



## بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی، دارو درمانی و ترکیب این دو روش درمانی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی

حسین داداش زاده<sup>۱\*</sup>، دکتر جعفر بوالهری<sup>۲\*</sup>، دکتر سید اکبر بیان زاده<sup>۳\*</sup>، دکتر افسر ارفعی<sup>۴\*</sup>

### چکیده

**هدف:** این پژوهش به منظور بررسی اثر بخشی روش درمانی آموزش مهارت‌های اجتماعی و ترکیب آن با دارو درمانی در درمان زنان مبتلا به افسردگی اساسی انجام شده است. **روش:** نمونه مورد بررسی ۲۱ زن مبتلا به افسردگی اساسی بودند که به سه گروه دارو درمانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، و درمان ترکیبی بطور تصادفی اختصاص داده شدند. به منظور کنترل متغیرهایی همچون سن، میزان تحصیلات، مدت ابتلا به بیماری، شدت افسردگی و میزان سازگاری، گروه‌های آزمایشی با استفاده از تحلیل واریانس با یکدیگر مقایسه شدند. نخست نمرات پیش آزمون هر یک از آزمودنیها در پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون، و مقیاس سازگاری اجتماعی بدست آمد و سپس روشهای درمانی به مدت ۲/۵ تا ۳ ماه (۱۲ تا ۱۵ جلسه) در مورد آنها به کار برده شد. در پایان دوره درمان، دوباره تمامی بیماران با همان ابزارهای یاد شده مورد بررسی قرار گرفتند و نمرات پس آزمون با نمرات پیش آزمون مقایسه و تحلیل شدند. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که روش درمانی آموزش مهارت‌های اجتماعی بطور معنی داری افزایش میزان سازگاری در بیماران را به دنبال داشته است ( $P < 0/01$ ). همچنین آزمودنیهای گروه درمان ترکیبی در مقایسه با گروه دارو درمانی و گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی، بطور معنی داری به بهبودی بیشتری دست یافتند ( $P < 0/05$ ). از نظر کاهش نشانه‌های افسردگی، میان گروه دارو درمانی و گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی تفاوت معنی داری دیده نشد.

### کلید واژه: افسردگی اساسی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، دارو درمانی، زنان

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، بلوار ایل گلی، مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی رازی.  
\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به خیابان دکتر شریعتی، کوچه جهان پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.  
\* دکترای توانبخشی روانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به خیابان دکتر شریعتی، کوچه جهان پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.  
\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، بلوار ایل گلی، مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی رازی.

یکی از روشهای درمانی موفق در درمان اختلال افسردگی اساسی، آموزش مهارتهای اجتماعی<sup>(۱)</sup> است که در برخی منابع، بخشی از روش درمان میان فردی<sup>(۲)</sup> به شمار آمده (کاپلان<sup>(۳)</sup>، سادوک<sup>(۴)</sup>، گرب<sup>(۵)</sup> ۱۹۹۴) و در برخی از آن به عنوان بخشی از رفتار درمانی شناختی<sup>(۶)</sup> یاد شده است (بک<sup>(۷)</sup>، هایمبرگ<sup>(۸)</sup>، و بلاک<sup>(۹)</sup> ۱۹۸۷). این شیوه درمانی مبتنی بر الگوی کمبود مهارتها<sup>(۱۰)</sup> می باشد. این کمبودها در افراد افسرده یک چرخه معیوب به وجود آورده و میزان تقویت مثبت آنها را کاهش می دهند. هرسن<sup>(۱۱)</sup> و بلاک برایین باورند که شیوههای آموزش مهارتهای اجتماعی از کارهای سالتر<sup>(۱۲)</sup>، ولپی<sup>(۱۳)</sup>، لازاروس<sup>(۱۴)</sup> و همچنین رواندرمانگرانی از جمله زیگلر<sup>(۱۵)</sup> و فیلیپس<sup>(۱۶)</sup> در زمینه قابلیتهای اجتماعی ریشه می گیرد (بلاک و هرسن، ۱۹۸۸).

امروزه آموزش مهارتهای اجتماعی به گروه ویژه ای از شیوههای درمانی گفته می شود که شامل الگودهی<sup>(۱۷)</sup>، تمرین رفتار<sup>(۱۸)</sup>، ستودن<sup>(۱۹)</sup>، رهنمود دادن<sup>(۲۰)</sup>، دادن پسخوراند<sup>(۲۱)</sup>، آموزش مستقیم<sup>(۲۲)</sup>، و دادن تکالیف خانگی<sup>(۲۳)</sup> است (بک و همکاران، ۱۹۸۷). برای کسی که می خواهد این روش درمانی را به کار برد، درک و تحلیل موقعیتها از اهمیت زیادی برخوردار بوده، به طوری که او را در مشخص کردن هدفها، قاعدهها و زمینه های تعاملی مشکل زا یاری می دهد.

