



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد

عنوان پایان نامه:

میزان اثربخشی EMDR (حساسیت زدایی منظم از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد) بر کاهش شدت افسردگی اساسی زنان و مقایسه آن با دارو درمانی

استاد راهنما:

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعریاف

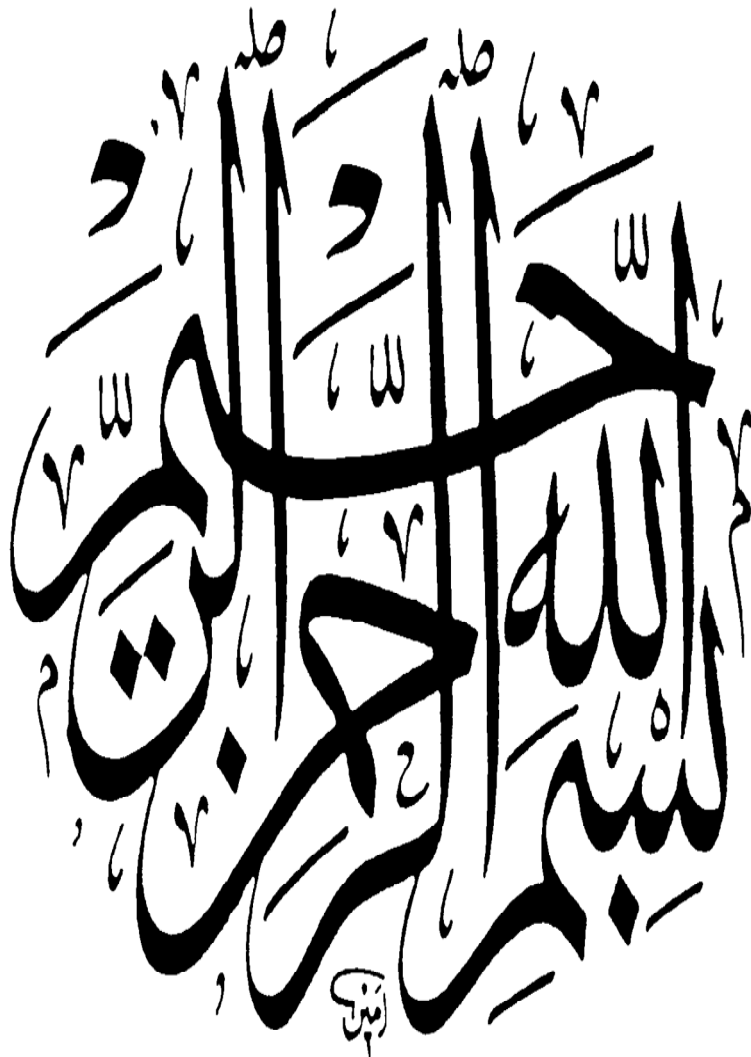
استاد مشاور:

دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی

دانشجو:

اعظم هاشمیان مقدم

زمستان ۱۳۹۰



من لم يشكر المخلوق لم يشكر الخالق

قدردانی و تشکر

با ادای خالصانه ترین سپاسها از:

زحمات بی دریغ و رهنمودهای دلسوزانه استاد محترم راهنما جناب آقای
دکتر حمیدرضا آقا محمدیان شعرباف و استاد محترم مشاور جناب آقای دکتر
بهرام علی قنبری هاشم آبادی

و با ادای مراتب احترام به محضر استادان محترم جناب آقای دکتر غنایی و
جناب آقای دکتر عبدخدایی که زحمت داوری رساله را بعهده داشته اند
و بالاخره با ادای تشکر ویژه به محضر خانم دکتر شیوا دولت آبادی که با
رهنمودهای کاربردی خویش باعث ارتقاء پایان نامه گردیدند.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان مطالب
۱	فهرست جداول
۵	فهرست اشکال و نمودارها
۶	چکیده فارسی
۷	چکیده لاتین
۸	فصل اول: کلیات
۹	۱-۱- مقدمه
۱۰	۱-۲- بیان مسئله
۱۴	۱-۳- ضرورت و اهمیت پژوهش
۱۵	۱-۴- اهداف پژوهش
۱۷	۱-۵- فرضیه های پژوهش
۱۷	۱-۵-۱- فرضیه های اصلی پژوهش
۱۸	۱-۵-۲- فرضیه های فرعی پژوهش
۱۹	۱-۶- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای اصلی پژوهش
۱۹	۱-۶-۱- تعاریف مفهومی
۲۱	۱-۶-۲- تعاریف عملیاتی
۲۳	فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش
۲۴	۲-۱- افسردگی
۲۴	۲-۱-۱- تعریف، علایم و نشانه ها
۲۶	۲-۱-۲- اختلال افسردگی اساسی
۲۷	۲-۱-۳- ملاکهای تشخیصی افسردگی اساسی

