اثربخشی درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری ـ شناختی بر نشانگان روان‌پزشکی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

عبدا... امیدی [*۱]، پروانه محمدخانی [۲]، پرویز دولتشاهی [۲]، عباس پورشهباز [۳]

خلاصه

سابقه و هدف: شواهد نشان می‌دهند که اختلال افسردگی اساسی، نشانه‌ها و اختلالات بسیاری را به همراه دارد که باعث دوام و وخیم‌تر شدن این اختلال می‌گردند. از این رو درمان‌هایی که بتوانند به طور فراگیر و همه‌جانبه عمل کنند ارزش بسیاری را از نظر بهداشتی و اقتصادی به همراه خواهند داشت. این مطالعه به منظور ارزیابی اثربخشی ترکیب درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان رفتاری ـ شناختی سنتی در کاهش نشانگان روان‌پزشکی بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشگاه تهران، دانشگاه شاهد و کلینیک توان‌بخشی صبا (از توابع دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی) در سال ۱۳۸۷ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش کارآزمایی بالینی طراحی شده است، به همین منظور از بین بیمارانی که به مراکز مورد نظر ارجاع می‌شدند تعداد ۹۰ بیمار از بین ۱۶۰ پرونده‌ی فعال در طول فصل پاییز که تحت درمان روان‌پزشک بودند و معیارهای تشخیصی DSM-IV را برای اختلال افسردگی اساسی دریافت می‌داشتند به طور تصادفی ساده انتخاب شدند پس از آن بیماران به سه گروه ۳۰ نفره شامل گروه ترکیبی، درمان رفتاری ـ شناختی و درمان رایج (TAU) به طور تصادفی اختصاص یافتند. گروه‌های اول و دوم تحت درمان‌های روان‌شناختی قرار گرفتند، اما گروه سوم به عنوان گروه کنترل به درمان رایج خود ادامه دادند (فقط درمان دارویی). سن این افراد بین ۱۸ تا ۴۵ سال با میانگین دو دوره افسردگی قبلی بود. بیماران در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای DSM-IV و پرسش‌نامه‌ی نشانه‌شناسی مختصر (BSI) مورد ارزیابی قرار گرفتند. بیماران در گروه‌های ترکیبی و درمان رفتاری ـ شناختی تحت درمان قرار گرفتند در حالی که گروه TAU از درمان رایج خود (داروهای ضد افسردگی) بهره‌مند شد. پس از پایان کارآزمایی‌ها نتایج با آزمون t زوجی و تحلیل کوواریانس مورد آزمون قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان می‌دهند که گروه‌های رفتاری ـ شناختی و ترکیبی اثر معناداری در کاهش نشانه‌های روان‌پزشکی همراه اختلال افسردگی اساسی دارند در حالی که این تاثیر در گروه درمان رایج معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه نیز نتایج بیانگر این هستند که عناصری از درمان شناختی ـ رفتاری در ترکیب با روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کارآیی درمان و وسعت اثربخشی آن را افزایش می‌دهند و روش ترکیبی به اندازه درمان رفتاری ـ شناختی می‌تواند در درمان افسردگی موثر باشد.

واژگان کلیدی: روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی، درمان رفتاری ـ شناختی، اختلال افسردگی اساسی

۱- استادیار گروه بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- دانشیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

۳- استادیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

* **نویسنده مسوول:** عبدا... امیدی

آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

پست الکترونیک: abomidi20@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۳ ۱۶۲ ۳۶۷۰

دورنویس: ۰۳۶۱ ۵۵۵۱۱۱۲

تاریخ دریافت: ۸۷/۲/۱۱

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۷/۵/۸

مقدمه

افسردگی اساسی به عنوان شایع‌ترین اختلال، بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری برای مبتلایان و خانواده‌های آنها و اجتماع دارد، برآورد می‌شود که نرخ شیوع دوازده ماهه این

