوی بک) و مقایسه آن با الگوی «لوینسن» و گروه کنترل نشان داده است که هر دو روش بر گروه کنترل برتری دارند و درمان شناختی الگوی «بک» بر الگوی «لوینسن» برتری نشان می‌دهد (بلاک و هرسن، ۱۹۸۲). اما در مطالعه حاضر هدف این بود که نشان داده شود بین دو روش مذکور وقتی که جلسات درمانگری به صورت انفرادی برگزار می‌شود چقدر تفاوت مشاهده می‌شود؛ حتی نتایج مطالعات (باورز^{۳۵}، ۱۹۹۰؛ به نقل از شادلویی) نمایانگر آن است که ترکیب شناخت درمانگری با دارو درمانگری اثر بخشی بیشتری در مقایسه با رفتار درمانگری توأم با دارو درمانگری محض داشته است. در خصوص دیگر اثرات روشهای شناختی و رفتاری، مطالعات

فیلیپ^{۳۶} و همکاران (۱۹۹۱؛ به نقل از بک ۱۹۹۳) نشان می‌دهد که روشهای درمان شناختی و رفتاری روی «خودپنداشت»^{۳۷}، ناامیدی و روابط اجتماعی اثرات مثبت می‌گذارد اما مشخص نشده است که روشهای درمان شناختی و رفتاری روی «حرمت خود»^{۳۸} و «مکان کنترل»^{۳۹} دانش آموزان چه اثراتی دارد؛ هر چند که قبل از مطالعه حاضر مشخص شده بود بیماران افسرده بیشتر دارای «مکان کنترل بیرونی»^{۴۰} هستند تا درونی (کریمی، ۱۳۶۸). اما ارتباط مکان کنترل با روشهای درمانگری در کاهش افسردگی و افزایش حرمت خود دانش آموزان روشن نبود. همچنین در مورد اینکه چقدر روشهای درمان شناختی و رفتاری، مکان کنترل درمانجویان را تغییر می‌دهد، یافته‌ای مشاهده نمی‌شد که در مطالعه حاضر سعی شده است که به آنها پاسخ داده شود. با توجه به نتایج تحقیقات قبلی پنج فرضیه اصلی در این مطالعه ارائه شده است.

- ۱- بین میانگین نمرات شش گروه از دانش آموزان افسرده‌ای که دارای مکان کنترل درونی و بیرونی بوده و تحت درمانگریهای شناختی و رفتاری قرار داشتند و آزمودنی‌هایی که به عنوان گروه کنترل مطرح بودند در کاهش افسردگی آنها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.
- ۲- بین سه گروه از آزمودنی‌ها که تحت درمان شناختی و رفتاری بوده و یا در گروه کنترل قرار داشتند در کاهش افسردگی آنها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.
- ۳- میانگین نمرات دانش آموزان افسرده‌ای که دارای مکان کنترل بیرونی هستند به صورت معناداری بالاتر از دانش آموزانی است که دارای مکان کنترل درونی هستند.
- ۴- بین نسبت دانش آموزانی افسرده‌ای که تحت درمان شناختی «بک» و یا درمان رفتاری «الگوی لوینسن» قرار گرفته‌اند تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود.
- ۵- بین سه گروه از آزمودنی‌ها که تحت درمان شناختی (الگوی بک) و رفتاری (الگوی لوینسن) بوده و یا در گروه گواه قرار داشتند، در افزایش حرمت خود آنها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

روش

در این مطالعه از ۱۴۷۱۳ نفر دانش آموز دوره متوسطه شهرستان اردبیل که در سال تحصیلی ۷۶-۷۷ در ۲۹ دبیرستان دولتی، غیر انتفاعی و شاهد و نمونه دولتی تحصیل می‌کردند، ۹۶۷ نفر بصورت تصادفی و باروش نمونه گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و به «آزمون افسردگی بک» به

