

بررسی مقدماتی کارایی راهنمای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) برای بیماران افسرده با افکار خودکشی: گزارش موردی

Preliminary study of applicability of mindfulness based cognitive therapy protocol for depressed patients with suicidal thought: A case study

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۲۳

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۲۸

Hanasabzadeh Esfahani, M*.Ph.D,
Yekeh Yazdandoost, R. Ph.D,
Gharai, B.Ph.D,
Asgharnejhad farid, A. Ph.D

مریم حناساب زاده اصفهانی* رخساره یکه یزدان دوست**،
بنفشه غرایبی**، علی اصغر نژاد فرید**

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش، تهیه ی یک راهنمای درمانی فشرده و کوتاه مدت بر اساس شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، برای استفاده در مبتلایان به اختلال افسردگی مهاد با افکار خودکشی و بررسی مقدماتی کارایی آن بود.

روش: راهنمای درمانی حاضر، با در نظر گرفتن اصول بالینی کاربردی در تهیه ی راهنمای درمانی برای مداخلات روان شناسی و مشاوره تهیه، و پس از بررسی مطالعات نظام دار بازنگری در حیطه ی کارآمدی درمان‌های شناختی - رفتاری بر افسردگی و خودکشی استفاده شده است. این راهنما برای نخستین بار روی یک بیمار افسرده دارای افکار خودکشی اجرا، و نتایج در چارچوب گزارش موردی ارزیابی گردید. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه ی افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) و مقیاس بک برای افکار خودکشی (BSSI) و همچنین دو فرم جداگانه‌ی محقق ساخته بود.

یافته ها: نتایج نشان داد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس راهنمای درمانی حاضر، موجب کاهش معنادار افسردگی (۱۰ نمره) و نیز افکار خودکشی (۴ نمره) در بیمار گردیده است. به علاوه این نتایج در دو نوبت پیگیری ۳ ماهه (در مجموع ۶ ماه) دوام داشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش، می توان نتیجه گرفت که راهنمای درمانی تهیه شده، در کاهش افسردگی و افکار خودکشی بیماران افسرده موثر بوده است.

واژه های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بیماران افسرده، افکار خودکشی.

Abstract

Introduction: The aim of this research was to provide a concise short-term treatment protocol based on MBCT for use with the major depressive disordered patients who have suicidal thought .

Method: The treatment protocol was designed according to essentials of clinical applicability for counseling and psychological interventions. Systematic meta analytic studies and efficacy of cognitive-behavioral therapies on depression and suicide were reviewed . Provided manual was administered on a depressed patient who had suicidal thoughts and the results were assessed in a form of case report for the first time. Instruments were included BDI II , BSSI and 2 researcher made inventories.

Results: Results indicated that short-term treatment protocol based on MBCT has decreased depression (10 scores) and suicidal thoughts (4 scores) in the depressed patients. Follow-up study were also showed a 6 months stability for the treatment effects .

Conclusions: The provided treatment manual could be effective in decreasing depression and suicidal thoughts of depressed patients .

Key words: Mindfulness based cognitive therapy, Depressed patients ,Suicidal thought

*Correspondance Email:
mhanassabzadeh@yahoo.com

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران
** دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه

به علاوه عدم موفقیت فنون رایج در روی آورد شناختی - رفتاری سنتی مانند تکنیک "حل مسأله"^{۱۹} به تنهایی برای افراد خودکشی گرا (برای مثال رود^{۲۰} و همکاران به نقل از گلد^{۲۱}، گرین برگ^{۲۲} و ولتینگ^{۲۳}؛ ۲۰۰۳)، لزوم آزمون روی آوردهای نوین شناختی رفتاری را برای این افراد به ذهن متبادر می‌سازد.

در جدیدترین تحولات روی آوردهای شناختی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^{۲۴} (MBCT، تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۵؛ به نقل از کنی و ویلیامز، ۲۰۰۷) مطرح شد. این درمان که یک مداخله ی کوتاه مدت (۸ جلسه‌ای) و ساختار یافته است، از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین^{۲۵} (۱۹۹۰) به نقل از مارک^{۲۶}، ویلیامز و سوالز^{۲۷}، ۲۰۰۴) ساخته و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. "هدف آموزش تفکر ذهن آگاهی، مانند شناخت درمانی سنتی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد یک نگرش یا رابطه‌ی متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می‌باشد که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است" (ولز^{۲۸}، ۲۰۰۲).

