

اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی به طور تنها و توأم با آموزش روانی خانواده در بهبود علائم اختلال افسردگی اساسی در بیماران زن

کمال صوتی دهکردی^{۱*}، محمود مباحثی^۲

خلاصه

مقدمه: افسردگی اساسی یکی از مهمترین اختلالات شایع روان پزشکی است که اثرات منفی بر زندگی بیماران و خانواده آنان به جا می گذارد. درمان های متعددی برای این بیماری پیشنهاد شده است. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی و آموزش روانی خانواده توأم با دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی تنها در بهبود علائم بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بوده است.

روش: این پژوهش یک کار آزمائی بالینی بود که در آن با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۶۰ بیمار زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بستری در بخش روان پزشکی بیمارستان هاجر شهر کرد به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس نمونه ها به سه گروه ۲۰ نفره تقسیم گردیدند. گروه اول علاوه بر درمان دارویی، تحت گروه درمانی شناختی- رفتاری قرار گرفتند. گروه دوم علاوه بر دارو درمانی و گروه درمانی شناختی- رفتاری، آموزش روانی خانواده را نیز دریافت نمودند و گروه سوم به عنوان گروه کنترل، تنها تحت درمان دارویی قرار گرفتند. ابزار اندازه گیری آزمون افسردگی بک ۲ بود که روی هر سه گروه قبل و بعد از مداخلات درمانی اجرا گردید.

یافته ها: نتایج نشان از اختلاف معنی دار بین گروه های تجربی با گروه کنترل پس از مداخلات درمانی داشت. به عبارت دیگر بین گروه درمان شناختی- رفتاری گروهی و آموزش روانی خانواده با گروه دارودرمانی، اختلاف معنی دار به دست آمد اما بین گروه درمان شناختی- رفتاری گروهی با گروه آموزش روانی خانواده تفاوت معنی دار به دست نیامد.

نتیجه گیری: درمان های شناختی- رفتاری گروهی و آموزش روانی خانواده در کنار درمان دارویی نسبت به درمان های صرفاً دارویی می توانند در بهبود علائم بیماران افسرده مؤثرتر باشند.

واژه های کلیدی: اختلال افسردگی اساسی، درمان شناختی- رفتاری گروهی، آموزش روانی خانواده، دارودرمانی، زن

۱- استادیار روان شناسی بالینی، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد ۲- استادیار اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

* نویسنده مسؤول، ● آدرس پست الکترونیک: kamal_solati@yahoo.com

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۰/۱۲/۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۲۰ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۸/۱۳

مقدمه

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، افسردگی دومین بیماری شایع پس از بیماری‌های قلبی-عروقی است. این اختلال به‌عنوان نخستین معضل سلامتی در دنیا و به‌عنوان مادر بسیاری از بیماری‌ها تلقی شده که هزینه‌های فراوانی به بیمار و جامعه تحمیل می‌کند و به‌دلیل شیوع بیش از اندازه، به سرماخوردگی روانی معروف شده است (۱). افسردگی، در میان همه‌ی بیماری‌های جسمی و روانی در زنان ۴۵-۱۵ سال شایع‌ترین بیماری و نیز در بین بیماری‌های عصبی-روانی هم شایع‌ترین بیماری شناخته شده است (۲). میزان بروز اختلال افسردگی اساسی بین بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان عمومی نزدیک به ده درصد و بین بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان داخلی نزدیک به پانزده درصد می‌باشد که بالاتر از حد معمول است (۳). در ۲۰ درصد موارد، افسردگی اساسی به‌صورت مزمن در آمده که نسبت به دارو مقاوم بوده و درمان شناختی-رفتاری استاندارد نیز اثر کمتری روی علائم به جا گذاشته است (۴). از علامت‌های اصلی اختلال افسردگی دوام خلق افسرده همراه با از دست دادن علاقه و احساس لذت نسبت به تقریباً همه‌ی فعالیت‌های فرد مبتلا در یک دوره دست کم دو هفته‌ای است (۵). اگر چه دارودرمانی از درمان‌های تثبیت شده در درمان افسردگی اساسی است، نتایج درمان به عوامل جانبی دیگری وابسته است (۶). در یک مطالعه فرا تحلیلی، مقایسه درمان شناختی-رفتاری با درمان‌های دیگر، نشان داده است که باوجود، مزیت دارودرمانی به‌دلیل هزینه کمتر، پاسخ به درمان و اثر بخشی سریع تر آن بر علائم جسمانی و خلقی، درمان شناختی-رفتاری، تأثیر عمیق‌تری بر ساختار شناخت و نظام پردازش شناختی و هیجانی عمیق بیمار از خود باقی می‌گذارد (۷). پزشک باید درمان دارویی را با اقدامات روان درمانی توأم به کار گیرد. اگر پزشک به نیازهای روانی اجتماعی بیمار توجه نکند، درمان دارویی ممکن است مؤثر واقع نشود. در