صفحه	عنوان مطالب
۲۸	۲-۱-۴- شیوع افسردگی
۲۹	۲-۲- نظریه های افسردگی
۲۹	۲-۲-۱- مدل روان پویایی
۳۰	۲-۲-۲- مدل شناختی
۳۰	۲-۲-۳- مدل شناختی - رفتاری
۳۱	۲-۲-۴- مدل کارکرد اجرائی خود تنظیمی
۳۱	۲-۲-۵- درمان دارویی افسردگی اساسی
۳۲	۲-۳- حساسیت زدایی منظم از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (ای.ام.دی.آر)
۴۰	۲-۳-۱- اشکالات و مزایای ای.ام.دی.آر
۴۱	۲-۳-۲- شیوه اجرای ای.ام.دی.آر
۴۴	۲-۳-۳- نگاهی اجمالی به نحوه اثر گذاری ای.ام.دی.آر
۴۷	۲-۳-۴- نظریه آسیب شناسی روانی
۴۸	۲-۳-۵- جایگاه ای.ام.دی.آر در مدل پردازش اطلاعات
۵۳	۲-۳-۶- جایگاه ویژگی های مدل پردازش اطلاعات تسریع شده
۵۵	۲-۳-۷- تفسیرهای نظری از چگونگی اثربخشی ای.ام.دی.آر
۶۰	۲-۳-۸- حرکات چشم در ای.ام.دی.آر
۶۰	۲-۳-۹- دستکاری پاسخ کلیشه ای
۶۱	۲-۳-۱۰- هیپنوز
۶۱	۲-۳-۱۱- رم و ای.ام.دی.آر
۶۴	۲-۳-۱۲- نقش مواجهه در ای.ام.دی.آر
۶۵	۲-۳-۱۳- تغییرات سیناپسی در ای.ام.دی.آر

صفحه	عنوان مطالب
۶۹	۲-۳-۱۴- حدس هایی در حوزه ی عصب- زیست شناسی ای.ام.دی.آر
۷۵	۲-۳-۱۵- پاسخ آرامش
۸۰	۲-۳-۱۶- مولفه های درمان در ای.ام. دی. آر
۹۴	۲-۴- پیشینه پژوهش
۹۴	۲-۴-۱- پژوهش های انجام یافته داخلی
۹۷	۲-۴-۲- پژوهش های انجام یافته خارجی
۱۰۵	۲-۴-۳- نتیجه گیری
۱۱۰	فصل سوم : فرآیند روش شناختی
۱۱۱	۳-۱- طرح پژوهش
۱۱۱	۳-۲- جامعه آماری ، حجم نمونه و روش نمونه گیری
۱۱۱	۳-۲-۱- جامعه آماری
۱۱۱	۳-۲-۲- نمونه آماری و روش نمونه گیری
۱۱۲	۳-۳- ابزار و مقیاس های پژوهش
۱۱۲	۳-۳-۱- پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات جمعیت شناختی و اطلاعات مورد نیاز برای دریافت درمان ای.ام.دی.آر
۱۱۳	۳-۳-۲- پرسشنامه بک
۱۱۵	۳-۳-۳- پرسشنامه اضطراب بک
۱۱۶	۳-۳-۴- مقیاس آشفتگی ذهنی و پریشانی روان شناختی
۱۱۷	۳-۳-۵- مقیاس اعتبار شناختواره مثبت
۱۱۷	۳-۴- روند اجرای طرح
۱۱۸	۳-۴-۱- دارودرمانی
۱۱۸	۳-۴-۲- جلسات ای.ام.دی.آر