اتریخشی آموزش مهارتهای اجتماعی درمانی در مورد بیماران مبتلا به افسردگی اساسی توسط هر سن، بلاک، هیمل هوخ<sup>(۲۴)</sup>، تیس<sup>(۲۵)</sup> و نیز در مورد بیماران مبتلا به اختلال افسرده خوئی<sup>(۲۶)</sup> توسط بک و همکاران (۱۹۸۷) و عناصری کاخکی<sup>(۱۳۷۳)</sup> بررسی شده و اثرات درمانی رضایت بخشی بدست آمده، به طوری که درمان با این روش باعث حفظ و تداوم بهبودی این بیماران می گردد. منطق نظری پژوهش حاضر مبتنی بر این فرض است که بیماران افسرده در مقایسه با افراد بهنجار و غیر افسرده، کمبودهایی در مهارتهای اجتماعی دارند و این نارساییهای

رفتاری منجر به کیفیت ضعیف رفتار میان فردی آنان شده و احتمال دریافت تقویت مثبت را کاهش می دهد. لوینسون<sup>(۲۷)</sup> (۱۹۷۵) بر این باور است که اشخاص مستعد افسردگی، در زمینه رفتار میان فردی کمبود داشته و مهارتهای اجتماعی نابسندگی دارند، در نتیجه هنگامی که زندگی خود را به هر دلیل در شرف گسیختگی می بینند، مانند دیگران توانایی ایجاد و بهبود منابع جایگزین رضامندی شخصی را ندارند. از این رو شخصی که توانایی برقراری روابط اجتماعی قوی دارد، به ناملایمات شخصی شدید پاسخ منفی ملایمی نشان می دهد، اما شخصی که مهارت اجتماعی اندکی دارد با رویدادهای خیلی کوچک ممکن است افسرده شود.

برخی از پژوهشگران نشان داده اند که بیماران افسرده، دست کم در پنج زمینه با افراد غیر افسرده تفاوت دارند. این تفاوتها شامل میزان کلی رفتار کلامی، تعداد رفتارهای خود جوش، مدت زمان نهفتگی پاسخ مثبت به رفتار دیگران، میزان رفتار قابل تقویت مثبت و بالاخره شرکت کردن در رفتارهای گروهی است (لوینسون و همکاران، ۱۹۷۰، به نقل از ترور<sup>(۲۸)</sup> و هولین<sup>(۲۹)</sup>، ۱۹۸۶).

چارلز فرستر<sup>(۳۰)</sup> (۱۹۷۳)، به نقل از بک و همکاران (۱۹۸۷) نخستین روانشناس رفتارگرا بود که به بررسی

1-social skills training (SST)

2-interpersonal therapy

4-Sadock

6-cognitive behavior therapy

7-Beck

9-Bellack

11-Herssen

13-Wolpe

15-Zigler

17-modeling

19-praise

21-feedback

23-homework

25-Thase

27-Lewinsohn

29-Hollin

3-Kaplan

5-Grebb

8-Heimberg

10-skills deficit

12-Salter

14-Lazarus

16-Phillips

18-behavioral reherarsal

20-prompts

22-instruction

24-Himmelhoch

26-dysthymia

28-Trower

30-Charles Ferster

افسردگی پرداخت. وی باور داشت که کاهش تقویت مثبت سبب کاهش رفتارهای مطلوب می شود. در اصطلاح رفتاری می توان گفت که رفتار شخص خاموش می شود زیرا برای مدت طولانی تقویت نگردیده است.

در طی یک دوره افسردگی، صرفنظر از این که علت آن چه چیز باشد، مهارت‌های اجتماعی کاهش می یابد. این امر می تواند با جدا کردن فرد از منابع احتمالی تقویت مثبت، افسردگی او را پایدار کرده و علیرغم از میان رفتن علت‌های اولیه، آن را به صوت مزمن نگهدارد. از این رو هر اقدام درمانی که بتواند تعامل‌های مثبت و موفق بیماران افسرده را افزایش داده و مهارت‌های اجتماعی بسنده و مفید را در آنها به وجود آورد، به تدریج بالا رفتن خلق و کاهش نشانه‌های افسردگی را به دنبال آورده و درجه سازگاری آنها را در برخورد با ناملایمات محیطی افزایش خواهد داد.

در رابطه با هر یک از اختلالات روانی رویکردهای مختلف درمانی مطرح شده که می بایستی سودمندی آنها طی پژوهشهایی از این دست مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرد. پژوهش حاضر نیز در این راستا و با هدف‌های زیر انجام شده است:

۱- بررسی میزان اثر بخشی روش درمانی موسوم به آموزش مهارت‌های اجتماعی به عنوان روشی برای بهبود میزان سازگاری افراد مبتلا به افسردگی اساسی.  
۲- بررسی اینکه کدامیک از روش‌های سه گانه درمان (دارو درمانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و ترکیب این دو با هم) در درمان افسردگی اساسی بیشترین تاثیر را دارد.