واقع در اکثر مطالعات ترکیب درمان دارویی با روش‌های روان درمانی را مؤثرتر گزارش کرده‌اند (۱). یکی از رویکردهای روان درمانی درمان شناختی-رفتاری (Cognitive-behavior therapy) است. بر اساس این دیدگاه تجارب افراد به تشکیل فرض‌ها و یا طرح‌واره‌هایی درباره‌ی خویشتن و جهان می‌انجامد و این طرح‌واره‌های فرضی بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر می‌گذارد و منجر به افسردگی می‌گردند (۹،۸). از طرف دیگر پیامدهای اجتناب ناپذیر و سنگین اختلالات خلقی و ماهیت عود کننده و هزینه‌های سنگین آنها سبب شده است که این اختلالات در ردیف اختلال‌های ناتوان‌کننده به‌شمار آیند؛ به طوری که در سال‌های اخیر به روان درمانی‌ها به ویژه مداخله‌ی روانی-اجتماعی در کنار دارو درمانی بیشتر توجه شده است. از جمله این مداخله‌ها که بر پایه خانواده می‌باشد آموزش روانی خانواده است (۱۰). آموزش روانی خانواده می‌تواند میزان بقای بیماران را افزایش دهد. همچنین عدم توافق، هماهنگی و همکاری در خانواده‌ها یا مراقبین فرد مبتلا، میزان مشکلات رفتاری را بیشتر می‌کند، کیفیت عملکرد خانواده را پایین می‌آورد و با سطوح پایین‌تر حل مسئله در خانواده و با عدم کارایی والد-فرزندی همراه است (۱۱). با این وجود به‌کارگیری آموزش روانی خانواده در مؤسسات بالینی و بیمارستان‌های روانی کمتر مورد توجه بوده است. برای نمونه در یک بررسی تنها ۳۱ درصد بیماران گزارش کردند که خانواده‌های آنان پیرامون بیماری آنها آموزش‌هایی از مؤسسات دریافت کرده‌اند (۱۲). در یک پژوهش ده بیمار با اختلال افسردگی اسامی بین ۴ تا ۱۶ هفته تحت درمان شناختی-رفتاری همراه با مصرف حداقل ۲۰ میلی‌گرم فلوکستین در روز قرار گرفتند که نتایج پژوهش نشان داد حداقل ۵۰ درصد علائم افسردگی در بیماران کاهش داشته و کیفیت زندگی آنها بهبود قابل ملاحظه‌ای داشته است (۱۳). از طرف دیگر Oie و Dingle تحقیقات زیادی در مورد تأثیر درمان شناختی-

رفتاری گروه انجام دادند، اما یافته‌های تحقیقات آنها با یکدیگر سازگار نبوده و بیان کردند که این روش نیاز به بررسی بیشتری دارد (۱۴).

در یکی از پژوهش‌های انجام شده درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان درمان مکمل در کنار درمان دارویی روی بیماران افسرده مقاوم به درمان مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته که بر اساس نتایج علائم افسردگی در گروه درمان شناختی-رفتاری توام با دارو درمانی کاهش معنی‌داری نسبت به گروه دارو درمانی داشت (۱۵). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در ترکیب با دارو درمانی در پژوهش دیگری بر روی ۲۰۶ بیمار بستری با تشخیص افسردگی یک قطبی که به دو گروه تقسیم شده بودند بررسی شده است. نتایج پژوهش نشان داد علائم افسردگی در گروهی که تحت درمان شناختی-رفتاری توام با دارو درمانی قرار گرفته بودند نسبت به گروه دارو درمانی کاهش بیشتری داشت که از نظر آماری معنی‌دار بود (۱۶).

پژوهش دیگری میزان شیوع افسردگی و تأثیر مداخله آموزش روانی گروهی روی علائم افسردگی دانشجویان را مورد بررسی قرار داده است که بر اساس آن، برنامه آموزش روانی گروهی بعد از دو سال میزان شیوع افسردگی را از ۳۶/۲۹ درصد به ۲۵/۵۱ درصد کاهش داد (۱۷).

در پژوهش دیگری درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی روی ۲۶ بیمار که از اختلالات افسردگی و اضطراب رنج می‌بردند به کار گرفته شد و نتایج به‌دست آمده تأثیر مثبت این نوع درمان را بر علائم بیماران نشان داد (۱۸). درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر نشخوارهای فکری روی باقیمانده علائم افسردگی پژوهشی دیگری بود که بر روی ۴۲ بیمار افسرده مقاوم نسبت به دارو صورت گرفت و نتایج به‌دست آمده نشان از کاهش معنی‌دار علائم باقیمانده افسردگی در بیماران داشت (۴). در یک پژوهش فرا مروری (Meta-review)، تأثیر درمان شناختی-رفتاری به

کمک رایانه روی ویژگی‌های افسردگی براساس بررسی پژوهش‌هایی که از سال ۱۹۹۹ تا فوریه ۲۰۱۱ صورت گرفته بود انجام گردید و نتایج به‌دست آمده نشان داد که درمان شناختی-رفتاری به کمک رایانه اثر مثبت درمانی روی بیماران افسرده ضعیف و متوسط دارد (۱۹).