صفحه	عنوان مطالب
۱۲۷	۳-۵- روش تجزیه و تحلیل داده ها
۱۲۸	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل یافته ها
۱۲۹	۴-۱- بررسی جمعیت شناختی
۱۳۹	۴-۲- تحلیل آماری فرضیه های پژوهش
۱۴۰	۴-۲-۱- آزمون آماری فرضیه های اول، دوم و سوم
۱۴۳	۴-۲-۲- آزمون آماری فرضیه های چهارم، پنجم و ششم
۱۴۷	۴-۲-۳- آزمون آماری فرضیه های هفتم، هشتم و نهم
۱۵۰	۴-۲-۴- آزمون آماری فرضیه های دهم، یازدهم و دوازدهم
۱۵۵	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۱۵۷	۵-۱- بحث در چارچوب فرضیه های اصلی
۱۵۹	۵-۲- بحث در چارچوب فرضیه های فرعی
۱۶۴	۵-۳- یافته های فرعی پژوهش
۱۶۸	۵-۴- بحث و نتیجه گیری کلی
۱۷۲	۵-۵- محدودیت ها
۱۷۳	۵-۶- پیشنهاد ها
۱۷۳	۵-۷- پیشنهادات کاربردی
۱۷۴	منابع و مراجع
۱۸۵	ضمائم
۱۸۶	پرسشنامه اضطراب بک
۱۸۷	پرسشنامه نرخ شدت افسردگی بک
۱۹۳	پروتکل استاندارد ای.ام.دی.آر

فهرست جداول

صفحه	عنوان جداول
۱۱۶	جدول (۱-۳): شدت اضطراب بر اساس نقاط برش
۱۲۹	جدول (۱-۴): شاخص های توصیفی مربوط به سن آزمودنی ها
۱۳۰	جدول (۲-۴): شاخص های توصیفی مربوط به نمرات آزمون بک
۱۳۰	جدول (۳-۴): توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه
۱۳۱	جدول (۴-۴): توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب وضعیت تاهل
۱۳۲	جدول (۵-۴): توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب تحصیلات
۱۳۲	جدول (۶-۴): توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب شغل
۱۳۳	جدول (۷-۴): توزیع فراوانی افراد گروه ای.ام.دی.آر بر حسب شدت اضطراب بعد از مداخله
۱۳۴	جدول (۸-۴): توزیع فراوانی افراد گروه ای.ام.دی.آر بر حسب شدت افسردگی بعد از مداخله
۱۳۵	جدول (۹-۴): توزیع فراوانی افراد گروه ای.ام.دی.آر بر حسب نمره شدت برآشفتگی ذهنی بعد از مداخله
۱۳۵	جدول (۱۰-۴): توزیع فراوانی افراد گروه دارو درمانی بر حسب شدت اضطراب بعد از مداخله
۱۳۶	جدول (۱۱-۴): توزیع فراوانی افراد گروه دارو درمانی بر حسب شدت افسردگی بعد از مداخله
۱۳۷	جدول (۱۲-۴): توزیع فراوانی افراد گروه دارو درمانی بر حسب شدت برآشفتگی ذهنی بعد از مداخله
۱۳۸	جدول (۱۳-۴): توزیع فراوانی افراد گروه کنترل بر حسب شدت اضطراب بعد از مداخله

صفحه	عنوان جداول
۱۳۸	جدول (۴-۱۴): توزیع فراوانی افراد گروه کنترل بر حسب شدت افسردگی بعد از مداخله
۱۳۹	جدول (۴-۱۵): توزیع فراوانی افراد گروه کنترل بر حسب شدت برآشفتگی ذهنی بعد از مداخله
۱۴۰	جدول (۴-۱۶): مقایسه میانگین نمره افسردگی در گروههای مختلف قبل و بعد از مداخله
۱۴۱	جدول (۴-۱۷): مقایسه میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله و قبل از تعدیل براساس نمره افسردگی قبل از مداخله
۱۴۱	جدول (۴-۱۸): نتیجه آزمون آنالیز واریانس مربوط به مقایسه میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله و قبل از تعدیل براساس نمره افسردگی قبل از مداخله
۱۴۲	جدول (۴-۱۹): مقایسه میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله و بعد از تعدیل براساس نمره افسردگی قبل از مداخله
۱۴۳	جدول (۴-۲۰): نتیجه آزمون کوواریانس مربوط به مقایسه میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله و بعد از تعدیل بر اساس نمره افسردگی قبل از مداخله
۱۴۳	جدول (۴-۲۱): نتیجه آزمون تعقیب رنج توکی مربوط به مقایسه میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله و بعد از تعدیل بر اساس نمره افسردگی قبل از مداخله
۱۴۴	جدول (۴-۲۲): مقایسه میانگین نمره اضطراب در گروههای مختلف قبل و بعد از مداخله
۱۴۴	جدول (۴-۲۳): مقایسه میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله و قبل از تعدیل براساس نمره اضطراب قبل از مداخله
۱۴۵	جدول (۴-۲۴): نتیجه آزمون آنالیز واریانس مربوط به مقایسه میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله و قبل از تعدیل براساس نمره اضطراب قبل از مداخله
۱۴۵	جدول (۴-۲۵): مقایسه میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله و بعد از تعدیل براساس نمره اضطراب قبل از مداخله