۳- بررسی برتری دارو درمانی در مقایسه با آموزش مهارت‌های اجتماعی، در درمان افسردگی اساسی زنان و افزایش سازگاری اجتماعی آنها.

فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

الف) آموزش مهارت‌های اجتماعی به عنوان یک شیوه درمانی سازگاری در زنان مبتلا به افسردگی اساسی را افزایش می دهد.

ب) ترکیب دارو درمانی با آموزش مهارت‌های اجتماعی در درمان زنان مبتلا به افسردگی اساسی، در مقایسه با کاربرد هر کدام به تنهایی کاهش بیشتر (معنی دار) افسردگی را به دنبال دارد.

ج) میزان اثربخشی دارو درمانی (ایمی پرامین)<sup>(۱)</sup> و آمی تریپتیلین<sup>(۲)</sup> در درمان افسردگی اساسی زنان، بطور معنی داری بیشتر از میزان اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی است.

## روش

پژوهش حاضر که از نوع پژوهش‌های آزمایشی است و با هدف بررسی میزان اثر بخشی روش درمانی آموزش مهارت‌های اجتماعی به تنهایی و نیز در ترکیب با دارو درمانی (ایمی پرامین و آمی تریپتیلین) در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام گردیده است. در این راستا ۲۱ نفر زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که میزان افسردگی آنها از نمره ۱۹ در پرسشنامه افسردگی بک<sup>(۳)</sup> بالاتر بود و از نظر سواد دست کم تا کلاس پنجم ابتدائی درس خوانده بودند، با همکاری روانپزشکان انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمانی (گروه دارو درمانی، گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه درمان ترکیبی) جای داده شدند. انتخاب جنس زن در پژوهش حاضر به دلیل شیوع بیشتر اختلال افسردگی اساسی در میان زنان بوده است. برای اطمینان از همسان بودن گروهها از نظر متغیرهایی چون سن، مدت ابتلا به بیماری و میزان تحصیلات، هر سه گروه با استفاده از روش‌های آماری تحلیل واریانس و آزمون t مورد مقایسه قرار گرفتند و تفاوت معنی داری میان سه گروه در متغیرهای یاد شده دیده نشد. همه‌ی آزمودنی‌های پژوهش به زبان آذری صحبت می کردند و مسلمان شیعی بودند. از نظر وجود بیماری‌های بدنی توأم، تنها یک نفر در گروه آموزش

مهارت‌های اجتماعی و یک نفر در گروه دارو درمانی، مطابق با DSM-IV<sup>(۱)</sup>، (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، در محور ۳، یک ناراحتی جزئی همراه داشت (یک مورد عفونت رحم و کمر درد). برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنیها در جدول ۱ ارائه شده است.

ابزارهای اندازه‌گیری در پژوهش حاضر به شرح زیر بود:  
۱- مصاحبه روانی: به صورت نیمه ساختار یافته و براساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و افتراق آن از سایر اختلالهای روانی از جمله اختلال افسرده خلقی<sup>(۲)</sup>، دوره‌های شیدایی (مانیا) و شیدایی خفیف (هیپومانیا)، اختلال افسردگی ناشی از یک اختلال پزشکی و اختلال افسردگی ناشی از مواد، به کار رفت.

۲- پرسشنامه افسردگی بک: یکی از رایج ترین ابزارهای خودسنجی افسردگی است که دارای ۲۱ ماده بوده و حالت افسردگی فرد را طی ۷ شبانه روز گذشته ارزیابی می‌کند (بک و همکاران، ۱۹۸۷). هدف آزمون بک علامت شناسی جامع افسردگی است که البته تاکید بیشتر بر علائم شناختی افسردگی است تا علائم رفتاری یا جسمانی. سیمونز<sup>(۳)</sup> و الیور<sup>(۴)</sup> (۱۹۸۴)، به نقل از بلاک و هرسن، ۱۹۸۸، نمره‌های برش<sup>(۵)</sup> ۱۸ و ۱۹ را برای بررسیهای همه گیر شناسی، ویلنبرینگ<sup>(۶)</sup> (۱۹۸۶)، به نقل از لوکز<sup>(۷)</sup>، هاینه<sup>(۸)</sup> و اسمیت<sup>(۹)</sup>، ۱۹۸۹، نمره‌های ۱۳ و ۱۴ را برای بررسی بالینی پیشنهاد کرده‌اند. در گزارش بک و بک (۱۹۷۲) همبستگی کل ماده‌ها بین ۰/۳۱ الی ۰/۶۸ و پایایی بدست آمده با روش اسپیرمن - براون و بوسیله دو نیمه کردن آزمون برابر با ۰/۹۳ بوده است.

۳- مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون<sup>(۱۰)</sup>: این مقیاس به وسیله ماکس هامیلتون برای ارزیابی میزان افسردگی تهیه گردیده است. در پژوهش حاضر از نوع ۲۴ ماده‌ای این آزمون استفاده شده است. این مقیاس نشانه‌های اصلی افسردگی را در بر می‌گیرد و در آن به شکایات بدنی، نشانه‌ها و تغییرات جسمی مرتبط با

افسردگی اهمیت بیشتری داده شده است.