اختلال چیزی حدود ۱۲/۶-۲/۹ درصد استرس [۱]. این واقعیت که افسردگی غالبا وضعیت مزمن و فراگیری دارد و حیات روانی فرد مبتلا را دربرمی‌گیرد نکته‌ی بسیار مهمی است. سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰ این اختلال دومین بیماری بزرگ جهانی خواهد بود [۱]. این بیماران نشانه‌های مداومی از افسردگی و پریشانی همراه آن را گزارش می‌کنند. نظریه‌ی سبک‌های واکنشی [۲]. بیان‌گر این است که درگیری افراد در تفکر منفعلانه و تکراری درباره‌ی نشانه‌های افسردگی باعث تداوم آنها می‌گردد. این تلاش بیماران به صورت نشخوارهای ذهنی درآمده و نه تنها از بار این نشانه‌ها نمی‌کاهد بلکه باعث تشدید آنها می‌گردد [۳]. از طرف دیگر خطر خودکشی در چنین بیمارانی غالبا فزونی می‌یابد. یک‌هفتم از بیمارانی که برای اختلال افسردگی اساسی بستری شده‌اند از طریق خودکشی جان خود را از دست داده‌اند [۴]. این میزان همراه با پریشانی روان‌شناختی و نشانه‌های هم‌زمان با افسردگی افزایش می‌یابد. بعضی از این نشانه-ها و اختلالات عبارتند از اضطراب، ترس مرضی، جسمانی شدن، پارانویا، پرخاش‌گری، حساسیت بین فردی و رفتارهای وسواسی-جبری [۱]. مطالعات نشان می‌دهند که درمان رفتاری ـ شناختی در درمان افسردگی حاد موثر است اما اثرات پیشگیرانه‌ی آن مورد تردید می‌باشد [۵]. این درمان شامل کاربرد راه‌بردهای ویژه و تجربی متمرکز بر شناخت و رفتار است، اما تاکیدی که بر تغییر افکار و شناخت‌ها دارد در مواردی باعث گردیده که مراجعین در چالش با افکار دچار شکست شوند. همچنین این رویکرد باعث ایجاد فراشناخت در بیماران نمی‌گردد [۵]. درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، یک برنامه‌ی کلاس محور می‌باشد که برای پیشگیری از عود افسردگی طراحی شده است. هدف آن آموزش شرکت کنندگان برای رهایی از پردازش‌های شناختی است که آنها را در برابر دوره‌های افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد و کمتر در دوره‌ی فعال افسردگی کاربرد دارد [۶]. حضور ذهن معمولا به عنوان حالت آگاهی و داشتن توجه به آنچه که در زمان حال روی می-دهد تعریف می‌شود [۶]. پژوهش‌گران نشان می‌دهند که افزایش حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد [۷]، اضطراب [۸]، افسردگی [۸]، خوردن مرضی [۹]، و استرس [۱۰] ارتباط دارد. حضور ذهن می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند [۱۱]. به علاوه با افزودن وضوح وحیات به تجربیات می‌تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. بسیاری از نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی و روان درمانی اهمیت آگاهی، حضور و مشاهده‌گری را در سلامت روانی مورد بحث قرار داده‌اند [۱۲]. بنابراین تاکید بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه‌ی جدید با افکار در مقایسه با تغییر آنها مورد تاکید قرار می‌گیرد. MBCT[1] شیوه‌ی متفاوتی از مواجهه با هیجانات، درد و پریشانی ارایه می‌کند. فرض بر این است که عدم رابطه با تفکر منفی مهارتی را به همراه می‌آورد که فرد درگیر نشخوارهای ذهنی نمی‌شود [۱۳]. از طرف دیگر CBT[2] راه‌بردهایی را ارایه می‌دهد که به بازسازی شناختی ورد باورهای غیرمنطقی می‌پردازند و فرد مهارت‌هایی را می‌آموزد که به طور فعالانه به تغییر دنیای ذهنی افراد می‌پردازند اما در بسیاری از مواقع بیمار و درمانگر در بی‌اعتبار ساختن افکار ناکارآمد شکست می‌خورند [۱۴] همان‌گونه که ذکر شد روش حضور ذهن جهت مرحله فعال افسردگی طراحی نگردیده، در این مطالعه حضور ذهن مبتنی بر پذیرش با شیوه‌های رفتاری ـ شناختی مبتنی بر تغییر، ترکیب شده‌اند. روی-کردهای حضور ذهن مبتنی بر پذیرش با شیوه‌های رفتاری ـ شناختی مبتنی بر تغییر می‌توانند درمان کارآمدی را در مرحله فعال بیماری افسردگی مطرح سازند، یعنی معرفی روش ترکیبی در مرحله‌ی فعال بیماری ضمن حفظ اثرات پیشگیرانه‌ی آن در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی [۱۵].