عنوان جداول

صفحه

- جدول (۲۶-۴): نتیجه آزمون کوواریانس مربوط به مقایسه میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله و بعد از تعدیل بر اساس نمره اضطراب قبل از مداخله ۱۴۶
- جدول (۲۷-۴): نتیجه آزمون تعقیب رنج توکی مربوط به مقایسه میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله و بعد از تعدیل بر اساس نمره اضطراب قبل از مداخله ۱۴۶
- جدول (۲۸-۴): مقایسه میانگین نمره برآشفتگی ذهنی در گروههای مختلف قبل و بعد از مداخله ۱۴۷
- جدول (۲۹-۴): مقایسه میانگین نمره برآشفتگی ذهنی بعد از مداخله و قبل از تعدیل بر اساس نمره برآشفتگی ذهنی قبل از مداخله ۱۴۸
- جدول (۳۰-۴): نتیجه آزمون آنالیز واریانس مربوط به مقایسه میانگین نمره برآشفتگی ذهنی بعد از مداخله و قبل از تعدیل بر اساس نمره برآشفتگی ذهنی قبل از مداخله ۱۴۸
- جدول (۳۱-۴): مقایسه میانگین نمره برآشفتگی ذهنی بعد از مداخله و بعد از تعدیل بر اساس نمره برآشفتگی ذهنی قبل از مداخله ۱۴۹
- جدول (۳۲-۴): نتیجه آزمون کوواریانس مربوط به مقایسه میانگین نمره برآشفتگی ذهنی بعد از مداخله و بعد از تعدیل بر اساس نمره برآشفتگی ذهنی قبل از مداخله ۱۵۰
- جدول (۳۳-۴): نتیجه آزمون تعقیب رنج توکی مربوط به مقایسه میانگین نمره برآشفتگی ذهنی بعد از مداخله و بعد از تعدیل بر اساس نمره برآشفتگی ذهنی قبل از مداخله ۱۵۰
- جدول (۳۴-۴): مقایسه میانگین نمره مقیاس اعتماد به شناختواره مثبت در گروههای مختلف قبل و بعد از مداخله ۱۵۱
- جدول (۳۵-۴): مقایسه میانگین نمره اعتماد به شناختواره قبل از مداخله و بعد از تعدیل بر اساس نمره اعتماد به شناختواره قبل از مداخله ۱۵۲
- جدول (۳۶-۴): نتیجه آزمون آنالیز واریانس مربوط به مقایسه میانگین نمره اعتماد به شناختواره قبل از مداخله و بعد از تعدیل بر اساس نمره اعتماد به شناختواره قبل از مداخله ۱۵۲

صفحه	عنوان جداول
۱۵۳	جدول (۴-۳۷): مقایسه میانگین نمره اعتماد به شناختواره بعد از مداخله و بعد از تعدیل براساس نمره اعتماد به شناختواره قبل از مداخله
۱۵۳	جدول (۴-۳۸): نتیجه آزمون کوواریانس مربوط به مقایسه میانگین نمره اعتماد به شناختواره بعد از مداخله و بعد از تعدیل بر اساس نمره اعتماد به شناختواره قبل از مداخله
۱۵۳	جدول (۴-۳۹): نتیجه آزمون تعقیب رنج توکی مربوط به مقایسه میانگین نمره اعتماد به شناختواره بعد از مداخله و بعد از تعدیل بر اساس نمره اعتماد به شناختواره قبل از مداخله