صورت گروهی و در محل مدرسه پاسخ دادند، نمره گذاری و تحلیل نتایج نشان داد که ۲۵۷ نفر از دانش آموزان دارای حالات افسردگی متوسط و بالاتر هستند. در مرحله بعد آزمون مکان کنترل «راتر»^{۲۱} به آزمودنیهای افسرده ارائه و بعد از نمره گذاری، این افراد به دو گروه دارای مکان کنترل بیرونی و درونی تقسیم شدند و از هر گروه دارای مکان کنترل درونی و بیرونی ۴۵ نفر انتخاب شدند یعنی از دو گروه ۹۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در گروههای X1، X2 و X3 نیز به صورت تصادفی جایگزین شدند. در مرحله سوم قبل از اعمال متغیر مستقل به اجرای آزمونهای افسردگی بک و آزمون حرمت خود به عنوان پیش آزمون اقدام شد. برای گروه X1 هشت جلسه درمان شناختی (مدل بک) در ۸ هفته و هر هفته یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (به صورت انفرادی) اعمال شد. برای گروه X2 نیز درمان رفتاری (مبتنی بر الگوی لوینسن) به مدت هشت هفته و هر هفته یک جلسه انفرادی (هر جلسه ۴۵ دقیقه) اعمال شد و گروه سوم (X3) به عنوان گروه کنترل هیچ نوع خدمات درمانی دریافت نکردند، ضمن آنکه در هر کدام از گروهها (X1، X2 و X3) ۱۵ نفر دارای مکان کنترل درونی و ۱۵ نفر دیگر دارای مکان کنترل بیرونی بودند که تعداد دانش آموزان در هر گروه را می‌توان در جدول شماره ۱ مشاهده نمود.

جدول ۱- تعداد دانش آموزان افسرده در زیر گروههای مختلف

مجموع	گروههای آزمایشی			مکان کنترل
	گروه کنترل	X2	X1	
درونی	۱۵	۱۵	۱۵	
بیرونی	۱۵	۱۵	۱۵	
مجموع	۳۰	۳۰	۳۰	

بعد از اعمال متغیر مستقل مجدداً آزمونهای افسردگی بک و حرمت خود «کوپراسمیت»^{۲۲} و مکان کنترل «راتر» به عنوان پس آزمون روی ۹۰ نفر از دانش آموزان افسرده اجرا شد. لازم به ذکر است که اعمال متغیر مستقل یعنی تشکیل جلسات درمانی، در اتاق مشاوره هر مدرسه صورت گرفته است.

روش تحقیق: برای رسیدن به اهداف مطالعه، ماهیت موضوع ایجاب می‌کرد که از روش آزمایشی استفاده شود و بخاطر اینکه تعداد متغیرهای مستقل دو متغیر بود، از طرح آزمایشی بر اساس تحلیل واریانس دو عاملی استفاده شده است. یعنی طرح مورد استفاده، طرح ۲×۳ بوده

Archive of SID

است، چون حداقل یک متغیر عملی یا فعال (روشهای درمانگری و گروه کنترل در سه سطح) وجود دارد از طرحهای جایگزینی تصادفی و بلوکی استفاده شده است و محقق سعی کرده است آزمودنیها را به صورت تصادفی در سطوح مختلف آن متغیر جایگزین کرده و این جایگزینی تصادفی در واقع هر یک از سطوح مختلف و مجزا شده متغیر هویتی یا تشخیصی صورت پذیرفته است. بعد از جمع آوری داده‌ها و نمره گذاری آزمونها تحلیل نتایج با استفاده از ابزار آماری چون مقایسه نسبت در دو گروه مستقل، تحلیل واریانس یک عاملی و آزمون تعقیبی توکی صورت گرفته است.

نتایج

بعد از جمع آوری و تحلیل داده‌ها، نتایج مطالعه به صورت خلاصه و با استفاده از تعدادی جدول ارائه می‌شود.

جدول ۲- اثر بخشی روشهای درمانگری در مقابل یا مکان کنترل

F	واریانس	df	مکان تغییر
—	—	—	بین گروهها
* ۸/۸۵	۲۰۱۰	۱	عامل A (مکان کنترل)
* ۱۱/۲	۲۵۴۳	۲	عامل B (روشها)
* ۸/۴۹	۱۹۹۶	۲	کنش متقابل A و B
—	۲۲۷	۸۴	درون گروهها
		۸۹	مجموع

* F معنادار می‌باشد.

