

## Comparison of Effectiveness of Dynamic-Supportive Psychotherapy and Pharmacotherapy on Type 2 Diabetes Patients' Depression

Nayeri M.<sup>1</sup> *PhD*, Rajaei A.\* *PhD*, Meschi F.<sup>2</sup> *PhD*, Sodagar S.<sup>3</sup> *PhD*

\*Psychology Department, Torbat -e - Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat -e - Jam, Iran.

<sup>1</sup>Health Psychology Department, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

<sup>2</sup>Health Psychology Department, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

<sup>3</sup>Health Psychology Department, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

### Abstract

**Aims:** Type 2 diabetes is one of the major causes of death. Depression disorder is one of the most common unresponsive problems in these patients which can affect the disease prognosis. The aim of this study is comparison of effectiveness of dynamic-supportive psychotherapy and pharmacotherapy on type 2 diabetes patients' depression.

**Materials & Methods:** This semi experimental study was conducted with pre-test and post-test design with control group in 2016. In this research there were 30 sample diagnosed with moderate to severe depression selected by randomized sampling in two experimental groups and one control group. The Dynamic-Supportive group is scheduled to undergo 10 sessions of psychotherapy and the drug treatment group that received under the supervision of the psychiatrist will take the prescribed medications. The collected data were analyzed by the covariance test.

**Findings:** The results showed that each of the dynamic-supportive treatments and pharmacotherapy had a significant difference comparing to the control group ( $p < 0.001$ ), which was effective in depression treatment, but there was no significant difference between two treatment methods of dynamic-supportive and pharmacotherapy.

**Conclusion:** In type 2 diabetic patients who have to use drug to control their illness, dynamic-supportive treatment can be an appropriate alternative to decrease depression instead of pharmacotherapy.

### Keywords:

Depression [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003863>];

Type 2 Diabetes [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003924>];

Psychodynamic [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68064889>];

Pharmacotherapy [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68004358>];

---

\*Corresponding Author

Tel: +98 (51) 52510222

Fax: +98 (51) 52510080

Address: Psychology Department, torbat -e - jam Branch, Islamic Azad University, torbat -e - jam, 5 km to Torbat-e-Jam, Torbat-e-Jam to Mashhad Road, Khorasan Razavi, Iran. Postal Code: 9576174814

rajaei.46@yahoo.com

Received: 17 Sep 2017

Accepted: 2 May 2018

ePublished: May 16, 2018

## مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی - حمایتی و دارودرمانی بر افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲

مهدی نیری PhD

گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

علیرضا رجایی\* PhD

گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربیت جام، تربیت جام، ایران.

فرحناز مس چی PhD

گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

شیدا سوداگر PhD

گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

### چکیده

**اهداف:** دیابت نوع ۲ یکی از علل عمده مرگ‌ومیر بشمار می‌رود. اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی در این بیماران است که بروز آن می‌تواند پیش‌آگهی بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی-حمایتی و دارودرمانی بر افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه به روش شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۵ انجام شد. در این پژوهش ۳۰ نفر حضور داشتند که با تشخیص افسردگی از نوع متوسط تا شدید انتخاب و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروه پویایی-حمایتی تحت ۱۰ جلسه روان‌درمانی قرار گرفتند و گروه دارودرمانی تحت نظر روان‌پزشک داروهای موردنظر را دریافت کردند. اطلاعات جمع‌آوری شده با آزمون کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هریک از درمان‌های پویایی-حمایتی و دارودرمانی نسبت به گروه کنترل اختلاف معنی‌داری داشته است ( $p < 0.001$ )، یعنی در درمان افسردگی مؤثر واقع شده است ولی بین دو روش درمانی پویایی-حمایتی و دارودرمانی اختلافی مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** در بیماران دیابتی نوع ۲ که مجبور به استفاده از دارو برای کنترل بیماری خود هستند، درمان پویایی-حمایتی می‌تواند جایگزین مناسبی برای کاهش افسردگی به‌جای دارودرمانی باشد. **کلیدواژه‌ها:** افسردگی، دیابت نوع ۲، روان‌درمانی پویایی-حمایتی، دارودرمانی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۲