فهرست اشکال و نمودارها

صفحه	عنوان اشکال و نمودارها
۶۷	شکل (۱-۲): رابطه میان بار بیوالکتریکی عاطفه و شناخت در پردازش
۹۳	شکل (۲-۲) نمونه استاندارد تحریک حرکات دوسویه چشم
۹۳	شکل (۳-۲) نمونه تحریک اریب حرکات دوسویه چشم
۹۴	شکل (۴-۲) نمونه تحریک حرکات دوسویه چشم با استفاده از باز و بسته شدن دستها
۱۳۱	نمودار (۱-۴): توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه
۱۳۱	نمودار (۲-۴): توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب وضعیت تاهل
۱۳۲	نمودار (۳-۴): توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب تحصیلات
۱۳۳	نمودار (۴-۴): توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب شغل
۱۳۴	نمودار (۵-۴): توزیع فراوانی افراد گروه ای.ام.دی.آر بر حسب شدت اضطراب بعد از مداخله
۱۳۴	نمودار (۶-۴): توزیع فراوانی افراد گروه ای.ام.دی.آر بر حسب شدت افسردگی بعد از مداخله
۱۳۵	نمودار (۷-۴): توزیع فراوانی افراد گروه ای.ام.دی.آر بر حسب نمره شدت برآشفتگی ذهنی بعد از مداخله
۱۳۶	نمودار (۸-۴): توزیع فراوانی افراد گروه دارو درمانی بر حسب شدت اضطراب بعد از مداخله
۱۳۷	نمودار (۹-۴): توزیع فراوانی افراد گروه دارو درمانی بر حسب شدت افسردگی بعد از مداخله
۱۳۸	نمودار (۱۰-۴): توزیع فراوانی افراد گروه دارو درمانی بر حسب شدت برآشفتگی ذهنی بعد از مداخله

چکیده

هدف پژوهش حاضر اندازه گیری میزان اثربخشی حساسیت زدایی منظم از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد(ای.ام.دی.آر) بر کاهش شدت افسردگی اساسی زنان و مقایسه آن با دارودرمانی می باشد. نمونه شامل ۱۵ زن است که برای اولین بار تشخیص افسردگی اساسی گرفته و نیز برای اولین بار تحت درمان قرار می گرفتند. اعضای نمونه با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به لحاظ نرخ شدت افسردگی، سن و تحصیلات هم‌تاسازی شده و در سه گروه شامل گروه تحت درمان با ای.ام.دی.آر، دارودرمانی و گروه بدون درمان (کنترل) جای گرفتند.

متغیر مستقل مداخله درمانی با دوسط دارودرمانی و درمان با ای.ام.دی.آر (که طی پنج جلسه نود دقیقه ای برای گروه درمانی به اجرا در آمد) بود. گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکرد. پیش آزمونها قبل از شروع درمان آغاز شد. اجرای پس آزمونها بر روی گروههای آزمایشی و گروه کنترل در یک زمان و یک هفته بعد از اتمام مداخله های درمانی انجام پذیرفت.

در راستای تایید احتمال اثربخشی بیشتر روش درمانی ای.ام.دی.آر نسبت به دارودرمانی در کاهش علائم و نرخ شدت افسردگی سه فرضیه اصلی و نه فرضیه فرعی مطرح گردید. طرح پژوهشی شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود و ابزار گردآوری اطلاعات و داده ها، پرسشنامه محقق ساخته جمعیت شناختی، سیاهه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک، مقیاس اعتماد به شناختواره مثبت و مقیاس برآشفتگی ذهنی بود. روشهای مورد استفاده جهت تجزیه و تحلیل آماری شامل تحلیل کوواریانس و تحلیل اندازه اثر بالینی بود.

نتایج بدست آمده حاکی از این بود که روش درمانی ای.ام.دی.آر در مقایسه با گروه کنترل در کاهش نرخ شدت افسردگی، میزان اضطراب، میزان برآشفتگی ذهنی و افزایش اعتماد به شناختواره مثبت به لحاظ آماری تفاوت معناداری را نشان داد. دارودرمانی نیز در مقایسه با گروه کنترل و روش درمانی ای.ام.دی.آر فقط در دو متغیر اعتماد به شناختواره مثبت و میزان برآشفتگی ذهنی تفاوت معنادار نشان داد. به لحاظ بالینی اندازه اثر روش ای.ام.دی.آر و دارودرمانی در کاهش نرخ شدت افسردگی متوسط و تقریباً با هم برابر بود.

کلید واژگان : حساسیت زدایی منظم از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد، افسردگی اساسی، دارودرمانی، اضطراب، برآشفتگی ذهنی، اعتماد به شناختواره مثبت

Abstract

The present research aimed to study the measurement of efficacy Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on reduction major depression intensity in women in comparison with druge therapy.

Our sample of research included 15 women that made a diagnosis as major depression at first. Samples were selected by using available sampling and simulation method and matched with each other from the rate of depression intensity, age, education, job and marriage view point. They were put in three groups. Each group consist of five women that had placed under the treatment with EMDR, druge therapy and control group. Independent variable was intervention with two levels consist of druge therapy and treatment with EMDR (that done in five session of 90 minutes). The control group was under no program. Before the beginning of treatment pre-tests were administrate and one week after the end of treatment the post-tests were taken from each three groups.