مواد و روش‌ها

در این مطالعه طرح کارآزمایی بالینی تصادفی شده مورد استفاده قرار گرفت که ضمن آن شرکت‌کنندگان به طور تصادفی ساده انتخاب شدند بدین ترتیب که از خدمات‌های بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز مشاوره‌ی دانشگاه تهران و مرکز مشاوره دانشگاه شاهد که در فصل پاییز پرونده‌ی فعال درمانی داشته بالغ بر ۱۶۰ پرونده می‌شد، تعداد ۹۰ بیمار انتخاب شدند. این شرکت‌کنندگان می‌بایست پرونده‌ی اختلال افسردگی اساسی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV داشته [۱۶] و بر اساس نظر روان‌پزشک فرآیند درمانی خود را پیگیر باشند، سپس بیماران به طور تصادفی ساده به سه گروه ۳۰ نفره (گروه درمان ترکیبی، گروه درمان شناختی ـ رفتاری و گروه درمان رایج ـ یعنی درمان دارویی روان‌پزشکی) اختصاص یافتند. به دنبال آن بیماران با توافق کتبی با استفاده از ابزارهای مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفتند. سن آنها بین ۱۸ تا ۴۵ سال بوده، حداقل سطح سواد پایان دوره راهنمایی، ۳۰ نفر مذکر و۶۰ نفر مونث و همگی تا کنون توسط روان‌پزشک تحت درمان بوده‌اند. معیار ورود عبارت است

1- Mindfulness Based Cognitive therapy
2- Cognitive Behavior therapy

از داشتن معیارهای تشخیص‌گذاری اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-IV و معیارهای خروج عبارتند از اختلال خلقی دوقطبی، سایکوز، سوء مصرف مواد، سابقه‌ی ارگانیک، اختلال خوردن و بیماران دارای افکار خودکشی.

درمان‌ها

الف-گروه اول: درمان ترکیبی (MBCT &CBT). پروتوکل درمانی بر اساس منابع معتبر علمی موجود طراحی شد. این پروتوکل شامل ۸ جلسه‌ی گروهی دوساعته است که تمرینات مراقبه و شیوه‌های شناختی آموزش داده می‌شوند. تکالیف منزل شامل انجام مراقبه و سایر شیوه‌ها به طور روزانه در طول ۸ هفته می‌باشد [۱۵] ضمنا شیوه‌های افزایش رفتاری CBT برای افسردگی دراین پروتوکل ادغام شده است [۱۷]

ب-گروه دوم درمان شناختی ـ رفتاری (CBT): ساختار و شکل‌بندی درمان رفتاری ـ شناختی بر اساس پروتوکل درمانی امری طراحی شده است [۱۷].

ج) گروه سوم، درمان رایج (TAU): بیماران این گروه به درمان رایج خود بدون هیچ گونه مداخله‌ای ادامه دادند (داروی ضد افسردگی توسط روان‌پزشک).

ابزارهای اندازه‌گیری:

الف- مصاحبه ی بالینی ساختار یافته برای افسردگی (SCID) بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV [۱۶].

ب- پرسش‌نامه‌ی نشانه‌شناسی مختصر (BSI): برای اندازه‌گیری نشانه‌های روان‌پزشکی مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار در مطالعات مختلف اعتبار و پایایی قابل پذیرشی نشان داده است (به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹) [۱۵]. پرسش‌نامه BSI ۵۳ آیتم دارد و هر نشانه بر اساس یک مقیاس ۵ نقطه‌ای از هیچ تا مفرط نمره‌گذاری می‌شود. علاوه بر سه شاخص پریشانی کلی (شاخص شدت کلی، شاخص پریشانی نشانه مثبت و کل نشانه مثبت) اطلاعاتی را بر اساس ابعاد نه‌گانه فراهم می‌آورد.

تحلیل آماری: برای مقایسه‌ی داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون t زوجی و برای مقایسه خرده‌آزمون‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون کوواریانس استفاده شده است.