\*نویسنده مسئول: rajaei.46@yahoo.com

### مقدمه

دیابت از جمله شایع‌ترین اختلال غدد درون‌ریز جهان و نیز کشور ما به حساب می‌آید. هم‌اکنون پنجمین دلیل اصلی مرگ بشمار می‌رود و بر طبق گزارش‌های سازمان جهانی دیابت تخمین زده شده که شیوع آن از ۳۳۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ به ۵۵۲ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد<sup>[1]</sup>. بیش از سه‌چهارم این بیماران در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند<sup>[2]</sup>. نکته قابل توجه دیگر این‌که در کشورهای در حال توسعه، اکثریت بالغین مبتلا به دیابت، بین سنین ۴۵ تا ۶۵ سالگی هستند، درحالی‌که در کشورهای پیشرفته، اکثریت بالغین مبتلا به دیابت را جمعیت ۶۵ سال به بالا تشکیل می‌دهند<sup>[3]</sup>. بر طبق گزارش مرکز تحقیقات دیابت بالغ‌بر ۳ میلیون نفر در ایران به این بیماری مبتلا هستند<sup>[4]</sup>. علاوه بر هزینه‌های

محسوس در این بیماری، درد، اضطراب و افسردگی از جمله مواردی هستند که از کیفیت زندگی مبتلایان می‌کاهد که بخشی از این مشکلات با خود پایشی و درمان و تزریق انسولین مرتبط است<sup>[5]</sup>. با پیشرفت دانش و تکنولوژی و نیز بهبود امکانات بهداشتی، تغذیه‌ای و فرهنگی-اجتماعی، درمان بیماری‌ها آسان‌تر و عوارض مخرب و مهلک آن‌ها کمتر شده‌اند، لیکن با افزایش امید به زندگی در دنیای امروز، طول عمر بسیاری از مبتلایان به بیماری‌های مزمن افزایش یافته است. یکی از بیماری‌های جسمی منجر به افسردگی و یکی از مزمن‌ترین آن‌ها که اثر تخریبی شدید و گسترده‌ای بر جسم و روان بیماران و خانواده آنان می‌گذارد دیابت است. دیابت یک بیماری مزمن محسوب می‌شود و تحقیقات طبی نشان می‌دهد که مشکلات روانی و اجتماعی ناتوان‌کننده‌ای چون احساس خستگی، کاهش انرژی، تحریک‌پذیری، عصبانیت، افسردگی و اضطراب در مبتلایان به دیابت بیشتر از افراد جامعه می‌باشد<sup>[6]</sup>. ولی ابعاد روانی بیماری‌های مزمن اغلب نادیده گرفته می‌شود<sup>[7]</sup>.

یکی از مشکلات شایع بیماران دیابتی افسردگی است. در تحقیقات دو دهه اخیر نرخ شیوع افسردگی در بین بیماران دیابتی دو برابر افراد غیر دیابتی ذکر شده است<sup>[8]</sup>. در سال‌های اخیر مطالعات زیادی پیرامون اختلالات روانی در بیماران دیابتی انجام شده است و برخی مطالعات شیوع بیشتر افسردگی و اضطراب را در بیماران دیابتی در مقایسه با افراد غیر دیابتی نشان داده‌اند. ارزیابی این مطالعات نتایج متفاوتی را نشان می‌دهد به‌طوری‌که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی را از ۳/۸ تا ۴۹/۵ درصد گزارش کرده‌اند. محققین در تحقیقات خود به این نتیجه رسیده‌اند که وجود بیماری‌های مزمن میزان شیوع افسردگی را در همه سنین افزایش می‌دهد<sup>[9]</sup>. این نکته قابل توجه است که دوسوم این بیماران دیابتی، افسردگی‌شان تشخیص داده نشده و تحت درمان قرار نمی‌گیرد<sup>[10]</sup>. بعلاوه شیوع افسردگی در مبتلایان به دیابت تحت تأثیر نوع بیماری (نوع یک و نوع دو) و کشورهای درحال توسعه قرار می‌گیرد<sup>[11]</sup>. دیابت دو نوع عمده دارد که عبارت‌اند از: دیابت نوع ۱ که ۵ تا ۱۰ درصد موارد دیابت را شامل می‌شود. در این افراد سلول‌های بتا پانکراس که تولید انسولین را بر عهده دارند، توسط یک واکنش اتوایمن تخریب شده‌اند. ۲-دیابت نوع ۲ که ۸۵ تا ۹۰ درصد مبتلایان به دیابت دچار این تیپ هستند. در این افراد مقاومت به انسولین و تخریب انسولین ترشحی وجود دارد<sup>[12]</sup>. افسردگی و دیابت گاهی اوقات شرایط را برای بیمار بدتر می‌کنند. ابتدا دیابت ممکن است خطر افسردگی را افزایش دهد و حتی ممکن است به دو برابر برساند و افسردگی نیز ممکن است خطر دیابت نوع دو را افزایش دهد. پیشرفت عوارض باعث ایجاد افسردگی می‌شود و افسردگی انگیزه قبلی جهت درمان را از بیمار گرفته و باعث