این مقیاس کاربرد گسترده‌ای برای ارزیابی بیماران افسرده داشته و به روند درمان نیز حساسیت نسبتاً زیادی دارد (هدلاند<sup>(۱۱)</sup>، ۱۹۷۹؛ شاو<sup>(۱۲)</sup>، ۱۹۸۵، به نقل از ویسمن<sup>(۱۳)</sup>، مارک<sup>(۱۴)</sup> و میلر<sup>(۱۵)</sup>، ۱۹۹۱). ضرایب بالایی در مورد پایایی و اعتبار این مقیاس گزارش شده است. در پژوهشی که برای محاسبه پایایی این مقیاس توسط هامیلتون (۱۹۶۰) انجام شد، ضریب همبستگی بین دو ارزیابی برابر با ۰/۹۰ گزارش گردید. اوهارا<sup>(۱۶)</sup> و رم<sup>(۱۷)</sup> (۱۹۸۵)، به نقل از همان جا) همبستگی‌هایی با دامنه ۰/۲۲ تا ۰/۶۷ را گزارش کرده‌اند. در رابطه با اعتبار مقیاس هامیلتون، گرین و استون (۱۹۷۵)، به نقل از بلاک و هرسن، ۱۹۸۸) همبستگی برابر با ۰/۷۳ را بین مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون و SCL-90 گزارش کرده‌اند. همچنین همبستگی آن با ارزیابی روانپزشکی، برابر با ۰/۷۷ بوده است (همان جا).

۴- مقیاس سازگاری<sup>(۱۸)</sup>: این مقیاس که دارای ۱۵ ماده است، بوسیله عناصری کاخکی (۱۳۷۳) و با استفاده از چند پرسشنامه معتبر تهیه شده و میزان سازگاری فرد را در زمینه‌های مختلف خانوادگی، تحصیلی، شغلی، اجتماعی و شخصی، از راه خودسنجی ارزیابی می‌کند. ماده‌های مقیاس یاد شده از صفر تا ۴ درجه بندی شده و وضعیت سازگاری اجتماعی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

1-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)

2-dysthymic disorder

3-Simons

4-Oliver

5-cut-off point

6-Willenbring

7-Louks

8-Hayne

9-Smith

10-Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)

11-Hedlund

12-Shaw

13-Whisman

14-Mark

15-Miller

16-O'Hara

17-Rehm

18-Adjustment Scale

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار ویژگیهای جمعیت شناختی گروههای مورد بررسی

کل	درمان	دارودرمانی	آموزش مهارتهای	گروهها	ویژگیهای جمعیت شناختی
	ترکیبی				
	۳۲/۳	۳۹/۳	۲۷/۳	میانگین	سن
۱۰/۴	۱۰/۱	۸	۱۰/۴	انحراف معیار	
۹/۱	۸	۷/۴	۱۱/۸	میانگین	میزان تحصیلات
۴	۳/۶	۳/۲	۴/۱	انحراف معیار	
۸/۷	۱۰/۴	۵/۷	۹/۸	میانگین	مدت ابتلاء (به ماه)
۶/۹	۷/۹	۵/۵	۷	انحراف معیار	

درمانی و متغیرهای وابسته عبارت از میزان افسردگی و میزان سازگاری اجتماعی بیماران بوده است. در این بررسی مراد از بهبودی، وجود تفاوت معنی دار میان نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون و مقیاس سازگاری بود که می‌تواند نشان دهنده کاهش میزان افسردگی و افزایش میزان سازگاری در آزمودنیها باشد. ارزیابی بیماران در هر یک از مقیاسهای اندازه‌گیری یاد شده توسط نگارنده انجام گرفته است.

مراد از سازگاری اجتماعی، نمره بدست آمده از مقیاس پنج درجه‌ای مقیاس سازگاری است که در زمینه شرایط شغلی، اجتماعی، خانوادگی و شخصی بوده و توسط بیمار تکمیل گردیده است.

داروی اصلی که توسط روانپزشکان برای دارو درمانی بیماران استفاده شد، ایمی پرامین و آمی تریپتیلین بود که هر دو از ضد افسردگیهای سه حلقه‌ای<sup>(۶)</sup> می‌باشند.

آموزش مهارتهای اجتماعی که توسط روانشناس بالینی انجام گرفت شامل شماری از روشهای روابط میان فردی است که به کمک آن بتوانند با دیگران به درستی ارتباط ایجاد کنند، توانائیهای خود را ارزیابی کنند و

در ساختن این مقیاس از پرسشنامه اجتماعی<sup>(۱)</sup>، کورنی<sup>(۲)</sup> و کلار<sup>(۳)</sup>، پرسشنامه موقعیتهای اجتماعی<sup>(۴)</sup> ترور و چک لیست عوامل مؤثر در رفتار اجتماعی گالاسی<sup>(۵)</sup> (۱۹۷۷؛ به نقل از بک و همکاران، ۱۹۸۷) استفاده شده است. پرسشنامه‌های یاد شده از اعتبار خوبی برای ارزیابی روابط میان فردی برخوردار هستند (بلاک و هرسن، ۱۹۸۷).