نتایج

در این مطالعه ۹۰ نفر در سه گروه درمانی ذکر شده مورد مطالعه قرار گرفتند جدول شماره‌ی ۱ ویژگی‌های شخصی هر سه گروه را نشان می‌دهد. از نظر متغیرهای شخصی تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشت. در خصوص سطح تحصیلات هر سه گروه دارای سطح سواد متوسطه و بالاتر بودند، به گونه‌ای که در گروه ترکیبی ۲۳ نفر دارای تحصیلات متوسطه و ۷ نفر بالاتر، در گروه رفتاری ـ شناختی ۲۱ نفر تحصیلات متوسطه و ۹ نفر بالاتر بودند و در پایان در گروه درمان رایج ۲۰ نفر تحصیلات در حد متوسطه و ۱۰ نفر بالاتر از آن بودند. همچنین هر دو گروه در مقایسه با گروه درمان رایج تفاوت معنی‌داری را در کاهش نشانگان روان‌پزشکی نشان دادند ($p<۰/۰۰۱$)، به جز در مقیاس‌های سایکوز (p ۰/۰۰۶) و پرخاش‌گری (p ۰/۰۴)، یعنی هر سه گروه در این دو مقیاس اثر درمانی مشابهی داشتند و هیچ کدام از گروه‌ها نسبت به بقیه برتری چشم‌گیری از نظر آماری به همراه نداشت. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در ارزیابی‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره‌ی ۲ آمده است.

جدول ۱- ویژگی‌های پایه‌ای شرکت‌کنندگان در مرحله ورود به مطالعه

متغیر		ترکیبی (۳۰)	شناختی ـ رفتاری (۳۰)	درمان رایج (۳۰)
مونث (درصد)		۲۴(۸۰)	۲۰(۶۶/۶)	۷ (۵۶/۶)
سن (سال)		۳۲±۶/۳	۳۰±۵/۲	۳۵±۴/۸
وضعیت تاهل (درصد)	مجرد	۲۶	۲۰	۲۵
	متاهل	۶۸	۷۰	۶۵
	جدا شده	۶	۱۰	۱۰
استفاده از داروی ضد افسردگی (درصد)		۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
روان درمانی / مشاوره (درصد)		۳۴	۳۹	۳۸

در قسمت جنس اعداد بدون پرانتز تعداد هستند.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد مقیاس‌های BSI برای گروه‌های درمان ترکیبی، درمان شناختی ـ رفتاری و درمان رایج در زمان‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس BSI	گروه‌های درمانی					
	گروه ترکیبی		گروه شناختی-رفتاری		گروه درمان رایج	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار
GSI	۱/۶۲±۰/۵۶	۰/۷۲±۰/۴۶	۱/۷۹±۰/۴۷	۰/۷۲±۰/۲۶	۱/۷۹±۰/۵۰	۰/۵۲±۱/۵۹
جسمانی شدن	۰/۶۸±۱/۷۰	۰/۷۴±۰/۶۱	۱/۷۱±۰/۷۹	۰/۷۵±۰/۴۵	۱/۶۶±۰/۷۷	۰/۷۶±۱/۷۴
وسواس	۰/۷۴±۱/۹۰	۰/۹۶±۰/۶۹	۱/۹۱±۰/۷۷	۰/۹۱±۰/۴۵	۲/۰۷±۰/۷۶	۰/۷۵±۰/۹۴
حساسیت بین فردی	۰/۷۰±۱/۶۲	۰/۷۳±۰/۴۹	۲/۰۷±۰/۹۷	۰/۶۹±۰/۳۸	۱/۵۸±۰/۹۲	۰/۸۶±۱/۸۵
افسردگی	۰/۸۴±۲/۵۰	۰/۷۹±۰/۶۳	۲/۱۸±۳/۵۷	۰/۷۹±۰/۵۱	۲/۱۸±۰/۸۵	۰/۸۶±۱/۹۶
اضطراب	۰/۸۱±۱/۸۳	۰/۹۲±۰/۷۳	۲/۱۱±۰/۸۲	۰/۷۷±۰/۴۹	۱/۷۵±۰/۹۰	۰/۸۷±۱/۵۸
پرخاش‌گری	۱/۸۵±۰/۷۰	۰/۷۶±۰/۵۲	۱/۹۰±۰/۶۷	۰/۷۱±۰/۳۶	۱/۹۸±۰/۷۲	۰/۷۸±۱/۶۲
فوبیا	۱/۱۲±۰/۸۳	۰/۴۸±۰/۳۷	۱/۶۵±۰/۸۵	۰/۵۰±۰/۳۰	۱/۵۱±۰/۶۶	۰/۷۷±۱/۵۸
پارانویا	۱/۷۴±۰/۸۰	۱/۴۵±۰/۵۴	۱/۴۵±۰/۹۳	۰/۸۵±۰/۴۵	۱/۶۱±۰/۹۳	۰/۷۹±۱/۷۱
روان پریشی	۱/۸۴±۰/۸۹	۱/۶۷±۰/۵۶	۱/۶۷±۰/۷۳	۰/۷۴±۰/۴۶	۲/۰۳±۰/۸۰	۰/۸۲±۱/۴۴