هم چنین در تازه‌ترین تحولات مربوط به روان درمانی‌های ساختار یافته ی مبتنی بر ذهن آگاهی برای پیشگیری از اقدام به خودکشی در افرادی که در خطر بالای رفتارهای خودکشی گرایانه قرار دارند، روش "ذهن آگاهی" پیشنهاد شده است (به عنوان مثال، مارک، ویلیامز و سوالز، ۲۰۰۴؛ بارن هافر^{۲۹} و همکاران، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد استدلال زیربنایی کاربرد این روی آورد در چنین افرادی در نظر داشتن خطر عود در

نتایج حاصل از مطالعات همه گیرشناسی، اختلال افسردگی را شایع‌ترین اختلال روان پزشکی گزارش نموده‌اند (سگال^۱، تیز دل^۲ و ویلیامز^۳، ۲۰۰۲)، این در حالی است که این اختلال در اکثر موارد مزمن^۴ و عود کننده^۵ می‌باشد (جاد^۶، ۱۹۹۷، به نقل از کنی^۷ و ویلیامز، ۲۰۰۷). به علاوه خودکشی به عنوان فاجعه آمیزترین پیامد افسردگی (گلدنی^۸، ۲۰۰۷)، با روند رو به افزایش خود در بسیاری از کشورها (کومار^۹، ۲۰۰۳) همواره در حیطه‌ی برجسته‌ترین معضل بهداشت روان مطرح بوده است.

بدین ترتیب روی آوردهای روان درمانی خاص^{۱۰} برای پیشگیری و درمان اختلال افسردگی و خودکشی معرفی شده‌اند. از میان این رویکردها، درمان‌های شناختی رفتاری سنتی^{۱۱} در مقایسه با درمان‌های قدیمی‌تر مانند روی آوردهای روان پویشی^{۱۲} از محبوبیت برخوردار شده‌اند و به استانداردهای طلایی^{۱۳} در مداخلات روان شناختی شهرت یافته‌اند (سگال، تیز دل و ویلیامز، ۲۰۰۲). با این حال کارا ترین درمان‌های شناختی اخیر که تلفیقی^{۱۴} هستند، مانند رفتار درمانی دیالکتیک^{۱۵} (لینهان^{۱۶}، ۱۹۹۳؛ به نقل از بتیت^{۱۷} و جوینر^{۱۸}، ۲۰۰۶) طولانی مدت می‌باشند و این در حالی است که احتمال برگشت مکرر نشانه‌ها و نیز افزایش خطر خودکشی در هر دوره، از بدیهی‌ترین موضوعات مربوط به افسردگی است.

1. Segal, Z.V.
2. Teasdale, G.D.
3. Williams, J.M.G.
4. Chronon
5. Relapsing
6. Judd
7. Kenny, M.A.
8. Goldeny, R.D.
9. Kumar, V. L.
10. Specific Psychotherapy
11. Traditional
12. Dynamic
13. Golden standard
14. Integrative
15. Dialectical behavioral therapy
16. Linehan
17. Pettit, J.W.
18. Joiner, T.E.

19. problem solving
20. Rudd, M.D.
21. Gould, M.S.
22. Greenberg, T.
23. Velting, D.M.
24. Mindfulness-Based Cognitive-Therapy (MBCT)
25. Kabat-Zinn, J.
26. Mark, J.
27. Swales, M.
28. Wells, A.
29. Barnhofer, T.

برای خودکشی (براون^{۳۴}، ۲۰۰۶)، بر اساس پژوهش های قبلی انتخاب گردیده است. سپس با در نظر گرفتن اصول بالینی کاربردی در تهیه ی راهنمای درمانی برای مداخلات روان شناسی و مشاوره (دپارتمان سلامتی^{۳۵}، ۲۰۰۱) و پس از بررسی مطالعات فراتحلیل و نتایج مطالعات نظام دار بازنگری^{۳۶} در حیطه ی کارآمدی درمان های شناختی - رفتاری روی افسردگی و خودکشی، عناصر درمانی این راهنما تدوین شده است. با توجه به توصیه ی دپارتمان سلامتی (۲۰۰۱)، این راهنما برای نخستین بار روی یک بیمار اجرا و نتایج به شکل گزارش موردی شرح داده می شود.