در یکی از بررسی‌های انجام شده رفتار درمانی گروهی روی بیماران افسرده سالمند به کار گرفته شده که تأثیر چشمگیر درمانی گزارش نشده است (۲۰). نتایج پژوهش دیگری نشان داده است که آموزش روانی خانواده منجر به کاهش معنی‌دار "احساس فشار" و "بار خانواده" پس از مداخله و یک‌سال پس از آن در بیماران خلقی می‌شود (۲۱). تأثیر آموزش روانی خانواده بر سیر بهبودی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی در پژوهش دیگری توسط دشت بزرگی و همکاران بررسی شده که نتایج پژوهش تفاوت معنی‌داری را در شدت علائم و عملکردهای کلی بیماران پیش از ترخیص، هنگام ترخیص و ۳ ماه پس از مداخله بین گروه آموزش و گروه کنترل نشان نداد (۲۲). برخی پژوهش‌های دیگر در ایران نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری گروهی منجر به کاهش علائم بیماران افسرده و بهبود حالات آنها می‌شود (۲۳-۲۵).

با توجه به اینکه در کشور ما بیشتر به درمان‌های دارویی توجه شده و افراد شناخت کمتری نسبت به درمان‌های شناختی-رفتاری داشته و بیماران افسرده به‌ویژه در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها پس از مداخلات دارویی بدون مداخلات روانشناختی و آموزش‌های خانواده ترخیص می‌شوند و در نتیجه به‌واسطه‌ی تک بعدی بودن درمان و عدم توجه به سیستم‌های خانواده و آموزش‌های لازم، بیماران دچار بازگشت مکرر علائم می‌شوند این ضرورت احساس شد تا با اجرای پژوهش حاضر تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی و آموزش روانی خانواده روی علائم بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بررسی شود.

روش بررسی

این پژوهش یک کار آزمائی بالینی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری را کلیه بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شهر کرد در سال ۹۰-۸۹ تشکیل می‌داد. تعداد ۶۰ نفر از بیماران افسرده اساسی بستری شده در بخش روان‌پزشکی بیمارستان هاجر شهر کرد به روش نمونه‌گیری در دسترس (آسان) به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. تشخیص بیماری بر اساس معیارهای DSM-IV و مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک و روانشناس بالینی صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه داشتن ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی بر اساس DSM-IV به مدت حداقل دو هفته، داشتن تحصیلات حداقل دوره راهنمائی و داوطلب بودن جهت شرکت در طرح بودند. معیارهای خروج از مطالعه دارا بودن دوره‌هایی از حالت‌های مانیک و هیپومانیک، ضایعات عضوی و نارسائی‌های شناختی همچون زوال عقل و عقب ماندگی ذهنی، دوره‌هایی از علائم هذیان و توهم، سابقه الکترو شوک درمانی، بیماری جسمی مزمن و سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر بودند. محاسبه حجم نمونه بر اساس جدول کوهن صورت گرفت به طوری که اگر $\alpha=0.05$ و اندازه اثر برابر با 0.50 باشد، با انتخاب ۲۰ نفر برای هر گروه توان آماری 0.80 به دست خواهد آمد (۲۶). پس از انتخاب نمونه پژوهش، این بیماران به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم گردیدند و سعی شد گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تاسازی شوند. آن‌گاه آزمون افسردگی بک (BDI-II) روی هر سه گروه اجرا گردید. هر سه گروه در بخش روان‌پزشکی تحت درمان استاندارد پزشکی یا دارودرمانی یکسانی قرار گرفتند. گروه اول علاوه بر دارودرمانی، به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و دو بار در هفته تحت درمان شناختی-رفتاری گروهی قرار گرفتند. در گروه دوم علاوه بر دارودرمانی و درمان شناختی-رفتاری گروهی، خانواده بیماران ۸ جلسه

تحت آموزش روانی قرار گرفتند. گروه سوم تنها تحت دارودرمانی قرار گرفتند. بیماران که بنا به تشخیص روان‌پزشک و محدودیت‌ها و مقررات بیمارستان در طول اجرای پژوهش مرخص می‌شدند، روند درمان دارویی در منزل و جلسات گروهی درمان شناختی-رفتاری را در روزهای مقرر در بیمارستان ادامه می‌دادند. اجرای پژوهش نزدیک به سه ماه به طول انجامید که پس از آن سه گروه با استفاده از آزمون افسردگی بک ۲ مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اساس پروتکل درمان شناختی-رفتاری نظریه بک صورت گرفت (۲۷) که شامل ۸ جلسه به شرح ذیل بود:

جلسه اول: آشنائی اولیه و برقراری رابطه درمانی، طرح شکایت‌های اصلی بیماران، معرفی اجمالی نوع درمان، تشریح مساعی با بیماران در تعیین اهداف درمانی، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و تشخیص آماج‌ها و توافق بر سر تکالیف خانگی، ثبت رویدادهای زندگی بر اساس مدل ABC.

جلسه دوم: صورت‌بندی مشکلات کلی بیماران در قالب مدل شناختی افسردگی، ادغام مثلث شناختی افسردگی در استراتژی‌های درمانی، استفاده از تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد.

جلسه سوم: ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی.

جلسه چهارم: بازشناسائی باورهای زیر بنائی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیت‌های خاص، استفاده از تکنیک پیکان رو به پائین، بررسی چند مورد از مسائل آماجی بیماران.

جلسه پنجم: توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیر بنائی، تقویت خود گوئی‌های مثبت، استفاده از تکنیک‌های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی.

سنجش شناخت‌های وابسته به افسردگی به کار می‌رود و شامل ۲۱ عبارت از نشانه‌های مختلف افسردگی بر اساس معیار درجه‌بندی لیکرت می‌باشد. در مطالعات مختلف اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفته است (۲۸،۲۹). قاسم زاده و همکاران به نقل از قهراری (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را روی ۰/۷۸ و ضریب باز آزمائی را با فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش کردند (۳۰). روش آماری مورد استفاده در این پژوهش، تحلیل کوواریانس (Ancova) بود که داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این پژوهش دامنه سنی آزمودنی‌ها ۵۷-۱۸ سال با میانگین و انحراف استاندارد $5/16 \pm 35/48$ سال بود. بیشترین فراوانی وضعیت تحصیلی نمونه‌ها دوره راهنمایی با ۲۲/۳ درصد و کمترین فراوانی لیسانس و بالاتر با ۱۳/۳ درصد بود. براساس نتایج، ۴۳/۳ درصد نمونه‌های پژوهشی متأهل، ۳۰ درصد مجرد، ۱۳/۳ درصد مطلقه و ۱۳/۳ درصد بیوه بودند. همچنین محل سکونت ۵۸/۳ درصد آنها در روستا و ۴۱/۷ درصد در شهر بود. نتایج نشان داد که ۲۶/۷ درصد بیماران بین ۶-۸ سال و ۶/۷ درصد آنها بین ۹-۱۱ سال سابقه افسردگی داشتند که به ترتیب بیشترین و کمترین فراوانی سابقه افسردگی را نشان می‌دهد. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌ها، معنی‌دار به دست نیامد ($P > 0/05$). بنابراین با توجه به این نتیجه و مساوی بودن تعداد گروه‌های درمانی امکان استفاده از تحلیل کوواریانس برای داده‌های این پژوهش فراهم گردید. شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی سه گروه نشان داد که میانگین نمرات افسردگی در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل پس از مداخله کاهش یافته

جلسه ششم: استفاده از تکنیک‌های شناختی-رفتاری در مورد جرات آموزی، حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی.

جلسه هفتم: شناسائی بیشتر باورهای غیر شرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف سازی باورهای غیر شرطی از طریق زیر سؤال بردن آنها به روش سقراطی و درجه‌بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس ۰-۱۰۰ درجه.

جلسه هشتم: ادامه تولید و توسعه باورهای مثبت جایگزین از طریق توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، توسعه مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، درجه‌بندی افکار جایگزین، ایجاد آمادگی برای به کار گرفتن روش‌های آموخته شده در شرایط زندگی آینده.

لازم به ذکر است در هر جلسه مطالب و تکالیف خانگی جلسه قبل مورد بررسی قرار می‌گرفت و در پایان جلسه تکالیف جدید به بیماران محول می‌گردید. پروتکل آموزش روانی خانواده در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته برای اعضای خانواده بیمار صورت گرفت که شامل موارد زیر بود:

آشنائی با اختلال افسردگی، علائم اولیه، عوامل مستعدکننده و آشکار ساز و مسئولیت خانواده در برخورد با علائم، راهکارهای درمانی در خصوص پیشگیری از عود، کاهش استرس در محیط خانواده از طریق مشخص شدن نقش خانواده در ایجاد یا کاهش استرس، نقش استرس در افزایش عود بیماری، شناسائی منابع استرس در خانواده و چگونگی برخورد با این استرس‌ها، ارتباط و شناخت در خانواده، ارزش خود و ارتباط در خانواده، حل تعارض در روابط بین فردی. در ابتدای هر جلسه خلاصه‌ای از جلسه قبل ارائه می‌گردید و اعضای گروه پس از بحث و گفتگو، تکالیف خانگی را مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دادند (۱۱). ابزار مورد استفاده شامل یک چک لیست عوامل جمعیت شناختی و آزمون افسردگی بک ۲ بود. این آزمون در سال ۱۹۶۱ توسط Beck تدوین و در سال ۱۹۷۴ مورد تجدید نظر قرار گرفته که به عنوان ابزار خود گزارشی برای

است. میانگین نمرات افسردگی در مرحله پس آزمون در گروه‌های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۲/۷۳، ۳۱/۴۲ و ۳۷/۰۹ به دست آمد (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مقیاس افسردگی در مراحل مختلف پژوهش در سه گروه

شاخص	گروه	دارو درمانی + درمان شناختی- رفتاری گروهی + آموزش روانی خانواده		دارو درمانی + درمان شناختی- رفتاری گروهی		دارو درمانی	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
افسردگی		۴۱/۴۵	۳۲/۸۳	۴۳/۳	۳۱/۴۲	۴۲/۶۵	۳۷/۰۹
		۳/۸۳	۲/۹۵	۴/۸۶	۳/۱۸	۴/۸۶	۲/۲۶

نتایج بررسی تحقیقات درون گروهی با آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آورده شده که نتایج نشان می‌دهد بین میانگین نمرات افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد به طوری که پس از کنترل نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش، تفاوت میانگین‌ها معنی‌دار به دست آمد، $F(1, XX)=21.297$, $p<0.0001, \eta^2=0.43$. به این ترتیب ۴۳ درصد واریانس مشترک بین شیوه‌های مداخله و میزان کاهش علائم افسردگی وجود داشته است. همچنین توان آماری برابر با یک، نشان از کفایت حجم نمونه داشت به این معنی که هیچ احتمالی وجود نداشته که فرضیه صفر به اشتباه مورد تأیید قرار گیرد. (جدول ۲)

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مداخلات درمانی بر بهبود علائم افسردگی بیماران پس از درمان

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	توان η^2	آماری
پیش آزمون	۱/۷۲۹	۱	۱/۷۲۹	۰/۲۰۹	۰/۶۴۹	۰/۰۰۴	۰/۰۷۳
عضویت گروهی	۳۵۲/۰۲۹	۱	۱۷۶/۰۱۵	۲۱/۲۹۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳	۱/۰۰

جدول ۳ مقایسه زوجی مداخلات درمانی بر بهبود علائم افسردگی بیماران در مرحله پس آزمون را نشان می‌دهد. این نتایج نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین گروه دارو درمانی تنها $(M=37/09, SD=2/26)$ با گروه‌های تجربی درمان شناختی- رفتاری گروهی و آموزش روانی خانواده توأم با دارو درمانی $(M=31/42, SD=3/118)$ و درمان شناختی- رفتاری گروهی توأم با دارو درمانی $(P=0/157)$ نیامد.

نتایج بررسی تحقیقات درون گروهی با آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آورده شده که نتایج نشان می‌دهد بین میانگین نمرات افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد به طوری که پس از کنترل نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش، تفاوت میانگین‌ها معنی‌دار به دست آمد، $F(1, XX)=21.297$, $p<0.0001, \eta^2=0.43$. به این ترتیب ۴۳ درصد واریانس مشترک بین شیوه‌های مداخله و میزان کاهش علائم افسردگی وجود داشته است. همچنین توان آماری برابر با یک، نشان از کفایت حجم نمونه داشت به این معنی که هیچ احتمالی وجود نداشته که فرضیه صفر به اشتباه مورد تأیید قرار گیرد. (جدول ۲)

جدول ۳: مقایسه زوجی تفاوت میانگین نمرات افسردگی گروه‌های درمانی پس از درمان

گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
۱	۱/۳۱۶	۰/۹۱۸	۰/۱۵۷
۲	-۱/۳۱۶	۰/۹۱۸	۰/۱۵۷
۳	۴/۳۵۳	۰/۹۱۳	۰/۰۰۰۱
۴	۵/۶۶	۰/۹۱۰	۰/۰۰۰۱
۵	-۴/۳۵	۰/۹۱۳	۰/۰۰۰۱
۶	۵/۶۶	۰/۹۱۰	۰/۰۰۰۱

۱-درمان شناختی-رفتاری گروهی + دارو درمانی ۲-آموزش روانی خانواده + درمان شناختی-رفتاری گروهی + دارو درمانی ۳-دارو درمانی