اختصاصی نیستند و ویژگی‌هایشان قابل برگشتند. یکی از شایع‌ترین عوارض ناخواسته مونوآمینواکسیدازها، افزایش وزن است که در نهایت به قطع دارو و نیز ابتلا به دیابت نوع ۲ منتهی می‌شود. یکی دیگر از جدیدترین خانواده داروهای ضدافسردگی، مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) هستند. این داروها با هدف به حداقل رساندن عوارض داروهای ضدافسردگی وارد بازار شدند. گروه دارویی دیگر که مشابه مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین هستند، مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین-نوراپی نفرین اند. هم مهارکننده‌ای اختصاصی بازجذب سروتونین و هم مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین-نوراپی نفرین، نسبت به هیستامین، استیل کولین و آلفاآدرنورسپتورها میل جذب اندکی دارند؛ در نتیجه این ۲ گروه دارویی، فاقد بسیاری از عوارض ناخواسته ضدافسردگی‌های ۳ حلقه‌ای و مهارکننده‌های مونوآمینواکسیداز هستند، اما مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین و نیز مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین-نوراپی نفرین، به دلیل اثرات سروتونریژیک، باعث افزایش وزن بیماران تحت درمان می‌شوند. گروه دارویی بعدی داروهای ضدافسردگی، آنتاگونیست‌های HT2-5 هستند. این گروه داروها مانند ترازودون، مهارکننده گیرنده‌های HT2-5 محسوب می‌شوند. عارضه افزایش وزن به دنبال مصرف آنتاگونیست‌های HT2-5 مختصر است. ضدافسردگی‌های ۴ حلقه‌ای و تک‌حلقه‌ای (بوپروپیون و میرتازاپین)، در هیچ کدام از گروه دارویی‌های ذکر شده گنجانده نشده‌اند. آن‌ها به دلیل ساختار ویژه، اثراتی کاملاً متفاوت با سایر داروهای ضدافسردگی دارند<sup>[15]</sup>.

به دلیل عارضه چاقی‌کنندگی بیشتر انواع ضدافسردگی‌های موجود در بازار، مبتلایان به افسردگی در معرض خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ هستند. در چنین بیمارانی تاکید بر درمان‌های غیردارویی، شرط اصلی پیشگیری از دیابت است. ضدافسردگی‌های ۳ حلقه‌ای و مهارکننده‌های مونوآمینواکسیداز در مقایسه با SSRIs، SNRIs و آنتاگونیست‌های HT2-5، ۴ حلقه‌ای‌ها و تک‌حلقه‌ای‌ها عارضه چاقی شدیدتری دارند. در این میان، میرتازاپین یک استثناست. میرتازاپین از این لحاظ در حد واسطه سه حلقه‌ای‌ها و مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین قرار دارد. در میان مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین، پاروکستین بیش از همه بیماران را چاق می‌کند. بوپروپیون در میان تمام داروهای گروه ضدافسردگی، عارضه چاقی‌اش از همه خفیف‌تر است<sup>[15]</sup>.

درمان پویا-حمایتی که در این پژوهش آمده برای دو منظور: (۱) کاهش علائم و (۲) بهبود عزت‌نفس، عملکرد خود و مهارت‌های انطباقی و در نتیجه بالا بردن کیفیت زندگی، به کار رفته است. در این دیدگاه، از لحاظ علیتی هم بر وقایع بیرونی و هم بر رویدادهای درون روانی تاکید شده و طیفی از روان‌درمان تحلیلی تا حمایتی در دو

پیشرفت عوارض می‌شود<sup>[13]</sup>. هنگامی که دیابت و افسردگی با هم جمع می‌شوند، به علت واکنش‌های رفتاری و فیزیولوژیکی بین دیابت افسردگی کنترل بیماری مشکل‌تر شده و خطر بیماری‌های قلبی عروقی، رتینوپاتی دیابتی و کوری، نوروپاتی و سایر عوارض دیابت افزایش می‌یابد<sup>[14]</sup>. امروزه جهت درمان افسردگی راه‌های متفاوتی بکار برده می‌شود که به‌طور کلی به دو دسته درمان‌های زیستی و درمان‌های روانی-اجتماعی تقسیم می‌شوند. درمان‌های زیستی خود به سه دسته تقسیم می‌شوند که عبارت‌اند از؛ دارودرمانی، جراحی روانی، و استفاده از تحریک‌های عصبی (مانند تحریک عصبی واگ) و درمان‌های روانی-اجتماعی که می‌توان به رویکردهای روانکاوی، شناختی، رفتاردرمانی، روان‌درمانی میان فردی، درمان‌های مبتنی بر روانکاوی (مانند مبتنی بر بینش، حمایتی، و پویایی - حمایتی)، و خانواده‌درمانی اشاره داشت. بدین منظور دو درمان پویایی - حمایتی (که از درمان‌های مبتنی بر روانکاوی است) و دارودرمانی در این تحقیق بکار گرفته شده است.