ابزار

پرسش نامه ی افسردگی بک (ویرایش دوم):
BDI-II^{۳۷} پرسش نامه ی افسردگی بک که به عنوان یک ابزار خودگزارشی برای سنجش شناخت های وابسته به افسردگی به کار می رود شامل ۲۱ عبارت از نشانه های مختلف افسردگی با ترجمه و اجرای **BDI-II** بر روی یک گروه ۱۲۵ نفری از دانشجویان ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ و ضریب بازآزمایی را با فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش کرده اند. است (قاسم زاده و همکاران ۱۳۸۱، به نقل از قهاری، ۱۳۸۵)

مقیاس بک برای افکار خودکشی (BSSI)^{۳۸}:
 این مقیاس که توسط بک، کوواکس^{۳۹} و ویسمن^{۴۰} (۱۹۷۹؛ به نقل از محمدخانی و رضایی دوگانه، ۱۳۸۴) تهیه شده شامل ۱۹ مجموعه (مانند میل به مردن^{۴۱}) با سه گزینه ی صفر (به هیچ وجه)، ۱ (ضعیف) و ۲ (متوسط تا زیاد)، و نیز سه عامل میل به خودکشی

افسرده های بالینی است، یعنی گروه هایی از بیماران که بزرگترین گروه های در معرض خطر برای خودکشی را تشکیل می دهند.

در تحقیق حاضر پس از بازنگری بر پژوهش های پیشین که **MBCT** را روی افراد افسرده ی خودکشی گرا به کار برده اند، مشخص شد راهنمای درمان مورد استفاده در آنها برای استفاده در افراد خودکشی گرا تعدیل و اصلاح نشده است. در این زمینه ویلیامز و سوالز (۲۰۰۴) خاطر نشان نموده اند که مهم ترین نکته در استفاده از **MBCT** برای بیماران خودکشی گرا توجه به این مسأله است که در چنین بیمارانی صرف به کارگیری تکنیک های ذهن آگاهی کافی نیست و با توجه به شدت آسیب شناسی روانی^{۳۰} و میزان افکار خودکشی در بیماران افسرده، باید فنون دیگری از روی آورد شناختی سنتی به آن اضافه گردد. تا جایی که پژوهشگر اطلاع دارد، تا کنون چنین راهنمای درمانی که خاص این بیماران باشد تهیه یا تدوین نشده است و نیاز به تهیه ی راهنمای مناسب جهت کاربرد روی چنین بیمارانی در این پژوهش، باتوجه به خلاء موجود و نیز در نظر داشتن این مهم که یکی از علل های موفقیت شناخت درمانی، در دسترس بودن کتابچه های راهنما و امکان استفاده از آنها در امور بالینی و پژوهشی است (فری^{۳۱}، ۱۳۸۴) احساس شد.

روش

راهنمای درمانی حاضر، بر مبنای کتاب درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲) تنظیم و به منظور استفاده در بیماران افسرده ی بالینی دچار افکار خودکشی، تعدیل شده است. بر این اساس، افزون بر برخی از تکنیک های ذهن آگاهی و مراقبه^{۳۲} (کنی^{۳۳} و ویلیامز، ۲۰۰۷)، سودمندترین فنون درمان شناختی - رفتاری سنتی

34. Brown, J. K.

35. Department of Health (DH)

36. Writing systematic review article

37. Beck Scale For Suicidal Ideation (BDI-II)

38. Beck Scale For suicidal Ideation

39. Kovacs

40. Weismann

41. Wish to die

30. Psychopathology

31. Free, M.

32. Meditation

33. Kenny, M.A.

افسردگی، افزایش علاقه‌مندی به زندگی و میل به زنده ماندن، کاهش افکار منفی، یادگیری مهارت‌ها برای کنار آمدن با مسایل و مشکلات و سرانجام، بهبود عملکرد خانوادگی، تحصیلی و شغلی، با پنج درجه‌بندی (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و هیچ) و ۲) "فرم ارزیابی کیفی نتایج درمان بر اساس قضاوت شخصی شرکت کنندگان" که شامل پنج پرسش باز پاسخ در حیطه‌ی ارزیابی جنبه‌هایی از درمان که بیش‌ترین یا کمترین کارایی را دارند، چگونگی تاثیر تجربه‌ی درمان بر زندگی خانوادگی، تحصیلی و شغلی، نکات منفی درمان و نیز چگونگی تاثیرات درمان بر افسردگی، افکار خودآیند منفی و افکار خودکشی، بود(نسخه‌ای از دو فرم مزبور پیوست می‌باشد).

معرفی راهنمای درمانی

هدف این راهنما فراهم آوردن چارچوب روشن و مختصر برای درمان موثر با استفاده از دستورالعمل‌های جلسه به جلسه قابل اجرا برای بیماران افسرده‌ی خودکشی‌گرا (که از گروه‌های پرخطرند)، می‌باشد و برای استفاده‌ی روان‌شناسان بالینی آشنا به درمان‌های شناختی - رفتاری که از آموزش‌های لازم ذهن آگاهی و مراقبه نیز برخوردارند مناسب است. همچنین با توجه به فشردگی بودن محتوای جلسات، اجرای برنامه نیازمند مدیریت خوب زمان توسط درمان‌گر است.