برای اجرای پژوهش نخست هر یک از آزمودنیها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون و مقیاس سازگاری به عنوان پیش آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس روشهای درمانی به مدت ۲/۵ تا ۳ ماه (۱۲ تا ۱۵ جلسه) در مورد آنها بکار برده شد. در پایان دوره درمان دوباره همه‌ی بیماران با استفاده از همان ابزارهای اولیه مورد ارزیابی قرار گرفتند. با توجه به اینکه آزمودنیهای هر سه گروه درمانی در آغاز پژوهش، از لحاظ متغیرهای تعدیل کننده (سن، مدت ابتلاء به بیماری و میزان تحصیلات) و متغیرهای وابسته (شدت افسردگی و میزان سازگاری) بررسی شده بودند، نتایج بدست آمده از اندازه‌گیری اول (پیش آزمون) و اندازه‌گیری دوم (پس آزمون) با استفاده از روشهای آماری آزمون t و تحلیل واریانس، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر متغیر مستقل عبارت از روشهای

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| 1-Social Questionnaire | 2-Corney                   |
| 3-Clare                | 4-social situation         |
| 5-Galasi               | 6-tricyclic antidepressant |

متناسب با آن رفتار خود را پاداش دهند. هدف، افزایش شایستگی‌ها و کفایت‌های اجتماعی، با جرأت بودن، دوستانه بودن، گرمی، همدلی و به سهولت با دیگران گفتگو کردن می‌باشد.

آموزش مهارت‌های اجتماعی به بیماران با زبان آذری انجام می‌گرفت که زبان محلی آزمودنیها است. درمان ترکیبی نیز شامل کاربرد توأم دارو و آموزش مهارت‌های اجتماعی بود.

### یافته‌ها

وضعیت گروه‌های آزمایشی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر شدت افسردگی و میزان سازگاری در جدول ۲ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، در گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی بیشترین تغییر در میزان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مربوط به مقیاس افسردگی هامیلتون می‌باشد. در گروه دارو درمانی، بیشترین تغییر در میزان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به دوآزمون پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس افسردگی هامیلتون می‌باشد. در گروه درمان ترکیبی، بیشترین تغییر در میزان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مربوط به مقیاس افسردگی هامیلتون بوده است. افزون بر آن مقایسه کلی سه گروه از آزمودنیها، بیشترین تغییر را در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنیهای گروه درمان ترکیبی نشان داد. همچنین تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که گروه‌های آزمایشی از نظر شدت افسردگی و میزان سازگاری، در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند.

به منظور آزمون فرضیه اول، نمره‌های پیش‌آزمون مقیاس سازگاری در آزمودنیهای گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی، با استفاده از آزمون  $t$  وابسته مورد تحلیل آماری قرار گرفت. در گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی، اندازه  $t$  وابسته ( $p < 0/01$  و  $t=7/54$ ) نشان دهنده وجود تفاوت معنی‌دار میان نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مؤثر

بودن آموزش مهارت‌های اجتماعی در افزایش میزان سازگاری بیماران است (جدول ۳).

برای آزمون فرضیه دوم پژوهش، تفاوت میان نمره‌های پس‌آزمون، در سه گروه درمانی، با استفاده از تحلیل واریانس یک‌عاملی تفاوت معنی‌دار نشان داده شد (جدول ۴). برای مشخص کردن اینکه آیا روش درمانی ترکیبی در مقایسه با دو روش دیگر اثر بخشی بیشتری دارد، آزمون تعقیبی توکی<sup>(۱)</sup> به کار برده شد. آزمون توکی روی میانگینهای دو گروه اول و سوم آزمودنیها (گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه درمان ترکیبی) تفاوت معنی‌داری را میان نمرات پس‌آزمون پرسشنامه افسردگی بک در دو گروه یاد شده، در سطح  $0/05$  نشان داد. آزمون توکی روی میانگینهای دو گروه دوم و سوم (گروه درمان دارویی و گروه درمان ترکیبی) تفاوت بین میانگینهای نمرات پس‌آزمون آنان را در سطح  $0/05$  معنی‌دار نشان داد. تحلیل واریانس یک‌عاملی نمره‌های پس‌آزمون مقیاس افسردگی هامیلتون در گروه‌های درمانی تفاوت معنی‌داری ( $p < 0/01$ ) را میان آنها نشان داد (جدول ۵). برای مشخص نمودن میزان تأثیر هر یک از روشها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد و این آزمون تفاوت معنی‌داری در سطح  $0/01$  میان میانگینهای نمرات پس‌آزمون مقیاس هامیلتون در گروه درمان ترکیبی و گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی نشان داد که نشان دهنده برتری روش درمان ترکیبی در مقایسه با آموزش مهارت‌های اجتماعی است.