در چند سال اخیر داروهای پرارزشی به بازار آمده‌اند که در درمان و کنترل افسردگی‌ها مؤثر بوده‌اند. بخصوص که در آماده‌سازی بیمار برای روان‌درمانی و یا سایر خدمات درمانی نقش عمده‌ای را ایفا کرده‌اند. امروزه، هرچند که می‌دانیم دیابت و افسردگی ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند، اما مکانیسم چنین ارتباطی به درستی مشخص نیست. به نظر می‌رسد که مبتلایان به افسردگی و دیابت توأم، مرگ‌های زود هنگام ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی را تجربه می‌کنند. اثرات متابولیک ناخواسته درمان‌های دارویی هم باید در نظر گرفته شوند. در میان داروهای ضدافسردگی، برخی از گروه‌های دارویی ممکن است بیش از سایر داروها باعث افزایش وزن شوند و همان‌طور که می‌دانیم، چاقی یکی از فاکتورهای خطر ساز مهم در ابتلا به دیابت است<sup>[15]</sup>.

در کاهش افسردگی چند دسته دارویی وجود دارد. یکی از قدیمی‌ترین این داروها، ۳ حلقه‌ای‌ها هستند. ضدافسردگی‌های ۳ حلقه‌ای مانند آمی‌تریپتیلین، به‌طور اولیه به ناقل سروتونین و ناقل نوراپی نفرین متصل می‌شود. این داروها تمایل بالایی به آدرنورسپتورهای آلفا و آنتاگونیست هیستامین دارند. همین موضوع یکی از فاکتورهای خطر ساز ابتلا به دیابت نوع ۲ محسوب می‌شود. همچنین، مصرف ضدافسردگی‌های ۳ حلقه‌ای با مقاومت نسبت به انسولین مرتبط است. مهارکننده‌های مونوآمینواکسیداز، از دیگر گروه داروهای ضدافسردگی هستند. مهارکننده‌های مونوآمینواکسیداز مانند فلزین، به هیدرازین‌ها یا غیرهیدرازین‌ها تقسیم‌بندی می‌شوند. هیدرازین‌ها به‌طور غیرقابل برگشت و غیراختصاصی به مهارکننده‌های مونوآمینواکسیداز A و مهارکننده‌های مونوآمینواکسیداز B متصل می‌شوند. غیرهیدرازین‌ها

سوی طیف را در برمی گیرد. بر اساس سطح عملکرد فعلی، مشکلات و مسائل در حال حاضر فرمول بندی درمان طرح ریزی می شود. در یک انتهای طیف مداخله های حمایتی بالا و مداخله های پیشی پایین است و در انتهای دیگر، مداخله های حمایتی پایین و تواتر مداخله های پیشی بالا است [16]. این شکل از درمان اغلب بهترین روش در دستیابی به بهبود دراز مدت با توجه به موارد مزمن می باشد و به نوبه خود بر تمام ابعاد زندگی تاثیرگذار است [17]. در همین راستا، روان درمانی های حمایتی به بیمار مبتلا به دیابت در جهت مواجهه با بحران های ناشی از مسائل اجتماعی و یا عوارض جسمی دیابت از طریق تکنیک های تقویت آرامبخشی، خودگویی عبارات مثبت، تصویرسازی مثبت، آگاه سازی، گسترش افکار مثبت و مقابله با افکار منفی، کمک کرده و موجب کاهش افسردگی در این بیماران می گردد [18,19]. در نهایت موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران می شود که متعاقب آن بسیاری از مشکلات درون فردی و میان فردی بیماران کاهش می یابد [20,21]. در رابطه با روان درمانی پیشی - حمایتی با جستجوی انجام شده، مطالعه ای یافت نشد و پژوهش های انجام شده در سطح روان درمانی حمایتی بوده است. لذا به درمان حمایتی در دیابتی ها و پژوهش های که در مورد درمان افسردگی با روش پیشی - حمایتی است به طور کلی اشاره می شود. خدابخشی کولایی و نویدیان بر روی ۲۴ بیمار دیابتی نوع ۲ روان درمانی حمایتی به شیوه گروهی انجام دادند و دریافتند که برنامه درمانی آنان موجب افزایش کیفیت زندگی و بهبود عوارض بیماری شده است. در طرح درمان تحقیق فوق مواردی چون آموزش باورهای معنوی، بالا بردن اعتماد به نفس و فنون آرام بخشی بکار گرفته شده بود [22]. ریناد در یک کارآزمایی بالینی روی ۱۰۰ نوجوان دچار افسردگی، روان درمانی های شناختی، خانواده و پیشی - حمایتی را انجام داد و دریافت که گروه درمان پیشی - حمایتی سریع تر به درمان پاسخ می دهند و در دوره پیگیری نیز به شرط اتمام کامل درمان پیامدهای بهتری نیز داشتند. ماینا و همکارانش نیز در سال پژوهشی بر روی بیماران دچار افسردگی انجام داد و به این نتیجه رسید که کسانی که به سمت طیف پیشی می روند و درمان را ادامه می دهند در دوره پیگیری نتایج بهتری را نشان می دهند [16].