به علاوه به منظور بررسی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس-آزمون و کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد نتایج نشان می‌دهند که فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون در مورد خرده‌آزمون‌های روان‌پریشی، پارانویا، فوبیا، پرخاش‌گری، افسردگی، و وسواس معنی‌دار است. همچنین میانگین‌های تعدیل شده در خرده‌آزمون‌ها در گروه ترکیبی به ترتیب عبارت است از: روان‌پریشی، ۰/۸۵۱؛ پارانویا، ۰/۸۱۸؛ فوبیا، ۰/۳۹۷؛ پرخاش‌گری، ۰/۷۷۳؛ افسردگی، ۰/۸۰۶؛ وسواس، ۰/۹۶۸، در گروه درمان رفتاری ـ شناختی، در خرده‌آزمون روان‌پریشی، ۰/۷۶۸؛ پارانویا، ۰/۸۴۳، فوبیا، ۰/۴۸۴؛ پرخاش‌گری، ۰/۷۱۳؛ افسردگی،۰/۷۸۴ وسواس، ۰/۹۱۹ و در گروه درمان رایج خرده‌آزمون روان‌پریشی، ۱/۴۱۳؛ پارانویا، ۱/۷۱۴؛ فوبیا، ۱/۵۶۹؛ پرخاش‌گری، ۱/۶۱۰؛ افسردگی، ۱/۹۵۶؛ وسواس، ۱/۹۲۷ به دست آمده است. شاخص (F) در کلیه‌ی خرده‌مقیاس‌ها، به جز پرخاش‌گری و روان‌پریشی معنی‌داری (P<۰/۰۱) نشان می‌دهد همچنین مقایسه‌ها نشان دادند که این تفاوت به علت تفاوت بین گروه‌ها در مرحله‌ی پیش‌آزمون نبوده، به دنبال کسب این نتایج به منظور بررسی تفاوت بین گروه-ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج این تحلیل حاکی از این بود که بین دو روش درمانی CBT و ترکیبی بر کاهش نشانگان روان‌پزشکی همراه با افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد اما هر دو گروه به جز در مقیاس‌های یاد شده با گروه TAU تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهند.

بحث

در این مطالعه ترکیب جدیدی از روش حضور ذهن مبتنی بر درمان‌شناختی و درمان شناختی ـــ رفتاری سنتی برای افزایش اثربخشی و کاربرد آن در مرحله‌ی فعال افسردگی شکل-بندی شده است. در نتیجه‌ی این مداخلات، بیماران کاهش معنی-داری را از نظر میزان استرس، نشانگان روان‌پزشکی و احساس سلامتی عمومی گزارش دادند. هدف ما این بود که این برنامه‌ی درمانی را با درمان رفتاری ـ (داروهای ضد افسردگی) مورد مقایسه قرار دهیم. باید خاطرنشان ساخت که روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی به ویژه برای بیماران نسبتا بهبود یافته‌ی مبتلا به افسردگی طراحی شده است اما در مطالعه‌ی حاضر سعی در آن بوده با ترکیب آن با روش‌های شناختی ـ رفتاری در مرحله حاد بیماری نیز از آن استفاده نمود. در این راستا مطالعات Kabat-zinn [۸]، Speca و همکاران [۱۰] نتایج مشابهی را به دست آورده‌اند. همان گونه که فرض شده بود تمرین مراقبه‌ی حضور ذهن منجر به آگاهی بدون داوری در موقعیت‌های مختلف و کاهش معنی‌دار نشانه‌های روان‌پزشکی شده بود. از طرف دیگر نتایج مشابهی در گروه شناختی ـ رفتاری یافت شد یعنی برنامه‌ی درمانی شناختی ـ رفتاری نیز کاهش معنی‌داری در نشانه‌های روان‌پزشکی داشت و از این رو بین این دو گروه تفاوت معنی‌دار نبود یعنی هر دو برنامه‌ی درمانی در دوره‌ی فعال افسردگی اثرات مشابهی را نشان دادند. همچنین این دو گروه تفاوت معنی‌داری را با گروه در مان رایج در ارزیابی‌های پس‌آزمون نشان دادند مگر در مقیاس سایکوز و پرخاش‌گری بدین صورت که کاهش نشانه‌های روان‌پریشی و پرخاش‌گری در هر سه گروه مشابه یکدیگر است. در این جا می‌توان اظهار نمود که درمان‌های دارویی به کار رفته در بیماران افسرده بر نشانه‌های روان‌پریشی و پرخاش‌گری همراه