برخی از اصول درمان شناختی که در تهیه این راهنما مورد توجه قرار گرفته‌اند، شامل موارد زیر می‌باشند: درمان هدف مدار و متمرکز بر مسأله، جلسات دارای ساختار، بهره‌گیری از قواعد روشن مبتنی بر ساختار در هر جلسه، بهره‌گیری از روش‌های متنوع برای آموزش روان‌شناختی^{۴۸} و آرایه‌های متعدد برای تحکیم یادگیری هر فصل در هر جلسه و نیز در نظر داشتن

فعال^{۴۲} (۱۰ گزینه) میل به خودکشی منفعل^{۴۳} (۳ گزینه) و آمادگی^{۴۴} (۳ گزینه) با دامنه‌ی نمرات از ۰ تا ۳۸ می‌باشد. همبستگی درونی این آزمون ($\alpha=0/89$) و اعتبار^{۴۵} آن ($r=0/83$) گزارش شده است (دانیتز^{۴۶}، ۲۰۰۱ به نقل از همتی، دانش آموز، پناغی، ۱۳۸۳).

مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته (SCID)^{۴۷}:

مصاحبه‌ی مزبور ابزاری به منظور تشخیص‌گذاری بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۰۵) است. این ابزار دو نسخه اصلی دارد: ۱) SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روانپزشکی (محور یک در DSM-IV) می‌پردازد. این فرم توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۴) ترجمه و انطباق داده شده و در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است. ۲) فرم SCID-II نیز به ارزیابی اختلال شخصیت (محور دوم DSM-IV) می‌پردازد. بختیاری (۱۳۷۹) این فرم را ترجمه و انطباق داده است که در این پژوهش از آن نیز استفاده شده است.

فرم ارزیابی کمی و کیفی محقق ساخته: سگال

ویلیامز و تیز دل (۲۰۰۲)، گرفتن باز خورد از شرکت کنندگان را مبنی بر اثر گذاری درمان در جریان درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی توصیه نموده‌اند. بر این مبنا به غیر از ابزارهای مورد استفاده، به منظور سنجش کارایی درمان، ارزیابی به شکل کمی و کیفی در دستور کار قرار گرفت. به این منظور از دو فرم جداگانه محققین ساخته، استفاده گردید: ۱) فرم "ارزیابی درجه‌بندی میزان کارایی درمان بر اساس قضاوت شخصی شرکت کنندگان"، که شامل پنج پرسش برای سنجش تاثیر درمان بر کاهش

42. Active suicidal desire

43. Passive suicidal desire

44. Preparation

45. Test_retest

46. Danitz

47. Structured Clinical Interview for DSM-IV

48. Psycho education

محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افراد افسرده دارای افکار خودکشی:

جلسه ی اول: ارایه سرفصل‌های هر یک از جلسات / معرفی اجمالی روش MBCT، مروری بر افسردگی و ماهیت آن، عود و عوامل خطر در افسردگی، آموزش اطاعت پذیری^{۴۹} از درمان دارویی، تکمیل چک لیست عوامل خطر افسردگی (دابسون^{۵۰} و محمدخانی، ۱۳۸۵)، مروری بر خودکشی و عوامل خطر در آن، نشانگان هشدار دهنده خودکشی و تکمیل چک لیست عوامل خطر خودکشی (چک لیست محققین ساخته). **جلسه ی دوم:** آموزش توجه^{۵۱} و آگاهی با محوریت افکار مربوط به افسردگی و خودکشی، آگاهی کامل از افکار و احساسات به شیوه ی فراشناختی، با تاکید بر آموزش همیشگی نبودن احساسات منفی، آموزش ارتباط میان افکار و احساسات با تاکید بر افکار مربوط به نومییدی و درماندگی (هیجان‌های غالب در خودکشی).

جلسه ی سوم: پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش تکنیک وارسی بدن^{۵۲}، کنترل ذهن سرگردان^{۵۳} با تمرین وارسی بدن، مروری بر افکار خودآیند منفی و افکار منفی مربوط به خودکشی، تکمیل پرسش‌نامه‌ی افکار خودآیند منفی. **جلسه ی چهارم:** ذهن آگاهی از تنفس و تمرین مراقبه ی ذهن آگاهی، مراقبه‌ی نشست: ذهن آگاهی از تنفس و بدن، تمرین ذهن آگاهی همراه با مراقبه. **جلسه ی پنجم:** تنفس ۳ دقیقه‌ای (آگاهی، یکپارچه سازی، گسترش دادن)، ماندن در زمان حال (تماس راحت، کشف تجربه، محدود کردن و گسترش دادن توجه) با روش مراقبه ی شنیدن. **جلسه ی ششم:** ایجاد رابطه‌ای متفاوت با