از این رو، با توجه به این که مطالعات اندکی در این زمینه صورت گرفته است این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان درمانی پیشی - حمایتی و دارودرمانی بر افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است که در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) اجرا گردید.

جامعه آماری این تحقیق بیماران دیابتی نوع ۲ هستند که در نیمه اول و دوم سال ۱۳۹۵ در مراکز کنترل دیابت و کلینیک ها شهرهای تربت جام و مشهد حضور داشتند. محدوده سنی این افراد ۴۵ تا ۶۰ سال بود که حداقل به مدت ۲ سال درگیر این بیماری و طی چند ماه گذشته آسیب جدی را که منجر به افسردگی باشد را تجربه نکرده اند و دارای ملاک های تحقیق بودند انتخاب و بعد از تشخیص افسردگی توسط مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) از نوع متوسط تا شدید، ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و با روش جایگزینی تصادفی در گروه ها قرار گرفتند. در جنسیت تعداد مردان و زنان تقریباً با هم برابر بودند (۱۶ زن و ۱۴ مرد). ملاک های ورود و خروج در این تحقیق شامل: ۱ - جهت شرکت در پژوهش رضایت کامل داشته باشند، ۲ - حداقل ۲ سال درگیر این بیماری باشند، ۳ - به بیماری مزمن دیگری نظیر: ایدز، هپاتیت، سرطان، و بیماری های مزمن دیگر مبتلا نباشد، ۴ - طی چند ماه گذشته آسیب جدی را که منجر به افسردگی باشد را تجربه نکرده باشند، ۵ - معتاد به مواد مخدر و الکل نباشد. در ادامه روش درمانی پیشی - حمایتی در گروه آزمایش اول در طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای اجرا گردید و گروه دیگر آزمایش تحت دارودرمانی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ یک از درمان ها را دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند تا پس از اتمام فرایند پژوهش درمان پیشی - حمایتی را دریافت کنند.

جهت تعیین افسردگی بیماران دیابتی از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) و لایبوند استفاده شده است. که دارای دو فرم کوتاه ۲۱ سوالی و فرم بلند ۴۲ سوالی است که در این تحقیق از فرم بلند استفاده شده است. برای هر خرده مقیاس ها ۱۴ سؤال در نظر گرفته شده است. نمره پاسخ دهی آزمون ۴ گزینه ای و به صورت خودسنجی می باشد و طیف طبیعی تا خیلی شدید را تشخیص گذاری می کند. اعتبار بازآزمایی مقیاس های فرعی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۱، ۰/۷۹ درصد برای افسردگی و ۰/۷۹ درصد برای اضطراب و ۰/۸۱ درصد برای استرس گزارش شده است [23]. قابلیت اعتماد این مقیاس در ایران توسط صاحبی و اصغری از طریق همسانی درونی و اعتبار آن با استفاده از تحلیل عاملی و اعتبار ملاک با اجرای هم زمان آزمون های افسردگی، اضطراب، زانگ و تنیدگی ادراک شده بررسی شد. در کل ضرایب قابلیت اعتماد و اعتبار به دست آمده بسیار رضایت بخش و در سطح  $p < 0.001$  معنادار بود. همبستگی ها بین زیر مقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، زیر مقیاس اضطراب DASS با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیر مقیاس تنیدگی DASS با آزمون تنیدگی ادراک شده ۰/۴۹ گزارش شده است [24].

در پژوهش حاضر دو برنامه مداخله انجام شد. درمان پیشی - حمایتی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای صورت پذیرفت که محتوای جلسات به صورت خلاصه این چنین می باشد:

گرفت. لازم به ذکر است در ابتدا جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد. همچنین به منظور رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، آزمون تحلیل واریانس یک راهه جهت هم‌تای بودن سه گروه در خط پایه و آزمون F لویین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها مورد استفاده واقع شد.