Three major and nine minor hypotheses investigated more probabilities effectiveness EMDR in comparison with druge therapy to reduce the rate of depression intensity. This research was semi experimental research of pre-test and post-test type with control group. The instruments used for this research were auther tailored demographic questionnaire, Beck depression and anxiety inventory, validity of cognition scale and subjective unit disturbance scale. Data was analyzed through conducting by covariance analytic statistical and effect size methods.

As a result, by comparing the findings of EMDR method and control group, it was shown that the rate of depression intensity, anxiety and disturbance in EMDR have been significantly decreased and validity of cognition has been significantly increased. But by comparing the findings of druge therapy group with EMDR and control group, it was shown that disturbance and validity of cognition have been significantly differed. Finally, with clinical effect size assessing, it was found that EMDR and druge therapies in rate of depression intensity were average and approximately were equal.

Key Word: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Major Depression, Druge Therapy, Anxiety, Disturbance, Validity of Cognition*

فصل اول: کلیات

مقدمه

بیان مسئله

ضرورت و اهمیت پژوهش

اهداف پژوهش

فرضیه های پژوهش

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای اصلی

پژوهش

فصل اول: کلیات

۱-۱- مقدمه

احساس افسردگی^۱ یکی از تجارب مشترک بشر است که اغلب به عنوان یک پاسخ طبیعی به رویدادهای خارجی یا آسیب های درون فردی رخ می دهد و اما تخمین زده می شود افسردگی اساسی (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲) چه با علت ناشناخته و چه بخشی از یک اختلال نورولوژیکی (به عنوان یک اختلال خلقی مطرح می شود). که در بین چهار بیماری آسیب زای شاخص از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ مقام دوم را کسب نماید (یوریب، رامیرز، منا، ۲۰۰۸).

قابل ذکر است که افسردگی به عنوان یکی از مهمترین معضلات سلامت عمومی، تقریباً ۱۵۰ میلیون انسان را در دنیا درگیر کرده است (پارکر^۳، ۲۰۰۲).

افسردگی اساسی به عنوان یک اختلال خلقی حالت هیجانی است که با احساس های غمگینی شدید به همراه کاهش میل جنسی و علاقه و لذت در فعالیت های معمول مشخص می شود (پتی و جونیر^۴، ۲۰۰۶).

احساس گناه، دشوار شدن تمرکز، از دست دادن اشتها، وجود انگاره مرگ و خودکشی و نیز احساس غذایی عظیم که مهمترین مشخصه آن فقدان احساس کنترل می باشد نیز از دیگر مشخصه های مجموعه این نشانگان مرضی می باشد. لازم به ذکر است که این تغییرات تقریباً همیشه موجب مختل شدن کارکردهای بین فردی، اجتماعی و شغلی بیمار می شود (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷)^۵.

بستر پژوهش های انجام شده در رابطه با سبب شناسی و علل بوجود آمدن این اختلال تا درمان های پیشنهادی بر اساس نظریه های شکل گرفته، بسیار گسترده می باشد. در پژوهش های به عمل آمده نشان

1 - Depression

2 - American Psychiatric Association

4 - Parker

4 - Pettit, Joiner

5 - Kaplan and Sadock's

داده شده که شروع وسیر این اختلال به متغیرهای مختلف زیست شناختی، سابقه بیماری، محیطی و روانی - اجتماعی مربوط می شود .

از میان این متغیرها می توان به مواردی مثل سابقه افسردگی یا الکسیم در خانواده ، از دست دادن والدین در کودکی یا مورد بی توجهی قرار گرفتن از طرف آنها، رویدادهای منفی اخیر در زندگی ، فقدان ارتباطی نزدیک و اطمینان بخش ، فقدان حمایت اجتماعی مناسب ، فقدان دراز مدت احساس ارزشمندی (هاوتون و همکاران^۱، ۱۹۹۰، نقل از عبدالمنافی، ۱۳۸۹) ، نحوه تفکر و ارزیابی فرد از اتفاقات و رویدادهایی که او را درگیر کرده ، تجارب ناخوشایند فرد که بر اثر فرضها و طحوااره های ناکارآمد انعطاف ناپذیر افراطی و مقاوم به تغییر بوجود آمده، (بک ۱۹۶۷، ۱۹۷۶)^۲، از دست دادن یا شکست خوردن احساسات (مگ و برادلی، ۲۰۰۰)^۳، نحوه ارزش گذاری رویداد در حافظه کوتاه مدت ، بلند مدت نحوه توجه و فرایند های تفکر عینی موقعی که یک رویداد ارزیابی می شود (اسکرر^۴، ۲۰۰۱) نحوه پردازش اطلاعات هیجانی اتوماتیک یا کنترل شده در فرد (هودلیکا، ۲۰۰۴)^۵ نحوه سوگیری توجه در فرد (مگ و برادلی، ۲۰۰۵) اشاره کرد. اختلال در کارکرد ناقلهای عصبی از جمله نوراپی نفرین و سروتونین بیشترین دخالت را در پاتوفیزیولوژی اختلالات خلقی دارند(کاپلان، ۲۰۰۷). درنهایت می توان به گیر کردن یا قفل شدن سیستم عصبی در زمان رخداد یک حادثه تلخ و آسیب زا (شاپیرو، ۲۰۰۰) و درنتیجه ایجاد حس فقدان کنترل، درماندگی و درنتیجه بروز افسردگی در فرد اشاره کرد.