پیشگیری از عود در برنامه‌ی درمان. هم چنین برخی از اصول درمان مبتنی بر ذهن آگاهی که مورد توجه قرار گرفته است، به شرح زیر می‌باشند: توان‌مندی شرکت کنندگان برای به کارگیری تجارب گسترده‌ای که در MBCT می‌آموزند، تأکید بر زمان حال و پذیرش رویدادهای فعلی و نیز گسترش بعد نگه دارنده درمان شناختی (توجه بیشتر به پیش‌گیری از عود).

شایان ذکر است، در به کارگیری راهبردهای گوناگون ذهن آگاهی در این راهنما، به توصیه‌ی کبات زین (۲۰۰۰؛ به نقل از امیدی و محمدخانی، ۱۳۸۷)، مبنی بر فرهنگی‌تر شدن فنون، توجه شده است: مهارت‌ها، مستقل از مذهب و سنت‌های فرهنگی مبدا (بوداییسم مشرق زمین) آموزش داده شده و سعی شده است تا برای روشن شدن هر مبحث، از مثال‌ها و داستانهای آشنای ایرانی، استفاده شود. هم چنین نظر به این که راهنمای حاضر برای افراد افسرده‌ی خودکشی گرا تهیه شده، به منظور تعدیل و مناسب نمودن آن جهت کاربرد در این افراد ملاحظاتی در نظر گرفته شده است: استفاده از یک برنامه‌ی مداخله در بحران به عنوان یکی از عناصر راهنمای درمانی و نیز تمرکز بر افکار خودکشی گرایانه در بیشتر فنون مورد استفاده.

موارد شمول در این راهنما که به شکل گروهی برگزار می‌شود، عبارتند از: اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده خوبی، بیماری‌هایی که در حال حاضر دارای افکار خودکشی هستند، بیماری‌هایی که در وضعیت عود یا عود مجدد افسردگی هستند. همچنین موارد خروج عبارت بودند از: بیماری‌هایی که سابقه ی روان‌پریشی، تاریخچه‌ای از مانیا یا هیپومانیا، عقب ماندگی ذهنی و نقایص شناختی شدید (مانند زوال عقل)، اختلال شخصیت مرزی و نیز بیماری‌هایی که سابقه ی اقدام به خودکشی دارند.

49. Compliance

50. Dobson, K.

51. Attentional training

52. Body scan

53. Mind wondering

انواع روان درمانی ها را دریافت نکرده و به علاوه واجد تمامی ملاک های شمول و فاقد تمامی ملاک های خروج برای راهنمای درمانی حاضر بود.

میزان افسردگی بیمار بر اساس **BDI-II** (افسردگی متوسط، نمره= ۲۶) و همچنین فراوانی افکار خود کشی وی بر اساس **BSSI** در محدوده ی فکر خودکشی با خطر پایین (نمره=۵) ارزیابی گردید. بعد از این مرحله، در جلسه ی پیش آزمون ابتدا برای بیمار ماهیت پژوهش، اطلاعات کلی در مورد تعداد و زمان جلسات شرح داده شد تا با رضایت آگاهانه ی کتبی، وارد طرح درمان شود. سپس سر فصل مکتوب تمامی جلسات در اختیار وی قرار داده شد و پس از شرح مسئولیت های درمان گر و وظایف بیمار قرارداد درمانی با او بسته شد. بیمار در ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای **MBCT** بر اساس راهنمای درمان و به شکل فردی شرکت کرد.

در مرحله ی پس آزمون، که با فاصله ی یک هفته پس از آخرین جلسه ی درمان صورت گرفت، دوباره آزمون های **BDI-II** و **BSSI** روی بیمار انجام شد. در این ارزیابی مشخص گردید، در این مرحله نمره افسردگی بیمار با کاهش ۱۰ نمره (نمره= ۱۶) و در محدوده ی افسردگی خفیف) و نمره ی افکار خودکشی با کاهش ۴ نمره (نمره=۱) در این مرحله همراه بود. همچنین در دو نوبت دوره ی پیگیری ۳ ماهه (مجموعاً ۶ ماه) پایداری نتایج مورد تایید قرار گرفت: در اولین دوره ی پیگیری (۱۵=نمره افسردگی و در محدوده ی افسردگی خفیف و نیز نمره ی افکار خودکشی=۱) و در دومین دوره ی پیگیری (نمره افسردگی=۱۸ و در محدوده ی افسردگی خفیف و نیز نمره ی افکار خودکشی=۱).