### یافته‌ها

نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر ۳۰ نفر بیمار دیابتی بود. از این تعداد، به تصادف، ۱۰ نفر در گروه آزمایش اول (روان‌درمانی پویایی - حمایتی)، ۱۰ نفر در گروه آزمایش دوم (دارودرمانی) و ۱۰ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۴۵ تا ۶۰ سال بود. از این مقدار ۳۶/۶۶٪ در دامنه سنی ۴۵ تا ۵۰، ۴۰٪ در دامنه سنی ۵۱ تا ۵۵ و ۲۳/۳۳٪ در دامنه سنی بین ۵۶ تا ۶۰ قرار داشتند. در جنسیت تعداد مردان و زنان تقریباً باهم برابر بودند (۱۶ زن و ۱۴ مرد).

جدول ۱) مقایسه میانگین نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

| گروه کنترل  | گروه آزمایش ۲)<br>درمان دارویی | گروه آزمایش ۱)<br>درمان پویایی -<br>حمایتی |
|-------------|--------------------------------|--|
| ۱۶/۵ ± ۲/۴۶ | ۱۶ ± ۲/۶۲                      | ۱۶/۶ ± ۲/۲۷                                |
| ۱۶ ± ۲/۶۲   | ۱۲/۸ ± ۳/۰۸                    | ۱۱/۷ ± ۲/۳۶                                |

قبل از مداخله در پیش‌آزمون نمرات افسردگی در سه گروه میانگینی تقریباً مساوی داشتند ولی بعد از مداخله دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل میانگین نمرات افسردگی کاهش یافت در صورتی که در گروه کنترل تغییری محسوس مشاهده نشد. بدین ترتیب در گروه‌های آزمایشی؛ درمان پویایی - حمایتی با گروه کنترل ( $p < 0.01$ ) و درمان دارویی با گروه کنترل ( $p < 0.01$ ) اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ولی بین دو گروه درمان (پویایی - حمایتی و دارویی) در کاهش افسردگی ( $p < 0.01$ ) اختلافی مشاهده نشد. باین‌حال، مقایسه اندازه اثر این دو درمان نشان می‌دهد، درمان پویایی با اندازه اثر ۰/۵۲ در مقایسه با دارودرمانی با اندازه اثر ۰/۴۸، اثربخشی آن اندکی بالاتر است (جدول ۱).

### بحث

این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی دو روان‌درمانی پویایی - حمایتی و دارودرمانی بر افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲ و اینکه کدام روش مؤثرتر است، صورت پذیرفت. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که درمان پویایی - حمایتی و دارودرمانی هر یک به‌تنهایی نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری را نشان دادند و در بهبود مبتلایان به افسردگی مؤثر بوده‌اند که این یافته با نتایج تحقیقات دیگران در

در ابتدای درمان، پس از گرفتن شرح‌حال، درمانگر ابتدا طرح اتحاد درمانی را جهت ماندن بیمار در درمان و افزایش پیش‌آگاهی خوب را مطرح می‌کند. در چند جلسه اول، روان‌درمانگر می‌بایست برای پی بردن به نقاط قوت و ضعف و مکانیزم‌های دفاعی فرد و همچنین عملکرد خود، درک درستی از موضوع اصلی و نشانه‌های بالینی بیمار پیدا کند. در ادامه به "ارزیابی، فرمولاسیون مورد، تعیین هدف می‌پردازد. و بعد از توافق و درک مشترک در درمان با توجه به مورد، در طیفی بین پویایی تا حمایتی پیش می‌رود و علاوه بر تکنیک‌های مخصوص به خود، از اجزای بیشتر درمان‌ها توأم استفاده می‌کند. روان‌درمانی پویایی - حمایتی درمانی است که در آن اتحاد درمانی احتمالاً به‌عنوان یک پایه برای درمان و نه به‌عنوان وسیله برای تغییر است. بنابراین، اتحاد با بیمار در طول دوره درمان یک شرط اساسی است. این نوع از همسویی با بیمار به بیمار کمک و احساس پیگیری درمان توسط درمانگر را به وی می‌دهد<sup>[16]</sup>. همچنین اتحاد درمانی و روند آن کمک به بیمار برای آگاه شدن از افکار و احساسات خارج از آگاهی وی به‌منظور توسعه حس تسلط و زندگی انطباقی است. اجرای این نوع درمان به‌صورت گفت‌ووشنودی و شامل بررسی تجارب جاری و گذشته، عکس‌العمل‌ها و احساسات بیمار است<sup>[25]</sup>.