همانطوریکه از جدول ۲ ملاحظه می‌شود اثر بخشی روشهای درمانی در تعامل با مکان کنترل در کاهش افسردگی دیده می‌شود که F بدست آمده برای عامل A و B و کنش متقابل A و B معنی دار است.

جدول ۳- تفاوت بین میانگین‌های گروهها با استفاده از آزمون توکی

M3	M2	M1	میانگین‌ها	گروهها
* ۲۲	* ۶/۷	—	M1 = ۶/۸	درمان شناختی
* ۱۵/۳	—	—	M2 = ۱۳/۵	درمان رفتاری
—	—	—	M3 = ۲۸/۸	گروه کنترل

* M3 معنادار می‌باشد.

چون مقدار T بدست آمده در آزمون توکی یعنی ۳/۲۳ از تفاوت بین میانگین‌ها کوچکتر از اختلاف بین میانگین‌های گروه‌های ۱ و ۲ و گروه‌های ۱ و ۳ و گروه‌های ۲ و ۳ است بنابراین این تفاوت بین میانگین‌های گروه‌های ذکر شده معنادار است. یعنی درمان شناختی موثرتر از درمان رفتاری و گروه کنترل در کاهش افسردگی دانش آموزان بوده، ضمن آنکه درمان رفتاری نیز در مقایسه با گروه کنترل اثر بخشی بیشتری در درمان افسردگی داشته است (جدول ۳).

جدول ۴- تفاوت بین میانگین‌های گروه‌ها در تعامل با مکان کنترل با استفاده از آزمون توکی

M6	M5	M4	M3	M2	M1	میانگین‌ها	گروه‌ها
*-۲۱/۲	*-۲۰	-۵/۴	-۵/۲	۲/۸	۰	M1=۸/۲	بک درونی
*-۲۴	*-۲۲/۸	*-۸/۲	*-۸	۰	۰	M2=۵/۴	بک بیرونی
*-۱۶	-۱۴/۸	-۱۲	۰	۰	۰	M3=۱۳/۴	لوینسن درونی
*-۱۵/۸	* ۱۵/۴	۰	۰	۰	۰	M4=۱۳/۶	لوینسن بیرونی
-۱/۲	۰	۰	۰	۰	۰	M5=۲۸/۲	گروه کنترل درونی
۰	۰	۰	۰	۰	۰	M6=۲۹/۴	گروه کنترل بیرونی

T=۵/۶۹

* M6 معنادار می‌باشد.

چنانکه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود میانگین گروه‌های (۱ و ۵)، (۱ و ۶)، (۲ و ۴) (۲ و ۵)، (۲ و ۶)، (۳ و ۵)، (۳ و ۶)، (۴ و ۵)، (۴ و ۶) دارای تفاوت معنادار است؛ یعنی آزمودنی‌های دارای کنترل درونی که تحت درمان شناختی (الگوی بک) بودند در مقایسه با هر دو گروه دارای مکان کنترل بیرونی و درونی کاهش محسوس و معناداری در میزان افسردگی نشان دادند. آزمودنی‌هایی که دارای مکان کنترل بیرونی بودند و تحت درمان شناختی بک قرار گرفتند، در مقایسه با هر چهار گروه از آزمودنی‌های دارای مکان کنترل درونی و بیرونی که تحت درمان رفتاری مبتنی بر «الگوی لوینسن» قرار داشتند و یا در گروه کنترل بودند، کاهش محسوسی در میزان افسردگی نشان دادند. همچنین آزمودنی‌هایی که تحت رفتار درمانی بودند، در هر دو گروه دارای مکان کنترل درونی و بیرونی، در مقایسه با هر دو گروه کنترل دارای مکان کنترل بیرونی و درونی، کاهش بیشتری در حالات افسردگی از خود نشان دادند.