شایان ذکر است نتایج حاصل از ارزیابی کمی و کیفی مربوط به این بیمار براساس ۲ فرم جداگانه (محقق ساخته) در مرحله ی پس آزمون به این شرح بود: بیمار

تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش. **جلسه ی هفتم:** مروری بر مبحث " افکار حقایق نیستند" و روشهایی که با استفاده از آنها می توان افکار را به نحو متفاوتی دید. **جلسه ی هشتم:** مروری بر مراقبت از خود، انتخاب گزینه های مراقبت از خود براساس جدول (دابسون و محمدخانی ۱۳۸۵)، مروری بر ارتباط فعالیت و خلق، یکپارچگی فعال سازی رفتاری در آموزش برنامه ریزی فعالیت ها. **جلسه ی نهم:** شناسایی نشانه های عود، استفاده از برنامه ریزی فعالیت ها برای رویارویی با خطر عود/عود مجدد، استفاده از آموخته های جلسات پیشین برای رویارویی با افکار خودآیند منفی موجد افسردگی و افکار خودکشی. **جلسه ی دهم:** مروری بر جلسات گذشته و خلاصه بندی، کمک به شرکت کنندگان برای اختتام درمان.

گزارش مورد

بیمار، خانم س. آ.، ۲۷ ساله، فرزند چهارم، دانشجوی لیسانس کامپیوتر، مراجعه کننده به مطب خصوصی روانپزشکی و روانشناسی بالینی در شهر یور ماه ۱۳۸۶ بود. وی بر اساس تشخیص روان پزشک و مصاحبه ی بالینی ساختار یافته **SCID** توسط روانشناس بالینی، تشخیص اختلال افسردگی مهاد در دومین دوره ی^{۵۴} بیماری را دریافت نمود. بیمار به مدت ۴ هفته داروی فلوکستین^{۵۵} مصرف نموده و تشخیص اختلال همبود در محور ۱ و اختلال شخصیت در محور ۲ بر اساس چهارمین کتابچه ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (**DSM-IV**)^{۵۶} دریافت نکرد. وی در اولین ارزیابی بر اساس مصاحبه ی بالینی، دارای افکار خودکشی بود، ولی تاریخچه ای از اقدام به خودکشی نداشت و به جز درمان دارویی (که آن را با برنامه ی منظم مصرف و ادامه داده بود)، تحت هیچ گونه درمان دیگری قرار نداشت. همچنین تا زمان انجام پژوهش، هیچیک از

54. Second episode

55. Floxetine

56. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder 4th edition

حقیقت که اگر چه سودمندی از تکنیک‌های درمانی با روی‌آورد شناختی، مؤثر بوده‌اند و کارآمدی درمان را افزایش می‌دهند، به دلیل هزینه‌ی بالا و صرف زمان طولانی، در سطح گسترده برای بیماران قابل دسترسی نیست به طوری که در سال‌های اخیر انجمن درمان گران شناختی - رفتاری برای حل این مشکل به کارگیری عناصر خاصی را در اختلال‌های به خصوص مناسب دانسته و آن‌ها را توصیه کرده‌اند. افزون بر این، نظر به این که پروتکل درمانی MBCT اساساً به شکل گروهی است می‌توان افراد بیش تری را که نیازمند به مداخلات روان درمانی می‌باشند، در برنامه‌ی درمان قرار داده تا از نتایج سودمند این مداخله بهره‌مند ساخت.

بنابر جستجوی پژوهشگران، پروتکل معرفی شده با نام "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افراد افسرده دارای افکار خودکشی"، برای نخستین بار در سطح دنیا تهیه گردیده است.

شایان ذکر است، تهیه‌ی این راهنما، که تلاشی هدفمند در جهت تعدیل روی‌آورد MBCT برای بیماران افسرده خودکشی گر می‌باشد، تنها به عنوان نخستین گام "در کاربرد این روی‌آورد برای چنین افرادی در نظر گرفته می‌شود و بدیهی است، هم چنان نیاز به مطالعات نظام دار و پژوهش‌های کنترل شده‌ی بیش تری جهت تایید اعتبار و کاربرد آن روی افراد افسرده‌ی خودکشی‌گرا (که از گروه‌های پر خطر بیماران روان پزشکی محسوب می‌شوند)، احساس می‌شود.