در مراحل میانی درمان، درک و حمایت از بیمار می‌تواند به‌عنوان یک تجربه عاطفی اصلاحی به وی کمک کند که بعد از آن به‌طور ویژه به هدف‌ها پرداخته می‌شود. فاز انتهایی تقریباً در صورتی آغاز خواهد شد که خود بیمار این احساس را داشته باشد به‌تنهایی قادر به حل و فصل شرایط حاضر می‌باشد که در بیماران و مراجعان مختلف در جلسات یکسانی اتفاق نمی‌افتد. در پروسه کلی درمان در هر سه فاز، در صورتی که مراجع یا بیمار با توجه به ارزیابی انجام‌شده در جلسات ابتدایی، کاندید درمان حمایتی باشد با پدید آمدن انتقال به نحو ذیل برخورد می‌شود: انتقال مثبت: بدون تفسیر و به آن کاری نداریم. انتقال منفی: حل و فصل می‌کنیم (به‌طور مستقیم). کاندید درمان تحلیلی: معنای حالت به وجود آمده را از وی جویا می‌شویم. هرچند روند فسخ رسمی بخشی از روان‌درمانی پویایی - حمایتی نیست اما زمانی که اهداف درمان به اتمام رسیده باشد درمان به پایان می‌رسد (ممکن است خاتمه به دلیل عوامل خارجی مانند جایابی و یا یکی دیگر از رویداد زندگی نیز باشد). به‌صورت خلاصه درمان به‌عنوان یک مجموعه‌ای سازمان‌یافته از دوره‌ها، با یک شروع، میانه و پایان صورت می‌پذیرد<sup>[16]</sup>. در دارودرمانی هم طبق نظر روان‌پزشک سعی شده بود از داروهایی استفاده گردد که کمتر عوارض چاقی را به همراه داشته باشد.

در پایان، نتایج حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری در برنامه نرم‌افزاری SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار

سه‌م نویسندگان: مهدی نیری (نویسنده اول)، نگارنده مقاله (۳۰٪)؛ علیرضا رجایی (نویسنده مسئول) (۵۰٪)؛ فرحناز مسچی (ناظر پژوهش) (۱۰٪)؛ شیدا سوداگر (ناظر پژوهش) (۱۰٪).

منابع مالی: این مقاله منبع تأمین مالی نداشته است.

#### منابع

- Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;94(3):311-21.
- King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates & projections. *Diab Ca.* 1998;21(9):1414-31.
- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 & projections for 2030. *Diab Ca.* 2004;27(5):1047-53.
- Diabetes Research Center. Diabetes and depression. Endocrinology and metabolism research institute of medical sciences. Tehran: Vis Pre; 2011. [Persian].
- Kessing LV, Nilsson FM, Siersma V, Andersen PK. No increased risk of developing depression in diabetes compared to other chronic illness. *Diab Res Clin Prac.* 2003;62(2):113-21.
- Mousavi E, Alizadeh Chahar-Borj T, Sheikh M, Yavari Kermani M. Frequency of psychiatric symptoms in diabetic patients. *J Diabetes Nurs.* 2015;3(1):51-8. [Persian].
- Turner J, Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West J Medi.* 2000;172:124-8
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a Meta analysis. *Diab Ca.* 2001;24(6):1069-78.
- Steele TE, Finkelstein SH, Finkelstein FO. Marital discord, sexual problems, and depression. *J Nerv Ment Dis.* 1976;162(4):225-37.
- Katon WJ. The comorbidity of diabetes mellitus and depression. *Am J Med.* 2008;121:8-15.
- Li C, Ford ES, Zhao G, Ahluwalia IB, Pearson WS, Mokdad AH. Prevalence and correlates of undiagnosed depression among U.S. adults with diabetes: the behavioral risk factor surveillance system. *Diab Res Clin Prac.* 2009;8(3):268-79.
- Sarshar N, Ch Amanzari H. The survey of complications in the patients of gonabad diabete clinic. *J Hor Medic Sci.* 2003;9(1):62-9. [Persian].
- Mahmodi A, Sharifi. Comparison frequency and factors associated with depression in diabetics and non diabetics patients. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2008;6(2):88-93. [Persian].
- Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE,