این بیماری بهتر از سایر نشانه‌ها تاثیر دارند. در این راستا گزارش شده که درمان دارویی در کاهش نشانه‌های هیجانی وآشفتگی‌های فکری اثربخشی خوبی دارند. نتایج به دست آمده در این مطالعه با گزارش‌های قبلی قابل مقایسه هستند [۱۴]. چگونه می‌توان این یافته را تبیین نمود؟ هدف درمان شناختی ـ رفتاری معمولا کاهش فرضیات ناکارآمد، افزایش رفتاری است. از سوی دیگر روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی یک پایش فراشناختی است [۱۸]. این نکته بسیار بااهمیت است که در راه‌بردهای درمانی ویژه-ی بیماران روان‌پزشکی به دنبال مهارت‌های فراشناختی برای بیماران باشیم یعنی تفکر درباره‌ی افکار، [۱۹]. از سوی دیگر روش مورد نظر بر افزایش رفتاری تاکید نمی‌ورزد بنابراین ترکیب مهارت‌های فراشناختی و عناصر رفتاری باعث افزایش کیفیت درمان و پیامدهای آن می‌گردد. تفاوت آزمودنی‌های دو گروه ترکیبی و شناختی ـ رفتاری از آزمودنی‌های گروه درمان رایج در خرده‌مقیاس‌های BSI یعنی نشانگان جسمانی‌سازی، وسواس ـ جبری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خشم، اضطراب فوبیک، افکار پارانوئید و نشانگان روان‌پریش‌گرایی پس از کارآزمایی‌های بالینی توسط مدل آمادگی یا آسیب‌پذیری تبیین‌پذیر است. همان گونه که توصیف شد در این مدل اعتقاد بر این است که وجود ویژگی‌های خاص افراد را مستعد ابتلا به افسردگی می‌سازد. این مدل توسط Segal نقل از بک و همکاران در نوشته‌های پژوهشی بسیاری مطرح شده است [۲۰]. برای مثال درماندگی آموخته شده و نظریه شناختی افسردگی یا حتی Kloninger به نقل از ویلیامز و همکاران که با استعانت از پایه‌های زیستی ـ عصبی به توصیف ویژگی‌های همراه با افسردگی و یا زمینه‌ساز آن می‌پردازند [۲۱]. در تمام این حوزه‌های نظری و یا یافته‌های پژوهشی یا بالینی طیف گسترده‌ای از ویژگی‌ها، زمینه-ها و یا سبب‌سازهای افسردگی مطرح می‌شوند. برای مثال بدبینی، انفعال، خلق پایین، منفی‌گرایی و انرژی پایین به عنوان زمینه‌های پیش‌افسردگی ذکر شده‌اند و مثلا گفته می‌شود، آسیب پرهیزی و یا وابستگی به پاداش، زمینه‌های سبب‌ساز اختلال افسردگی می‌باشند [۲۱]. اگرچه بر اساس یافته‌های BSI نمی‌توان بحث محرز بودن ابتلا آزمودنی‌ها را به اختلالات دیگر مطرح ساخت، ولی حداقل در سطح بالا بودن نمرات مربوط به نشانگان در همه‌ی ابعادی که ذکر شد می‌توان حضور نشانگان را در نیم‌رخ روان‌شناختی آزمودنی‌های هر سه گروه پذیرفت. نشانگانی که از طریق کارآزمایی‌های بالینی و فنون شناختی ـ رفتاری در آزمودنی‌های دو درمان فعال تغییرات ثابت و پایایی را به نمایش درآورد. اکثریت شرکت‌کنندگان در برنامه‌ی درمانی ترکیبی گزارش دادند که این برنامه قابل پذیرش، لذت‌بخش و سودمند است. به هر حال اکثریت اعضای گروه اظهار نمودند که دوره‌ی درمانی کوتاه بوده و پیگیری اساسی است و حتما باید وجود داشته باشد. برای بسیاری از شرکت‌کنندگان عضویت گروه تجربه‌ای با اعتبار و احساس طبیعی بودن به همراه داشت. تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که بین میزان سعی و تلاش شرکت‌کنندگان و میزان بهبودی آنها همبستگی وجود دارد. پژوهش‌های قبلی نیز چنین ارتباطی را گزارش می‌دهند و از آن به عنوان درمان در منزل یاد می‌کنند [۲۰].