۱-۲- بیان مسئله

1 - Hawton

2 - Beck

3 -Mog , Beradley

4 - Scherer

5 -Hudlicka

بر اساس رویکردهای متفاوتی که به سبب شناسی اختلال افسردگی اساسی پرداخته اند، رویکردهای روان شناختی متفاوتی نیز شکل گرفته که نه تنها با تسریع در بهبود دوره فعلی، بلکه با ایجاد تداوم در بهبود و کاستن احتمال برگشت بیماری به مبتلایان کمک می کند.

در میان رویکردهای متفاوت درمانی، مدل‌های شناختی - رفتاری به عنوان یک مداخله گر موفق به خوبی از عهده درمان این اختلال بر آمده است (گرینبرگر و پادسکی^۱، ۱۹۹۸). اساس این گونه درمانها، اصلاح هیجانها و رفتارهایی از طریق ایجاد تغییرات مثبت در فرد افسرده و تاثیر این تغییرات بر عاداتهای تفکر می باشد. گرچه نقش مکانیزم های شناختی در این گونه اثر بخشی ها هنوز به طور روشن و قطعی تعیین نشده، به طور کلی پژوهش هایی که بر این اساس صورت پذیرفته، پیشنهاد می دهند که احتمالاً اشتغال و نگهداری توجه به اتفاقات و رویدادهای مربوط به بیوگرافی شخصی و مکانیزم های مربوط به خاطرات فرد، سبب اینگونه شناخت های آسیب زا می شود (سیگل، ۲۰۰۱، ۱۹۹۹، ۱۹۹۶، دالگلیش و دیگران، ۱۹۹۷، و پاور و دالگلیش، ۱۹۹۸)^۲.

همچنین مطالعات نشان داده که دارودرمانی در درمان اختلال افسردگی اساسی موثر است، در اکثر این مطالعات معلوم شده که اثر بخشی شناخت درمانی با دارودرمانی مساوی است و در برخی از مطالعاتی که به بهترین وجه نظارت شده، نشان داده شده که ترکیب شناخت درمانی و دارو درمانی مؤثرتر از هر یک به تنهایی است و در پژوهش جمعی موسسه ملی بهداشت روان درباره درمان افسردگی مشخص شده که دارو درمانی، چه به تنهایی و چه همراه با روان درمانی، درمان انتخابی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شدید می باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). بر اساس مطالعات انجام شده درمان های دارویی پیشنهادی برای بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با بالاترین میزان اثر بخشی مهارکننده های مونو آمینو اکسیداز^۳ یا مهارکننده های اختصاصی بازجذب سروتونین^۱ ها می باشند (کاپلان، ۲۰۰۷).

1 - Green berger, Padesky

2 - Power, Dulgleish, Siegle

3 - Mono Amin Oxidase Inhibitors (MAOI)

و اما رویکرد درمانی متفاوتی که در سال ۱۹۸۷ بر اساس نظریه ی شاپیرو^۲ پایه ریزی شده است، مدل پردازش اطلاعات انطباقی^۳ می باشد.

پروسه درمانی شامل حساسیت زدایی منظم از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (ای.ام.دی.آر)^۴ و یادآوری تجارب اولیه و ریشه ای و موثر است که نشان داده شده که تاثیر عمیقی بر پردازش شناختی - هیجانی اطلاعات منفی ناشی از رویدادهای آسیب زا دارد. مکانیزم عمل این درمان در مورد افسردگی از طریق درگیر کردن فرد دچار آسیب با فیلتر شناختی است، بر این مبنا که فرد تعبیرها و اصطلاحات مربوط به تاریخچه زندگی خود را حذف می نماید، در نتیجه یک سوگیری مثبت برای تسهیل سازی فرآیند شناخت به خوبی محرک و سوگیری منفی اتفاق خواهد افتاد (یوریب، رامیرز، منا، ۲۰۰۸)^۵.