جدول ۵- تحلیل واریانس دو عاملی برای مقایسه میانگین باقی‌مانده (آزمون بک) روش‌های درمانی با مکان کنترل (۳×۲)

منابع تغییر	df	واریانس	F
بین گروهها	۵	-	-
عامل A (مکان کنترل)	۲	۳۲	۰/۲۷
عامل B (روشها)	۱	۳۰۱۲/۸	* ۲۵/۱
کنش متقابل A و B	۲	۶۴/۶	* ۰/۵۴
درون گروهها	۸۴	۱۲۰	

* F معنی‌دار می‌باشد

همانطوریکه از جدول ۵ مشاهده می‌شود اثر بخشی روش‌های درمانگری (درمان شناختی مدل بک، درمان رفتاری مدل لوینسن و گروه کنترل) در تعامل با مکان کنترل (درونی و بیرونی) با توجه به میانگین نمرات باقی‌مانده (آزمون بک) در کاهش افسردگی دیده می‌شود که تنها F بدست آمده در عامل B معنی‌دار است. یعنی بین سطوح مختلف در عامل B تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌شود.

جدول ۶- تفاوت بین میانگین گروهها

گروهها	میانگین‌ها	M1	M2	M3
درمان شناختی	M1=۶/۸	۰	-۶/۷	*-۲۲/۸
درمان رفتاری	M2=۱۳/۵	۰	۰	*-۱۵/۳
گروه کنترل	M3=۲۸/۸	۰	۰	۰

T=۸/۹۲

* M3 معنادار می‌باشد

استفاده از آزمون توکی در جدول ۶ نمایانگر آن است که میانگین گروههای (۱ و ۲)، (۱ و ۳)، (۲ و ۳) معنی‌دار است؛ یعنی هم درمان شناختی و هم درمان رفتاری در مقایسه با گروه کنترل کاهش افسردگی بیشتری را نشان می‌دهد. زمانی که درمان شناختی با درمان رفتاری از جهت اثر بخشی مقایسه شدند تفاوت معنی‌دار بود و دانش آموزان افسرده‌ای که تحت درمان شناختی بودند، کاهش بیشتری از جهت حالات افسردگی در مقایسه با درمان رفتاری نشان دادند. وقتی که اثر بخشی متغیرهای مستقل روی دومین متغیر وابسته یعنی حرمت خود، بررسی شد

جدول ۷- تحلیل واریانس دو عاملی برای تعامل روشهای درمانی با مکان کنترل در

افزایش حرمت خود دانش‌آموزان (نمرات پس آزمون)

منابع تغییر	df	واریانس	F
بین گروهها	۵	-	-
عامل A (مکان کنترل)	۲	۱۶/۳	۰/۲۵
عامل B (روشها)	۱	۱۹۶۶/۱	* ۱۱/۹۸
کنش متقابل A و B	۲	۸۵/۱۵	۰/۵۲
درون گروهها	۲۴	۱۶۴	

* F معنی دار می‌باشد.

دیده شد که دو متغیر مستقل یعنی روشهای درمانی (با سه سطح) و مکان کنترل (در دو سطح) و تعامل دو متغیر مذکور در افزایش «حرمت خود» دانش‌آموزان افسرده تنها F بدست آمده برای عامل B معنی دار است و برای متغیر A و کنش متقابل A و B معنی دار نیست. (جدول ۷) بخاطر همین وقتی از آزمون تعقیبی توکی برای نشان دادن تفاوت میانگین استفاده شد نتایج مطالعه

جدول ۸- تفاوت بین میانگین گروهها با استفاده از آزمون توکی

گروهها	میانگین‌ها	M1	M2	M3
بک	M1=۱۰۵/۵	.	۱۲/۴	* -۱۹/۶
لویسن	M2=۹۳/۱	.	.	۷/۲
کنترل	M3=۸۵/۹	.	.	.

Q=۱۴/۲

* تفاوت معنی دار می‌باشد.

نشان داد که مقایسه میانگین گروههای (۱ و ۳) معنی دار است، اما آزمودنیهایی که تحت درمان شناختی بودند، در مقایسه با گروهی از آزمودنیها که با روش رفتاری (الگوی لویسن) درمان شده بودند، افزایش بیشتری را در «حرمت خود» نشان دادند که این تفاوت معنی دار نیست (جدول ۸).