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مطالعه اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی و آموزش خانواده توأم با دارو درمانی در مقایسه با دارو درمانی تنها در کاهش علائم بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی صورت گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد درمان شناختی-رفتاری گروهی توأم با دارو درمانی بر کاهش و بهبود علائم بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مؤثر بوده است. نتایج این قسمت پژوهش با نتایج برخی پژوهش‌های پیشین در مورد تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی توأم با دارو درمانی بر بیماران افسرده که نشان از اختلاف معنی دار با گروه کنترل پس از درمان داشتند همخوانی دارد (۱۳،۳۱). این نتایج نشان می‌دهد که ترکیب مداخلات روان‌شناختی همچون درمان شناختی-رفتاری گروهی با دارو درمانی، تأثیر بیشتری نسبت به دارو درمانی به تنهایی در کاهش علائم افسردگی بیماران داشته که این یافته با نتایج برخی گزارش‌های دیگر نیز مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک مداخله کمکی در کنار دارو درمانی مطابقت دارد (۱۵،۱۶). پژوهش‌های مشابهی در ایران صورت گرفته که نتایج حاصل از این پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری گروهی اثر مثبتی در کاهش علائم و بهبود وضعیت روانی بیماران افسرده به

همراه داشته است و با نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مطابقت دارد (۲۳-۲۵). مطالعه دیگری در ایران اثرات درمان شناختی-رفتاری، دارو درمانی و ترکیب هر دو روش را روی بیماران افسرده اساسی مورد بررسی قرار داده است که نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مبنی اینکه درمان ترکیبی تأثیر بیشتری بر کاهش علائم افسردگی بیماران داشته است، همخوانی دارد (۳۲).

در پژوهش دیگری تأثیر گروه درمانی رفتاری روی بیماران افسرده سالمند بررسی شده ولی بر خلاف نتایج مطالعه حاضر تأثیر چشمگیر درمانی گزارش نشده است (۲۰). شاید یکی از دلایل این باشد که پژوهش مذکور بر روی افراد سالمند انجام گرفته، در حالی که در پژوهش حاضر افراد غیر سالمند مورد بررسی قرار گرفتند. از طرف دیگر در پژوهش مذکور گروه درمانی رفتاری مورد استفاده قرار گرفته بود در حالی که در پژوهش حاضر از درمان شناختی-رفتاری گروهی استفاده شده است. پژوهش‌های دیگر نشان دادند که آموزش روانی خانواده منجر به ارتقای عملکرد اجتماعی گردیده و به طور غیر مستقیم در کاهش و پیشگیری از بازگشت علایم بیماران مبتلا به اختلالات خلقی مؤثر است که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد (۱۷،۳۳،۳۴). تأثیر آموزش روانی خانواده بر سیر بهبودی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی در

افسردگی اساسی نسبت به درمان‌های تک‌بعدی مؤثر واقع شود که با نتایج برخی پژوهش‌ها مبنی بر اثر بخشی بیشتر ترکیب روان درمانی با دارو درمانی بر روی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همسو است (۳۷-۳۵).

اجرای پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی رو به رو بود از جمله اینکه کلیه نمونه‌های پژوهش زن بودند و امکان مقایسه‌ی آنها با جنس مذکر وجود نداشت. از طرف دیگر جا به جایی و تغییر برخی از اعضای خانواده بیماران در جلسات آموزش روانی خانواده، استمرار محتوای جلسات را برای برخی از اعضا با مشکل مواجه می‌کرد.

پیشنهاد می‌شود محققین در پژوهش‌های بعدی متغیر جنسیت را در نظر گرفته و بررسی روی هر دو جنس صورت گیرد. همچنین آموزش روانی خانواده به‌طور جداگانه با درمان شناختی- رفتاری گروهی مورد مقایسه قرار گیرد. از طرف دیگر پیشنهاد می‌شود اثر این مداخلات روی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نیز بررسی شود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از طرح مصوب شماره ۸۷۸ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بوده و محققین بر خود لازم می‌دانند که از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به‌واسطه حمایت مالی این طرح تشکر نمایند. همچنین از سرکار خانم معصومه هرچگانی مسئول بخش روان پزشکی زنان بیمارستان هاجر شهرکرد و کلیه خانواده‌ها و بیماران شرکت کننده در طرح که ما را در انجام پژوهش یاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم. کد کارآزمایی بالینی: IRCT201111298253N1