همچنین آزمون توکی تفاوت معنی‌داری در سطح  $0/05$  میان میانگینهای پس‌آزمون مقیاس هامیلتون در گروه درمان ترکیبی و گروه دارو درمانی نشان داد که مؤثر بودن روش درمان ترکیبی را در مقایسه با دارو درمانی به تنهایی نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروهها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس سازگاری هامیلتون و مقیاس سازگاری

مقیاس سازگاری		مقیاس افسردگی هامیلتون		پرسشنامه افسردگی بک		ابزار اندازه‌گیری	روش‌های درمانی
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
۱۴/۳	۲۸/۸	۲۰	۳۵	۲۰/۳	۳۳/۴	میانگین	آموزش مهارت‌های
۶	۶	۱۱/۶	۶	۱۲/۱	۷/۸	انحراف معیار	اجتماعی
۲۲/۱	۳۲/۷	۱۸	۳۴	۲۰/۶	۳۶	میانگین	دارودرمانی
۹/۷	۳/۳	۹/۳	۸/۱	۱۰	۶	انحراف معیار	
۵	۲۸/۴	۴/۷	۴۱/۳	۶/۷	۳۶/۳	میانگین	درمان ترکیبی
۱/۳	۱۰/۲	۱/۳	۶/۱	۲/۵	۴/۵	انحراف معیار	

جدول ۵- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های پس‌آزمون مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون در سه گروه درمانی

p	F	MS	df	SS	
۰/۰۱	۶/۵۳	۴۸۳/۱۹	۲	۹۶۶/۳۸	بین گروهی
		۷۳/۹۶	۱۸	۱۳۳۱/۴۳	درون گروهی
				۲۲۹۷/۸۱	کل

سطح ۰/۰۱ بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون مقیاس سازگاری در گروه درمان ترکیبی و گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی نشان داد که برتری روش درمان ترکیبی را در برابر روش آموزش مهارت‌های اجتماعی به تنهایی نشان داد و این امر سازگاری بیشتر بیماران را در پی داشته است.

همچنین آزمون توکی تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۱ بین میانگین‌های پس‌آزمون مقیاس سازگاری در

جدول ۶- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های پس‌آزمون مقیاس سازگاری در سه گروه درمانی

p	F	MS	df	SS	
۰/۰۱	۲۹/۱۵	۵۱۵/۴۷	۲	۱۰۳۰/۹۵	بین گروهی
		۱۷/۶۸	۱۸	۳۱۸/۲۹	درون گروهی
				۱۳۴۹/۲۴	کل

جدول ۳- خلاصه نتایج آزمون t وابسته جهت مقایسه میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس سازگاری در گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی

p	t	df	S	$\bar{X}$	منبع تغییرات
۰/۰۱	۷/۵۴	۶	۵/۵۹	۲۸/۸۵	پس‌آزمون
				۱۴/۲۸	پس‌آزمون

تحلیل واریانس یک عاملی نمره‌های پس‌آزمون مقیاس سازگاری در گروه‌های درمانی تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۱ میان گروهها نشان داد (جدول ۶). برای مشخص نمودن اینکه روش درمانی ترکیبی در مقایسه با

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های پس‌آزمون پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه درمانی

p	F	MS	df	SS	
۰/۰۱	۶/۷	۵۷۰/۶۲	۲	۱۱۴۱/۲۴	بین گروهی
		۸۵/۱۱	۱۸	۱۵۳۲	درون گروهی
				۲۶۷۳/۲۴	کل

کاربرد تک تک دو روش دیگر، منجر به سازگاری بیشتر بیماران شده یا نه، از آزمون توکی برای مقایسه میانگینها استفاده شد. نتیجه آزمون توکی تفاوت معنی داری در

گروه درمان ترکیبی و گروه دارو درمانی نشان داد که گویای مؤثر بودن روش درمان ترکیبی نسبت به دارو درمانی تنها است.

همان طور که نتایج تحلیل واریانس نمرات پس آزمون ابزارهای اندازه گیری نشان می دهد (جدولهای ۴، ۵ و ۶) روش درمان ترکیبی در مقایسه با کاربرد تک تک هر یک از آنها، تأثیر درمانی بیشتری داشته و تمام تحلیلهای آماری تفاوت معنی داری را میان روش درمان ترکیبی و دو روش دیگر در سطح ۰/۰۵ و حتی در برخی موارد در سطح ۰/۰۱ (در مورد مقیاس هامیلتون و مقیاس سازگاری) نشان داد. به نظر می رسد که روش درمان ترکیبی به دو روش دیگر درمانی برتری داشته باشد.