بعد از مقایسه میانگین نمرات دانش‌آموزان افسرده در آزمون افسردگی بک، به مقایسه نسبت آزمودنی‌هایی که بعد از اعمال سطوح مختلف، متغیر مستقل نمراتشان در آزمون بک زیر ۱۰ افت کرده بود یعنی درمان شده بودند اقدام شد که نتایج مربوط به این قسمت در جدول ۹ ارائه شده است. چون Z بدست آمده یعنی ۲/۴۴ از Z جدول (۱/۹۶) بزرگتر است پس می‌توان

جدول ۹- مقایسه نسبت آزمودنیهای (افسرده) درمان شده در دو گروه درمانی

بک و لوینسن و دو گروه دارای مکان کنترل درونی و بیرونی

رتبه	گروهها	نسبتها	Z	
			۲	۱
۱	شناخت درمانی بک	۰/۸	* ۲/۴۴	
	رفتار درمانی لوینسن	۰/۵		
۲	مکان کنترل درونی	۰/۵	۱	
	مکان کنترل بیرونی	۰/۷		

* Z معنی دار می باشد.

نتیجه گرفت تفاوت معناداری بین نسبت آزمودنیهای درمان شده در دو گروه مشاهده می شود؛ یعنی نسبت آزمودنیهایی که با استفاده از روش درمانگری بک درمان شده اند، به صورت معناداری بیشتر از آزمودنیهایی است که با روش رفتاری مبتنی بر الگوی لوینسن تحت درمان

جدول ۱۰- مقایسه نسبت آزمودنیهای درمان شده در میان چهار گروه

رتبه	گروهها	نسبتها	Z			
			۴	۳	۲	۱
۱	درمان بک با کنترل درونی	۰/۶	۰	۰/۷	۱/۱۱	۰
۲	درمان بک با کنترل بیرونی	۰/۸	۰	۰	* ۲/۲۵	۰/۷۱
۳	درمان لوینسن با کنترل درونی	۰/۴	۰	۰	۰	۰/۷۱
۴	درمان لوینسن با کنترل بیرونی	۰/۶	۰	۰	۰	۰

* Z معنی دار می باشد.

بودند. زمانی که تعامل روش های درمان شناختی- رفتاری بک و الگوی لوینسن با مکان کنترل بیرونی و درونی در کاهش نسبت آزمودنی های افسرده مورد تحلیل قرار گرفت، مقایسه نسبت آزمودنیهای درمان شده در چهار موقعیت آزمایشی نشان داد، که نسبت آزمودنیهای دارای مکان کنترل بیرونی که با الگوی شناختی (بک) درمان شده بودند، به صورت معناداری بیشتر از آزمودنیهای دارای مکان کنترل درونی بودند که با روش رفتاری (الگوی لوینسن) درمان شده بودند (جدول ۱۰).

بحث و نتیجه گیری

یکی از فرضیه‌های مطالعه حاضر این بود که بین اثر بخشی روش‌های مختلف درمانی (الگوی شناختی بک، الگوی رفتاری لوینسن) و گروه کنترل در تعامل با مکان کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج موجود در جدول ۱ نشان می‌دهد که F بدست آمده برای عامل A (مکان کنترل) عامل B (روش‌های درمانی) و کنش متقابل A و B معنی دار است. لازم به ذکر است که در اینجا میانگین پس آزمون، ملاک ارزیابی بوده است که عامل A چون دارای دو سطح بود نیازی به استفاده از آزمودنی‌های تعقیبی نداشت و میزان افسردگی بصورت معناداری در آزمودنی‌هایی که دارای مکان کنترل بیرونی بودند بالاتر از گروه دارای مکان کنترل درونی بود. اما برای عامل B و کنش متقابل A و B از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد تا تفاوت بین میانگین‌ها مشخص شود. در عامل B میانگین (نمرات افسردگی بک) گروه‌هایی که تحت درمان شناختی بودند ($m = 6/8$) بصورت معناداری کمتر از گروه تحت درمان رفتاری و گروه کنترل بود. یعنی هم در درمان شناختی و هم در درمان رفتاری در مقایسه با گروه کنترل، میزان افسردگی به صورت محسوسی کاهش پیدا کرده بود. اما آزمودنی‌هایی که تحت درمان شناختی بودند کاهش افسردگی بیشتری در مقایسه با گروهی که تحت درمان رفتاری بودند نشان دادند. پس فرضیه مذکور نه تنها با این یافته تأیید شد، بلکه با مطالعه «شاو» (۱۹۷۵) نیز همخوانی بیشتری دارد. چون در مطالعه «شاو» نمره افسردگی گروهی که تحت «شناخت درمانی» بودند بعد از اتمام جلسات درمانگری از ۲۹ به ۱۲/۲ تنزل یافت اما شدت افسردگی در مورد گروه دوم که تحت «رفتار درمانگری» بودند از ۲۶ به ۱۷ کاهش یافته بود. باز مطالعه «شاو» (۱۹۷۷؛ به نقل از مک لین، ۱۹۷۶) نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر «الگوی بک» در مقایسه با درمان رفتاری الگوی لوینسن کارآیی بیشتری در درمان افسردگی دارد. اما بین روش درمانگری لوینسن با روان‌درمانگری عمومی تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