پژوهش دیگری توسط دشت بزرگی و همکاران بررسی شده که در آن گروه‌هایی که تحت آموزش روانی خانواده قرار گرفته بودند در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری در سطح سازگاری خانواده داشتند اما این تفاوت از نظر شدت علائم و عملکرد کلی بیمار پیش از ترخیص، هنگام ترخیص و سه ماه پس از مداخله معنی‌دار نبوده که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت ندارد (۲۲). علل این اختلاف را می‌توان چنین توجیه کرد که در پژوهش دشت بزرگی و همکاران علاوه بر بیماران افسرده اساسی، بیماران دو قطبی با فاز مانیا هم بررسی شده و از طرف دیگر تنها اعضای خانواده آنها تحت آموزش روانی خانواده قرار گرفتند در حالی که پژوهش حاضر تنها بر روی بیماران افسرده اساسی بوده و نه تنها اعضای خانواده این بیماران بلکه خود بیماران نیز تحت درمان شناختی- رفتاری توأم با مصرف دارو قرار گرفتند و به همین دلیل در پژوهش حاضر ترکیب درمان‌های فوق اثر بخشی بیشتری روی علائم بیماران داشته است. در پژوهش دیگری نشان داده شده که در میان مداخلات روانی- اجتماعی آموزش روانی خانواده اثر بیشتری پس از درمان در میزان بهبودی بیماران خلقی دارد (۳۵) که با نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد و نشان می‌دهد آموزش روانی خانواده با ایجاد جو مساعد در خانواده و روش‌های صحیح برخورد با بیماران خلقی، می‌تواند به کاهش علائم و بهبودی آنها کمک نماید.

یافته‌های مطالعه حاضر به‌طور کلی نشان می‌دهد که ترکیب درمان‌های دارویی و مداخلات روان‌شناختی می‌تواند در کاهش و بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال

References

1. DSM-IV-TR. 4th ed., text revision. Washington (DC), American Psychiatric Association, 2000.
2. Siha SC. Depression behavior therapy approach. Reference press, 2002; P 67.
3. Kaplan HJ, Sadock BJ. Synopsis psychiatry, Behavioral Sciences / Clinical psychiatry. 9th ed., Baltimore, Williams and Wilkins, 2005; PP 658 - 99.
4. Watkins ER, Mullan E, Wingrove J, Rimes K, Steiner H, Bathurst N, et al. Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: phase II randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011; 199(4): 317-22.
5. American psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., Washington DC, Amer Psyc Assn Press, 2000; p 285.
6. Bowers WA. Treatment of depressed in-patients: cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 73-8.
7. Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen Tierney S. A Meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus other therapies for depression. *J Affect Disord* 2002; 68(2-3): 159-65.
8. Robertson D. The Philosophy of Cognitive – Behavioral Therapy: Stoicism as Rational and Cognitive Psychotherapy. London, Karnac, 2010; PP 176-90.
9. Beck JS. Cognitive therapy: basics and beyond. New York, Guilford Press, 1995; P 204.
10. Miklovits DJ, George EL, Axelson DA, Kim EY, Birmaher B, Schenech C, et al. Family – focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004; 82 (Suppl 1): S 113 -28.
11. Fristad MA, Goldgerg-Arnold JS, Gavazzi SM. Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *J Bipolar Disord* 2002; 4(4): 254-62.
12. North Brisbane Mental health Services. What is psychoeducation? [Monograph on the Internet]. Getmentalhelp Inc 2001; Available at: <http://www.getmentalhelp.com>.
13. Maneeton N, Thongkam A, Maneeton B. Cognitive-behavioral therapy added to floxetine in major depressive disorder after 4 weeks of floxetine-treatment: 16 week open label study. *J Med Assoc Thai* 2010; 93(3): 337-42.
14. Oei T, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord* 2008; 107 (1-3): 5-21.
15. Thomas LJ, Abel A, Ridgway N, Peters T, Kessler D, Hollinghurst S, et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment resistant depression in primary care: The CoBaLT randomized controlled trial protocol. *Contemp Clin Trials* 2012; 33(2): 312-9.
16. Kohler S, Hoffmann S, Unger T, Steinacher B, Dierstein N, Fydrich T. Effectiveness of cognitive behavioural therapy plus pharmacotherapy in inpatient treatment of depressive disorders. *Clin Psychol Psychother* 2011; doi: 10.1002/cpp. 795.