برای آزمون فرضیه سوم پژوهش، تفاوت نمره های پس آزمون ابزارهای اندازه گیری، در دو گروه دارو درمانی و آموزش مهارتهای اجتماعی با استفاده از آزمون تعقیبی توکی مورد تحلیل قرار گرفت. ابتدا آزمون توکی روی نمرات پس آزمون پرسشنامه افسردگی بک در دو گروه آزمایشی انجام گرفت که تفاوت معنی داری میان میانگینهای نمرات دو گروه دیده نشد. در بخش دیگری از این تحلیل آماری، آزمون توکی تفاوت معنی داری میان میانگینهای نمرات پس آزمون مقیاس افسردگی هامیلتون در دو گروه یاد شده نشان نداد. آزمون توکی روی میانگینهای نمرات پس آزمون مقیاس سازگاری در دو گروه درمانی انجام گرفت و تفاوت معنی داری را در سطح ۰/۰۱ میان دو گروه یاد شده نشان داد. به بیان دیگر این بررسی نشان داد که گروه آموزش مهارتهای اجتماعی به میزان بیشتری از سازگاری اجتماعی دست یافته اند.

### بحث در یافته ها

یافته های پژوهش حاضر این فرضیه پژوهش را که درمانهای رفتاری - شناختی به ویژه درمانهایی که بر روابط میان فردی تأکید دارند، زمانیکه با درمانهای دارویی همراه شوند علائم را بهتر از درمان دارویی به تنهایی کاهش می دهند، کارکرد اجتماعی فرد را در مرحله بهبود بالا می برند و در مجموع نتایج درمانی بهتر بوجود می آورند

(کواکس<sup>(۱)</sup>، ۱۹۸۰).

بررسیهای کوین<sup>(۲)</sup> (۱۹۷۶)، لوینسون و لیبت<sup>(۳)</sup> (۱۹۷۲)، جکوبسون<sup>(۴)</sup> و آندرسون<sup>(۵)</sup> (۱۹۸۲)، به نقل از بک و همکاران، (۱۹۸۷) نشان داده اند که بیماران افسرده در مقایسه با افراد بهنجار، کمبودهایی در مهارتهای اجتماعی دارند که کیفیت ضعیف رفتار میان فردی آنان را به دنبال داشته و احتمال دریافت تقویت مثبت را کاهش می دهد. از این رو هر اقدام درمانی که بتواند تعاملهای مثبت و موفق بیماران افسرده را افزایش و تعاملهای منفی آنان را کاهش داده، مهارتهای اجتماعی سودمند و کارآمد را گسترش دهد، کم کم افزایش خلق و کاهش نشانه های افسردگی را در پی داشته و درجه سازگاری فرد را در برخورد با ناملازمات محیطی افزایش خواهد داد.

تأیید شدن فرضیه اول در این پژوهش مبنی بر اینکه آموزش مهارتهای اجتماعی، به عنوان یک روش درمانی می تواند بطور معنی داری منجر به افزایش سازگاری در زنان مبتلا به افسردگی اساسی گردد، به طور ضمنی بیانگر این واقعیت است که همراه با افزایش مهارتهای اجتماعی و در نتیجه، افزایش میزان سازگاری بیماران افسرده، از شدت علائم افسردگی کاسته شده و خلق آنها به طرف بهبودی میل کرده است.

یافته های پژوهش حاضر در تأیید این فرضیه پژوهش نیز هست که ترکیب درمان دارویی با آموزش مهارتهای اجتماعی در بیماران افسرده اثر بخشی بیشتری در مقایسه با کاربرد تک تک این دو روش دارد. به نظر می رسد که در توجیه علمی این پدیده علل احتمالی چندی مطرح باشد. این احتمال وجود دارد که هر دو روش درمانی (دارو درمانی و آموزش مهارتهای اجتماعی) دارای یک رشته اثرات درمانی هستند و هنگامی که همراه با هم به کار برده می شوند، تأثیر درمانی آنها افزایش می یابد. به نظر می رسد که همراه کردن هر نوع درمان روانشناختی با دارو درمانی، پاسخ درمانی بیمار را افزایش داده و میزان سازگاری

1-Kovacs

2-Coyne

3-Libet

4-Jacobson

5-Anderson



اجتماعی وی را بالا می‌برد. در پژوهش حاضر این امر به خوبی دیده می‌شد. به این ترتیب که وقتی بیماران با عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی روبرو می‌شدند، وسوسه می‌شدند که داروها را کنار بگذارند، اما تشویق درمانگر مبنی بر مصرف مرتب داروها، آنها را از این کار باز می‌داشت.

در رابطه با تأثیر خوب درمان ترکیبی، وایزمن<sup>(۱)</sup> و پروسوف<sup>(۲)</sup> (۱۹۷۹) طی پژوهشی دریافتند که وجود روان‌درمانی‌های ساخت یافته و کوتاه مدت (با تأکید بر مسائل میان فردی) در کنار دارو درمانی افسردگیها، حتی اگر تأثیر زیادی روی نشانه‌های افسردگی هم نداشته باشد، باعث افزایش سازگاری اجتماعی بیمار می‌شود.