کلام آخر این که رویکرد MBCT با یکپارچگی عناصری مانند، فلسفه‌ی دیالکتیک^{۵۷} ذهن آگاهی، پذیرش، ارتباط^{۵۸} و معنویت^{۵۹} (بورکوک^{۶۰}، ۲۰۰۲؛ به نقل از ویلیامز و سواز، ۲۰۰۴) به همراه بهره‌گیری از انواع مراقبه به عنوان حوزه‌ی محوری در این رویکرد،

معتقد بود برنامه‌ی درمان تا حد زیادی در کاهش افسردگی وی مؤثر بوده است و مهارت‌هایی که در برنامه‌ی حاضر فرا گرفته در کنار آمدن او با مشکلاتش بسیار یاری دهنده بوده‌اند، همچنین با گذراندن برنامه‌ی درمانی عملکرد تحصیلی و خانوادگی وی در حد متوسط بهبود و افکار مرگ و از میان بردن خود در وی کاهش یافته است و در مجموع، کیفیت درمان خوب ارزیابی شد. افزون بر این، بیمار سرفصل "پذیرش" را به عنوان بیشترین تاثیر گزار بیان کرد و معتقد بود با یادگیری این سرفصل، هیجانات دردناک خود را پذیرفته است و برای رهایی از آن‌ها کمتر به خودکشی فکر می‌کند. بنا بر گزارش بیمار "فعال سازی رفتاری" مناسب ترین ابزار این برنامه بود که با کمک آن می‌توانست با افسردگی مقابله کند. همچنین تجربه‌ی در مان حاضر با ایجاد یک نگرش تازه به زندگی، تاثیرات مثبت در زندگی وی بر جای گذاشته است.

بحث

هدف این پژوهش، نخست تهیه‌ی راهنمای درمانی مناسب برای بیماران افسرده دارای افکار خودکشی و سپس آزمون مقدماتی کارایی این راهنما بود.

نظر به مخاطره آمیز بودن بیمار دارای افکار خودکشی و با در نظر داشتن ملاحظات اخلاقی آماده سازی راهنمای درمان، این راهنما ابتدا روی یک بیمار اجرا و نتایج آن به شکل گزارش موردی در این مقاله ارائه شد. پس از آن و در پژوهش دیگری که توسط پژوهشگران (حناساب زاده اصفهانی، یکه یزدان دوست، غرایبی، اصغر نژاد فرید) روی گروهی از بیماران افسرده‌ی دارای افکار خودکشی در حال اجر می‌باشد، کارآمدی این راهنما در یک طرح آزمایشی به آزمایش گذاشته می‌شود. اهمیت تنظیم و تدوین پروتکل درمانی برای افراد خودکشی‌گرا با عناصر درمانی انتخابی و بر اساس کارآترین راهبردهای این روی‌آورد، کاملاً مشخص است. در نظر داشتن این

57- dialectical philosophy
58- relationship
59- spirituality
60- Borkovec

research 2004 :8: 315-329.

7. Wells ,A., GAD, Met cognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9(1): 95-100.

8. Barnhofer, T., Duggan ,D., Crane ,C., Hepburn, S., Fennell , M .J .V., Williams J., Mark, J. Effects of Meditation on frontal (alpha)-asymmetry in previously suicidal individuals. *Neuroreport* 2007; 18(7): 709-712.

۹. فری، م. راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی. ترجمه ی محمدی، م و فرنام، ر. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۸۴.

10. Brown GK. Review of Psychosocial Interventions for suicide prevention. In effective treatments for suicidal individuals: what are the common pathways? 4th AESCHI conference 1-4 March 2006.

11. Department of Health . Evidence based clinical practice guideline. Crown copyright; 2001.

۱۲. قهاری، ش . کارایی روی کرد شناختی رفتاری در درمان سوء مصرف حشیش. پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران ۱۳۸۵.

۱۳. محمد خانی، پ. رضایی دوگانه، ا. راهنمای ارزیابی، تشخیص و درمان افکار و رفتار انتحاری کودکان و بزرگسالان. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی ۱۳۸۴.

۱۴. محمدخانی، پروانه. جهانی تابش عذرا. تمنای فر شیم. مصاحبه ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM-II ؛ تهران: انتشارات فرادید ۱۳۸۴.

۱۵. صلواتی، م . طرح‌واره‌های غالب و اثربخشی طرح‌واره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. پایان نامه دکترای روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روان‌پزشکی تهران ۱۳۸۶.

۱۶. بختیاری، م. بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بد شکلی بدن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران ۱۳۷۹.