باتوجه به اینکه در کنش متقابل A و B، F بدست آمده معنی دار بود، مقایسه میانگین گروه‌ها نمایانگر آن است که آزمودنی‌های دارای کنترل درونی که با مدل شناختی درمان شده بودند، در مقایسه با هر دو گروه (کنترل) که دارای مکان کنترل بیرونی و درونی بودند، کاهش محسوسی در

میزان افسردگی نشان دادند و آزمودنی‌هایی که دارای مکان کنترل بیرونی بودند و تحت درمان شناختی الگوی بک قرار گرفتند در مقایسه با هر چهار گروه از آزمودنی‌های که دارای مکان کنترل درونی و بیرونی‌اند و تحت درمانگری رفتاری مبتنی بر «الگوی لوینسن» قرار داشتند و یا در گروه کنترل قرار داشتند، کاهش محسوسی در میزان افسردگی نشان دادند. همچنین آزمودنی‌هایی که دارای مکان کنترل درونی و بیرونی بودند و با روش رفتاری درمان شده بودند، در مقایسه با هر دو گروه گواه با دانش آموزان مکان کنترل درونی و بیرونی کاهش محسوسی در حالات افسردگی از خود نشان دادند، در توجیه این که چرا در گروه دارای مکان کنترل بیرونی، اثربخشی درمان‌های شناختی و رفتاری بیشتر از آزمودنی‌هایی است که دارای مکان کنترل درونی‌اند، ضروری است گفته شود که مانند دیگر صفات شخصیتی منبع کنترل به طور کلی صفت صد در صد ثابتی در مورد افراد نیست، بلکه تغییر منبع کنترل امکان‌پذیر است. بعضی تغییرات در آن (منبع کنترل) در نتیجه رویدادهای زندگی رخ می‌دهد. اما عامل دیگری نیز مطرح است و آن سن افراد است که هر چقدر سن افراد بیشتر می‌شود با بالا رفتن سن کنترل درونی در افراد افزایش می‌یابد (ولفی^{۳۳}، ۱۹۸۲؛ به نقل از کریمی، ۱۳۶۸). البته مواجه شدن با حوادث شکننده و عدم موفقیت نیز تغییر به طرف منبع کنترل بیرونی ایجاد می‌کند. در مقابل، موفق شدن در یک تکلیف و لمس آن این اعتماد را ایجاد می‌کند که آنها توان کنترل حوادث محیطی را دارا هستند. حتی استفاده از روش‌های مختلفی چون «پسخوراند زیستی»^{۳۴}، «ایفاء نقش»^{۳۵}، «شناخت درمانگری»^{۳۶}، «واقعیت درمانگری»^{۳۷} و کلاً روان‌درمانگری، کنترل درونی را در افراد افزایش می‌دهد (اوتن^{۳۷}، ۱۹۷۲؛ به نقل از تورپه و السن ۱۹۹۰). در دانش آموزان افسرده‌ای که دارای مکان کنترل درونی هستند، این تغییر در کنترل درونی بدن‌بال استفاده از روش‌های درمان شناختی کمتر بوده، اما در درمانجویانی که مکان کنترل، بیرونی بوده است، این تغییر بخاطر استفاده از روش‌های درمان شناختی بیشتر بود و شاید فراوانی و درصد بیشتر موارد افسرده که منبع کنترل در آنها بیرونی بوده و با روش‌های درمان شناختی و حتی رفتاری درمان شده‌اند بخاطر تغییر زیاد به طرف مکان کنترل بوده است. چون وقتی که بدن‌بال اعمال متغیر مستقل در هر دو سطح درمانی (شناختی و رفتاری) مجدداً آزمون مکان کنترل را اجرا کردید، میزان تغییر به طرف کنترل درونی در گروهی که تحت