به طور کلی، شاپیرو بر این عقیده است که هر اختلال روانی به دنبال آسیب های روانی^۶ آمده و آسیب های روانی را به دو بخش آسیب بزرگ (T) و آسیب کوچک (t) تقسیم بندی کرده است و اظهار می دارد که این آسیب ها به دنبال مسدود شدن یا گیر کردن اطلاعات به صورت پردازش نشده در سیستم پردازش اطلاعات انطباقی فیزیولوژیکی، روان شناختی، فطری و سازگارانه فرد می آیند (شاپیرو، ۱۹۹۷، ۲۰۰۵) و علت تداوم این آسیب ها فراخواندن احساسات و شناخت های منفی نهفته در خاطرات آسیب زای فرد به واسطه محرک های روزمره می باشد. به عبارت دیگر فقدان پردازش و راه حل مناسب باعث واکنش هیجانی و رفتاری فرد به شیوه ی هماهنگ با آسیب می شود و درمان به معنی آزاد کردن این سیستم و پردازش مجدد و مناسب به طوریکه خاطرات و رویدادهای گذشته به

1 - Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI)

2 - Shapiro

3 - Accelerated Information Processing (AIP)

4 - Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

5 - Uribe , Ramirez , Mena

6- Trauma

لحاظ عاطفی، شناختی، هیجانی و فیزیولوژیکی برای فرد بار منفی و آزار دهنده به همراه نداشته باشد، می باشد (پروچسکا^۱، نورکراس، ۲۰۰۷، شاپیرو، ۲۰۰۲).

از آنجا که شاپیرو در ابتدا روش خود را عمدتاً بر درمان اختلالهای اضطرابی ناشی از آسیب خصوصاً اختلال استرس پس از سانحه^۲ به کار برده، تاکنون بیش از هر روش دیگری در این زمینه پژوهش کنترل شده، داشته است (پروچسکا، ۲۰۰۷) علی رغم عدم تمایزی که شاپیرو بین آسیب کوچک (t) و آسیب بزرگ (T) به لحاظ نحوه اثر گذاریشان بر سیستم نوروفیزیولوژیکی فرد قائل است، پژوهش در خصوص آسیب های کوچک یعنی آسیبی که در تجارب غیر مضر اما ناراحت کننده که در خلال وقایع زندگی روزمره حادث می شود و منتهی به ایجاد بعضی از احساسات نظیر احساس درماندگی، فشار روانی، احساس فقدان کنترل خرد کننده شده و اثرات مخرب عمیقی بر فرد دارند، بسیار محدود می باشد (یوریب، رامیرز، بودیل^۳، ۲۰۱۰ و بودیل^۳، ۲۰۰۹ نقل از دوست دار، ۱۳۸۹).

و اما در مورد اثر بخشی ای.ام.دی.آر بر افسردگی نیز، هنوز مطالعات کنترل شده در سطوح گسترده انجام نشده و یا بسیار محدود می باشد (مکسفیلد، ۲۰۰۷)^۴. حال با توجه به سرعت بالا و موفقیت های متحیر کننده ای که ای.ام.دی.آر به عنوان یک درمان جدید شناختی - رفتاری در درمان آسیب های بزرگ (T) که در اختلالات اضطرابی چون اختلال استرس پس از سانحه مطرح می شود یعنی بهبودی ۷۷ تا ۱۰۰٪ قربانیان شخصی (غیر نظامی) بعد از تنها سه جلسه ۹۰ دقیقه ای (پروچسکا، ۲۰۰۷)، به طور کلی این سوال برای محقق مطرح می شود که این روش درمانی در مقایسه با دارو درمانی در مورد اختلالی چون افسردگی اساسی به چه میزان اثر بخش می باشد؟

و به طور خاص این پژوهش به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر می باشد:

(۱) بین دو روش درمانی ای.ام.دی.آر و دارو درمانی و گروه کنترل در کاهش نرخ شدت

افسردگی زنان افسرده چه میزان تفاوت وجود دارد؟

1 - Prochaska

2 - Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

3 - Uribe , Ramirez, Bodill

4 - Maxfield