نتیجه‌گیری

به طور کلی این مطالعه نشان داد که درمان ترکیبی می-تواند در مرحله فعال اختلال افسردگی اساسی به اندازه درمان رفتاری ـ شناختی اثربخشی داشته باشد ضمن این که ماهیت اصلی خود را حفظ کند.

References:

[1] Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed patients show response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. Behav Res Ther. 2007 Mar; 45(3): 617-25.

[2] Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. J Abnorm Psychol. 1991 Nov; 100(4): 569-82.

[3] Watkins E, Teasdale, JD. Rumination and Over general Memory in Depression: Effects of Self-Focus and Analytic Thinking. J Abnorm Psychol. 2001 May; 110(2): 353-7.

[4] Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M., Hawton K. Suicide in psychiatric patients: Risk factors and their predictive power. Br J Psychiatry. 2000 Mar;176: 266-72.

[5] Finucane A, Mercer SW. An Exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. BMC Psychiatry. 2006 Apr 7; 6–14.

[6] Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol 2003 Apr; 84(4): 822-48.

[7] Kabat-Zinn J. Coming to our senses: Healing ourselves and the world Through Mindfulnes. New York : Hyperion; 2003. p. 10-150
[8] Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders . Am J Psychiatry 1992 Jul; 149(7): 936-43.
[9] Kristeller JL, Halleh C B. An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. Journal of Health Psychology 1999; 4: 357-363
[10] Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. Psychosom Med. 2000 Sep-Oct; 62(5): 613-22.
[11] Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol. 2000 Jan; 55(1): 68-78.
[12] Brewin CR, Watson M, McCarthy S, Hyman P, Dayson D. Intrusive memories and depression in cancer patients. Behav Res Ther. 1998 Dec; 36(12):1131-42.
[13] Mace C. Long-term impacts of mindfulness practice on wellbeing: new findings from qualitative research. In Delle Fave A. Dimensions of Well-being. Research and Intervention.
Milano: FrancoAngeli, 2006. p. 455–69.
[14] Lau MA, McMain SF. Integrating Mindfulness Meditation with cognitive and Behavior therapies: The challenge of combining Acceptance and Change-Based Strategies. Can J Psychiatry November 2005; 50(13): 863-869
[۱۵] دابسون، کیت استفان. محمدخانی، پروانه. اثربخشی مداخله‌های مبتنی بر پیشگیری از عود افسردگی به منظور ارائه مدل موثر بر کاهش نرخ عود افسردگی. گزارش طرح پژوهشی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، معاونت پژوهشی، ۱۳۸۶.صفحات ۳تا ۲۳۵.
[۱۶] الگوی مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM VI/ گردآورنده، تالیف و ترجمه پروانه محمدخانی، عذرا جهانی تابش، شیما تمنائی‌فر. تهران : فرادید، ۱۳۸۴. ص. ۳۵-۳۶.
[۱۷] امری، گری. کتاب راهنمای متخصصان چیرگی بر افسردگی: یک پروتکل شناختی - رفتاری برای درمان افسردگی بهترین تمرینات درمانی پروتکل‌درمانی تجربه‌مدار. ترجمه پروانه محمدخانی، ابراهیم رضایی‌دوگاهه؛ [به سفارش] مرکز آموزش علمی-کاربردی بهزیستی یزد تحت نظارت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. یزد: انتشارات یزد، ۱۳۸۴. ص ۵۳-۱۷۹.
[18] Beck AT, Weishaar ME. Cognitive therapy. In Corsini RJ, Wedding D.editor. Current psychotherapies. 6th ed. Itasca, Ill.: F.E. Peacock Publishers; 2000. p. 241-272
[19] Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG. Mindfulness training and problem formulation. Clinical Psychology: Science and Practice 2003; 10(2): 157-160.
[20] Beck AT, Epstein N, Harrison RP, Emery G. Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology. Unpublished manuscript, Center for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania Medical School, Philadelphia, 1983; 325-34
[21] Williams JM, Teasdale JD, segal ZV, soulsby J. Mindfulness-Based cognitive therapy Reduces over general Autobiography Memory in formerly Depression Patients. J Abnorm Psychol. 2000 Feb;109(1):150-5.