درمانهای شناختی و رفتاری بودند (دارای مکان کنترل بیرونی) بیشتر از گروهی بود که تحت روشهای درمانی فوق قرار گرفته بودند اما دارای مکان کنترل درونی بودند و مقایسه این تغییر با گروه کنترل که تحت هیچگونه روش درمانی قرار نگرفته بودند محسوس و معنی دار بود. یعنی این تغییر به طرف مکان کنترل درونی در گروه کنترل اصلاً محسوس نبود، اما در دو گروه قبلی محسوس بود.

وقتی که با توجه به نمرات باقی مانده تجزیه و تحلیل صورت گرفت یعنی نمرات پیش آزمون از پس آزمون کم شد، میانگین نمرات باقی مانده در گروههای مختلف نشان داد که F بدست آمده برای عامل B (در سه سطح) معنی دار است. و استفاده از آزمون تعقیبی توکی نیز نمایانگر آن است که هم درمان شناختی و هم درمان رفتاری در مقایسه با گروه کنترل کاهش محسوسی در حالات افسردگی ایجاد می‌کند. اما وقتی که درمان شناختی با درمان رفتاری از جهت اثر بخشی مقایسه شدند، شناخت درمانی اثربخشی بیشتری از رفتار درمانی (الگوی لوینسن) داشته است. هر چند که مطالعات قبلی چون مطالعه «کلاگر»^{۲۸} و «تامسن»^{۲۹} (۱۹۸۰ به نقل از شادلویی، ۱۳۷۳) نیز نشان داده بود که طبق ارزیابی‌های بدست آمده در پایان ده هفته هر سه روش درمانگری (شناختی درمانی، رفتار درمانی و روانکاری) به اندازه مختلف در درمان افسردگی مؤثر بودند که این مطالعه نیز تا حدودی با یافته مطالعه حاضر همخوانی دارد.

از فرضیه‌های دیگر مطالعه حاضر این بود که بین اثربخشی روشهای مختلف درمانگری در «تعامل»^{۵۰} با مکان کنترل در افزایش «حرمت خود» دانش آموزان تفاوت معنی دار وجود دارد. نتیجه مطالعه حاضر نشان می‌دهد که تنها F بدست آمده برای عامل B معنی دار است. یعنی بین دو روش درمانگری شناختی و رفتاری و گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد و افزایش «حرمت خود» به دنبال استفاده از روش درمانگری شناختی بصورت معناداری بالاتر از گروهی است که تحت درمان رفتاری بودند.

از یافته‌های دیگر مطالعه حاضر این بود که نسبت آزمون‌های درمان شده بعد از ۸ جلسه درمانگری در چهار وضعیت آزمایشی نمایانگر آن است که این نسبت در آزمون‌های دارای مکان کنترل بیرونی که تحت درمانگری شناختی بودند ($P=0/8$) بصورت معنی داری بیشتر از

آزمودنی‌هایی است که تحت درمانگری رفتاری (الگوی لوینسن) بودند ($P=0/4$). و زمانیکه نسبت آزمودنی‌های درمان شده (کنترل درونی و بیرونی با هم) که تحت درمان شناختی (الگوی بک) بودند با گروهی از آزمودنی‌ها (دارای کنترل درونی و بیرونی) که تحت درمانگری رفتاری (الگوی لوینسن) بودند مورد مقایسه قرار گرفتند، این نسبت در سطح $0/05$ معنی‌دار بود و نسبت آزمودنی‌های درمان شده در گروه شناختی بالاتر از گروه درمان رفتاری بوده است که باز این یافته با نتایج مطالعه «شاو» (به نقل از بلاک و هرسن، ۱۹۸۲)، همخوانی بیشتری دارد چون در پژوهشهایی که آنها انجام داده بودند «شناخت درمانگری» اثربخشی بیشتری از «رفتار درمانگری» داشته است.