این زمینه همسو می‌باشد [22-18]. ولی در مقایسه باهم (درمان پویشی - حمایتی نسبت به دارودرمانی)، که هدف اصلی این پژوهش است، نسبت به هم تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. در نتیجه نمی‌توان گفت که کدام درمان ارجح تر است ولی مهم‌ترین یافته پژوهش می‌تواند این باشد که اگر این دو درمان مانند هم عمل می‌کنند پس درمان پویشی - حمایتی جایگزین مناسبی برای دارودرمانی افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲ می‌باشد. چراکه یکی از مشکلات این بیماران مصرف دارو در مورد بیماری دیابت است و به دلیل عارضه چاق‌کنندگی بیشتر انواع ضد افسردگی‌های موجود در بازار، مبتلایان به افسردگی در معرض خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ هستند. در چنین بیمارانی تأکید بر درمان‌های غیردارویی، شرط اصلی پیشگیری از دیابت است [15]. همچنین اگر دیابتی‌ها برای افسردگی همراه این بیماری، دارو مصرف کنند نه تنها به اجبار عوارض ناخواسته‌ای برای بیمار دارد بلکه پیگیری مصرف دارو را هم دچار مشکل می‌کند. لذا در صورت عدم درمان آن، فرد بیمار درمان دارویی را رها کرده، دچار مشکلات جسمی شده و باعث به هم خوردن روابط اجتماعی و فردی خواهد شد و احتمال گرایش به اعتیاد و خودکشی را افزایش خواهد داد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ناتوانی در کنترل تمامی متغیرهای مزاحم، مشکلات روزمره دیابتی‌ها در حین درمان و در نتیجه قطع درمان، عدم تحقیقات و مطالعات مشابه در موضوع مورد نظر و نداشتن دوره پیگیری اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی مطالعات پیگیری جهت اثر بلندمدت درمان انجام شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که این مطالعات بر روی بیماران مزمن دیگر هم به اجرا درآید و نتایج آن باهم مقایسه شوند. در پایان پیشنهاد می‌شود که روش درمانی پویشی - حمایتی به‌عنوان یک درمان جایگزین دارودرمانی با دیگر درمان‌های روان‌شناختی مقایسه و بر اساس نوع بیماری، درمان ارجح معرفی گردد.

#### نتیجه‌گیری

در بیماران دیابتی نوع ۲ که مجبور به استفاده از دارو برای کنترل بیماری خود هستند، درمان پویشی - حمایتی شاید بتواند جایگزین مناسبی برای کاهش افسردگی به‌جای دارودرمانی باشد.

تشکر و قدردانی: از کلیه بیمارانی که به‌عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند و در اجرای آن ما را یاری نمودند، کمال قدردانی را داریم.

تأییدیه اخلاقی: بیماران دیابتی نوع ۲ شرکت‌کننده در این پژوهش رضایت حاصل شد.

تعارض منافع: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

- patients with newly diagnosed type 2 diabetes. *Bullet Clin Psychoph.* 2015;25(1):169-70.
- 21- Kiadaliri AA, Najafi B, Mirmalek-Sani M. Quality of life in people with diabetes: a systematic review of studies in Iran. *J Diab Met Dis.* 2013;12(1):54.
- 22- Khodabakhshi Koolaee A, Navidian A, Baiati Z, Rahmatizadeh M. Effectiveness of supportive psychotherapy on quality of life in patients with type2 diabetes. *J Diab Nurs Mid Zab.* 2015;3(1):31-5. [Persian]
- 23- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress with beck depression and anxiety inventories. *Behavi Res Thera.* 1995;33(1):335-43.
- 24- Sahebi A, Asghari M, Salari R. Validation depression, anxiety & stress scales (DASS - 21) for Iranian population. *J Ira Psychol.* 2005;4(1):299. [Persian]
- 25- Donald A, Misch MD. Basic strategies of dynamic supportive therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research. J Psycho Pract Res.* 2000;9(4):173-89.
- Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glysemic control: a meta- analytic review of the literature. *Diab Ca.* 2000;23(1):934-94.
- 15- Allen F, Fisher M, Phipps N. The correlation between depression and diabetes. *US Pharma.* 2014;39(10):12-15.
- 16- Winston A, Rosenthal R, Pinsker H. Learning Supportive Psychotherapy. Available at: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781615370962>.
- 17- Crown, S. Supportive psychotherapy: a contradiction in terms? *British Journal of Psychiatry.* 1988;152(2):266-69.
- 18- Markowitz SM, Gonzalez JS, Wilkinson JL, Safren SA. A review of treating depression in diabetes: emerging findings. *Psychos.* 2011;52(1):1-18.
- 19- Petrak F, Baumeister H, Skinner TC, Brown A, Holt RI. Depression and diabetes: Depression and diabetes: treatment and health-care delivery. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015; 3(6):472-485.
- 20- Uçok K, Acay A, Coskun KS, Alpaslan AH, Coban NF, Akkan G, et al. Evaluation anxiety, depression, and health-related quality of life in male and female