17. Melo-Carillo A, Van Oudenhove L, Lopez-Avila A. Depressive Symptoms among Mexican medical students: High prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention. *J Affect Disord* 2012; 136(3): 1098-103.
18. Kush FR, Fleming LM. An innovative approach to short – term group cognitive therapy in the combined treatment of anxiety and depression. *Group Dynamics* 2000; 4(2): 176 – 83.
19. Foroushani PS, Schneider J, Assareh N. Meta – review of the effectiveness of computerised CBT in treating depression. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 131.
20. Brand E, Clingempeel WG. Group behavioral therapy with depressed geriatric inpatients: An assessment of incremental efficacy. *Behavior Therapy* 1992; 23(3): 475-82.
21. Brenhard B, Schaub A, Kummler P, Dithmann S, Severus E, Seemuller F, et al. Impact of cognitive psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *J Eur psychiatry* 2006; 21(2): 81-6.
22. Dashtbozorgi B, Ghadirian F, Khajeddin N, Karami K. Effect of family psychoeducation on the level of adaptation and improvement of patients with mood disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2009; 15(2): 193-200 [Persian].
23. Yaaghobi M, Atefvahid MK, Ahmadzadeh GH. The effectiveness cognitive – behavior group therapy for decrease depression and anxiety mood disorder inpatients. *Andeeshe Va Raftar J* 2003; 9(2): 56-63 [Persian].
24. Sajadinejad MS, Mohamadi N, Taghavi MR, Ashgazadeh N. Therapeutic effects of cognitive-behavioral group therapy on headache disability and depression in patients with migraine and tension headache . *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology* 2009; 14(4): 411-18 [Persian].
25. Ranjbar F, Ashktorab T, Dadgari A. The effectiveness cognitive – behavior group therapy in depression. *Journal of shaheed Sadoghi University of Medical Sciences* 2010; 18(4): 299-306 [Persian].
26. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences, New York, Academic Press, 1988; P 345.
27. Young JE, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression, In: Barlow D.H. (editor), Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. 3rd Ed, New York, Guilford press, 2001; PP 264-309.
28. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8: 77 - 100.
29. Scogin F, Beutler L, Corbishley A, Hamblin D. Reliability and validity of the short form beck depression inventory with older adults. *J Clin Psychol* 1988; 44(6): 853-7.
30. Ghahri Sh. The effect cognitive-behavioral approach in cannabis abuse. Ph.D. Thesis in clinical psychology. University of Medical Sciences, Tehran psychiatric Institute, 2005; [Persian].
31. Dingle GA, Oei TP, Young RM. Mechanisms of change in negative thinking and urinary monoamines in depressed patients during acute treatment with group cognitive behavior therapy and antidepressant

- medication. *Psychatry Res* 2010; 175 (1-2): 82-8.
32. Sotodeh N, Behnam B, Ghorbani R. Effects of cognitive therapy, drug therapy and combined therapy in improvement of major depression. *Koomesh* 2011; 13(1):114-9 [Persian].
33. Colom F, Lam D. Psychoeducation: Improving outcomes in bipolar disorder. *Eur psychiatry* 2005; 20 (5-6): 359- 64.
34. Miller I W, Solomom DA, Ryan C E, Keitner GT. Dose adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood edisodes? *J Affect Disord* 2004; 82(3): 431-6.
35. Paykel ES. Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007; 10(1): 131-6.
36. Hollon SD, Shelton RC, Davis DD. Cognitive therapy for depression: conceptual issues and clinical efficacy. *J Consul Clin Psychol* 1993; 61(2): 270-5.
37. De Jonghe F, Hendricksen M, Van Aalst G, Kool S, Peen V, Van R, et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *B J P* 2004; 185: 37-45.

The Efficacy of Cognitive Behavioral Group-Therapy Alone and plus Family Psycho-Education on the Treatment of Major Depression Disorder Symptoms in Females

Solati Dehkordi K., Ph.D.^{1*}, Mobasheri M., Ph.D.²

1. Assistant professor of Psychology, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrkord, Iran

2. Assistant professor of Epidemiology, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrkord, Iran

* Corresponding author; e-mail: kamal_solati@yahoo.com

(Received: 3 Nov. 2011 Accepted: 9 May 2012)

Abstract

Background & Aims: Major depression is one of the common psychiatric disorders imposing negative effects on patients and their families. There are several treatment methods for depression. The purpose of the present study was to determine the effect of combination of cognitive behavioral group therapy, family psycho-education and medication versus medication alone on the improvement of major depression disorder.

Methods: This study was a clinical trial in which using convenience sampling 60 patients with major depression admitted in Hajar Hospital Shahrekord /Iran were randomly selected. The patients were randomly allocated into three groups (n=20). The first group underwent medication therapy as well as cognitive behavioral group therapy. The second group received medication therapy, cognitive behavioral group therapy and family psycho-education. The third group, served as the control group, only received medication therapy. Beck Depression Inventory II was applied to all three groups before and after therapeutic interventions.

Results: Our findings indicate a significant difference between control group and both cognitive behavioral group therapy and family psycho-education after therapeutic interventions. In other words, while both cognitive behavioral group therapy and family psycho-education groups showed significant difference with medication therapy group, no significant difference was found between cognitive behavioral group therapy and family psycho-education group.

Conclusion: Medication therapy accompanied by cognitive behavioral therapies and family psycho-education is more efficient in improving depression symptoms compared to pure medication therapy.

Keywords: Major, Depressive disorder, Drug therapy, Psychotherapy, Cognitive therapy, Women