البته به نظر می‌رسد که تفاوت موجود میان روشهای درمانی یاد شده، در عین معنی دار بودن، دارای تفاوت فاحشی نباشد. بررسی دقیق نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس عاملی و به ویژه مقایسه به روش توکی، که در جدولهای (۴، ۵ و ۶) ارائه شده است نشان می‌دهد که گروه درمان ترکیبی بیشترین تفاوت معنی دار با دو گروه دیگر، در زمینه بهبود سازگاری اجتماعی داشته است ( $P < 0/01$ ).

حال آنکه در رابطه با بهبود نشانه‌های افسردگی، گروه درمان ترکیبی، اغلب در سطح  $0/05$  تفاوت معنی دار با دو گروه دیگر داشته است.

فرضیه سوم این پژوهش مبنی بر اینکه میزان اثر بخشی دارو درمانی در درمان افسردگی اساسی زنان، بطور معنی داری بیشتر از میزان اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی است، تأیید نشده و از لحاظ اثربخشی درمانی، تفاوت معنی داری میان دو روش دارو درمانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی در زمینه کاهش افسردگی دیده نشد. افزون بر آن روش درمان آموزش مهارت‌های اجتماعی، بیش از دارو درمانی افزایش سازگاری اجتماعی در بیماران را به دنبال داشته است ( $P < 0/01$ ). البته باید توجه داشت که افزایش سازگاری اجتماعی بیمار افسرده به معنی بهبود علائم افسردگی اساسی نبوده و اصولاً می‌دانیم که در درمان افسردگی اساسی، دارو درمانی

انتخاب اول است. از سوی دیگر با توجه به اندک بودن تعداد نمونه پژوهش، اظهار نظر قطعی به ویژه در رابطه با فرضیه سوم مشکل بوده و با احتیاط بیشتری بایستی به این مسئله پرداخته شود. بنظر می‌رسد بالا بودن میانگین تحصیلات و پایین بودن میانگین سنی افراد گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی، به افزایش سازگاری آنان کمک کرده است. این یافته پژوهش، هماهنگ با یافته‌های پژوهشی بلاک، هرسن و هیمل هوخ (۱۹۸۳)، به نقل از بک و همکاران، (۱۹۸۷) بوده و نشان می‌دهد که اگر از اهداف عمده درمان، رساندن بیمار به سطح مطلوبی از سازگاری اجتماعی بوده باشد، روش آموزش مهارت‌های اجتماعی، انتخاب مناسب خواهد بود.

نتایج پژوهش حاضر شباهت زیادی به نتایج پژوهش مشابهی دارد که در رابطه با اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و ترکیب آن با دارو درمانی، در درمان اختلال افسرده خویی در مشهد به انجام رسیده است (عناصری کاخکی، ۱۳۷۳).

عناصری نیز در پژوهش خود اثر درمان ترکیبی را بهتر از درمان دارویی به تنهایی و روان‌درمانی به تنهایی یافته و آموزش مهارت‌های اجتماعی را عامل مؤثری در بهبود سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به اختلال افسرده خویی یافته است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به فقدان گروه گواه به ویژه برای آزمودن فرضیه اول، کمی تعداد نمونه مورد بررسی، متغیرهای ناخواسته‌ای که ممکن بود در موقعیت‌های خانوادگی بیماران وجود داشته باشد، به کار نگرفتن روش دوسرکور<sup>(۳)</sup> که در واقع احتمال وجود سوگیری<sup>(۴)</sup> در جریان ارزیابی بیماران را از بین نمی‌برد، اشاره نمود.

### منابع

عناصری کاخکی، محمد (۱۳۷۳). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و ترکیب آن با دارو درمانی (ایمی پرامین) در بیماران زن افسرده خو. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

- |                       |           |
|-----------------------|-----------|
| 1-Weissman            | 2-Prusoff |
| 3-double-blind method | 4-bias    |

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th ed.)*, Washington, DC: APA.
- Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory manual*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Beck, R. E., Heimberg, R. G., & Bellack, A. S. (1987). *Social skills training treatment for depression*. Oxford: Pergamon Press.
- Bellack, A. S., Hersen, M. (1988). Behavioral assessment. Oxford: Pergamon Press.
- Bellack, A. S., Hersen, M. (1987). *Dictionary of behavior therapy technique*. Oxford: Pergamon Press.
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the responses of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-61.
- Hersen, M., & Bellack, A. S. (1977). Assessment of social skills. In A. R. Ciminero, K. S. Calhau, H. E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1994). *Synopsis of psychiatry*, (7th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291-295.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press.
- Louks, J., Hayne, C., Smith, J. (1989). Replicated factor structure of the Beck Depression Inventory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 473-479.
- Trower, P., & Hollin, R. (1986). *Handbook of social skills training*. London: Pergamon Press.
- Weissman, M., Prusoff, B.A., & Dimascio, A. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depression episodes. *American Journal of Psychiatry*, 136, 555-558.
- Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: specific effects on dysfunctional conditions. reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 282-288.