یادداشت‌ها:

- | | |
|---|--|
| 1- Depression | 2- Brown |
| 3- Harris, F. | 4- World Health Organization |
| 5- Clients | 6- Diagnostic |
| 7- Non bipolar | 8- Non psychotic |
| 9- Hallucination | 10- Delusion |
| 11- Loss | 12- Sadness |
| 13- Irritability | 14- Anxiety |
| 15- Tention | 16- Neurotransmitters |
| 17- Social support | 18- Boid |
| 19- Wiesman, H. | 20- Psychoanalyse |
| 21- Cognitive | 22- Behavioral |
| 23- Kerg | 24- Klark |
| 25- Lazarus, A. A. | 26- Seligman, M. E. P. |
| 27- Phenomenological | 28- Cognitive behavior therapy |
| 29- Pleasant events | 30- Re-evaluation of dysfunctional standards |
| 31- Depressant attributions schedulling | 32- Shaw, B. F. |
| 33- Premack, D. | 34- Taylor, J. G. |
| 35- Bowerz, S. | 36- Philip, T. |
| 37- Self concept | 38- Self esttem |
| 39- Locus of control | 40- External locus of control |
| 41- Rutter, J. | 42- Cooper Smith |

- | | |
|------------------|---------------------|
| 43- Wolfy, Z. | 44- Biofeedback |
| 45- Roleplaying | 46- Reality therapy |
| 47- Othen, S. | 48- Kalager, C. |
| 49- Thompson, R. | 50- Interaction |
| 51- Winokur, P. | |

منابع:

- سیف، علی اکبر (۱۳۷۴) تغییر رفتار و رفتار درمانی: نظریه‌ها و روش‌ها. چاپ دوم. نشر دانا، تهران.
- شادلویی، فلورا (۱۳۷۳) درمان افسردگی با شیوه شناخت درمانی، توأم با دارو درمانی در مقایسه با آرام‌سازی به همراه دارو. پایان‌نامه. انستیتو روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران.
- صفری، جهانگیر (۱۳۷۲) بررسی تأثیر تکنیک‌های شناخت درمانی بر روی افسردگی. پایان‌نامه. انستیتو روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران.
- کرک و کلارک (۱۳۷۶) رفتار درمانی شناختی. ترجمه حبیب اله قاسم‌زاده. انتشارات ارجمند. تهران.
- کریمی، یوسف (۱۳۶۸) روان‌شناسی اجتماعی. انتشارات پیام نور. تهران.
- مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۷۳) افسردگی: برداشتها و درمان شناختی. نشر رشد. تهران.

- Beck, A. (1993). Controversies in cognitive therapy: A dialogue with Aeron T. Beck and Steve Hollon. 1992. World Congress of Cognitive Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1993 *Sum* Vol. 7 (2) 79-93.
- Beck, A. T. & Greenberg, R. L. (1974). *Coping with depression, available from: The Center of Cognitive Therapy*, Room 602, 133 South.
- Beck, A. T. , Rush, A. J. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford, New York.
- Blackburn, I. M. (1987). *Coping With Depression*. Chambers, Edinburgh.
- Bellack, S. A. & Hersen, (1982). *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. Plenum Press, New York.
- Lewinsohn, P. M. (1972). Pleasant Events Activity Schedules, and Depression. *Journal of Abnormal, Psychology*, 79, 291-295.
- McLean, P. (1979). Therapeutic Decision Making in the Behavior Treatment of Depression. In P. O. Davidson, (ed.) *The Behavioral Management of Anxiety, Depression and Pain*. New York.
- Rehm, L. P. (1982). *Behavior therapy for depression: present status future direction*. Academic Press. New York.
- Thorpe, G. L. & Olson, (1990). *Behavioral therapy, concepts , procedures, and applications*. Library of Congress Cataloging in Publication Data printed in the United States of America.