که تماما از آموزه های معنوی و مذهبی شرق سرچشمه گرفته اند، یک بار دیگر بر دیدگاه شرقی مبنی بر ذهنیات معنوی مفاهیمی چون "آگاهی"، "خودشناسی"، و نیز "تعامل ذهن و بدن" همراه با کارآمدی آن‌ها در حیطه ی سلامتی و بهداشت روان، صحنه می گذارد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

از محدودیت های این پژوهش، جدا از کوچکی اندازه‌ی نمونه، دوره‌ی پیگیری نسبتا کوتاه مدت می‌باشد. با توجه به این که مزیت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با روان‌درمانی های گذشته، پیش‌گیری از برگشت نشانه‌هاست، دوره‌ی پیگیری بلند مدت تر (حد اقل یک سال) برای ارزیابی دوام نتایج پیش‌نهاد می‌شود.

منابع

1. Segal, ZV., Williams ,J.M.G., Teasdale J.D . Mindfulness based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse. 2002: New York: Guilford Press.
2. Kenny, M.A., Williams ,M.G. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*. 2007; 45:617-625.
3. Kumar ,V. L., Suicide Prevention: Meeting the challenge Together. Orient 2002: Longman Limited.
4. Pettit ,J.W., Joiner, T., Chronic depression: Interpersonal sources, therapeutic solutions. Washington DC, US. 2006: American
5. Gould, M. S. Greenberg, T. Venting, D. M. and Shaffer, D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42: 386-405.
6. Mark, J. Williams, G. Swales, M. The use of Mindfulness-Based Approaches for suicidal patients. *Archives of suicide*

19. Brown GK, Hare TT, Enrique's G R, Xiao SX, Hollander J E, Beck A T. (2005). Cognitive therapy for prevention of suicide attempts. *Jama* 2005;294-295.

20. Goldeny, Ran historical note on suicide during the course of treatment for depression. *Suicide and life treatment behavior*. 2007;37(1):116-117.

۱۷. امید، ع. محمدخانی پروانه . آموزش حضور ذهن به عنوان یک مداخله ی بالینی: مروری مفهومی و تجربی. فصلنامه سلامت روان. شماره اول ۱۳۷۸، ۳۸-۲۹.

۱۸. دابسون، ک. س. محمدخانی، پ. پیش گیری از عود افسردگی: یک رویکرد شناختی - رفتاری. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۱۳۸۵.

ضمیمه (۱)

فرم ارزیابی درجه بندی میزان کارایی درمان بر اساس قضاوت شخصی شرکت کنندگان

تاریخ: نام و نام خانوادگی: جنسیت: سن: تحصیلات: وضعیت تأهل:

لطفاً با پاسخ به پرسش‌نامه‌ی زیر، برنامه‌ی درمانی تکمیل شده‌ی خود را ارزیابی نمایید. دور گزینه‌ای که به به‌ترین حالت نظر شما را منعکس می‌سازد، خط بکشید. از پاسخ صادقانه شما (چه مثبت، چه منفی) متشکریم.

۱. برنامه‌ی درمان تا چه حد در کاهش افسردگی شما مؤثر بوده است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم هیچ

۲. این برنامه برای افزایش "علاقه‌مندی به زندگی و میل به زنده ماندن" تا چه اندازه برای شما، مفید بوده است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم هیچ

۳. به طور کلی، درمان حاضر به چه میزان افکار منفی را در شمار کاهش داده است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم هیچ

۴. تا چه حد مهارت‌هایی که در این برنامه فرا گرفتید، در کنار آمدن با مسایل و مشکلات به شما یاری رسانده‌اند؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم هیچ

۵. با گذراندن برنامه‌ی درمان، چه اندازه عمل کرد (خانوادگی، تحصیلی، شغلی) شما به‌تر شده است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم هیچ

ضمیمه (۲)

فرم ارزیابی کیفی نتایج درمان بر اساس قضاوت شخصی شرکت کنندگان

تاریخ: نام و نام خانوادگی: جنسیت: سن: تحصیلات: وضعیت تأهل:

لطفاً با پاسخ به پرسش‌نامه‌ی زیر، برنامه‌ی درمانی تکمیل شده‌ی خود را ارزیابی نمایید. از پاسخ صادقانه شما (چه مثبت، چه منفی) متشکریم.

۱- کدام یک از جنبه‌های درمان بیشترین کارایی را داشت و برای شما مفیدتر بود؟

.....

۲- کدام یک از جنبه‌های درمان کمترین کارایی را داشت و یا فکر می‌کنید هیچ فایده‌ای نداشت؟

.....

۳- چنانچه تجربه‌ی این درمان تأثیری بر زندگی خانوادگی، تحصیلی و یا شغلی شما گذاشته است، این تأثیر چگونه بوده است؟

.....

۴- نکات منفی درمان از نظر شما دربرگیرنده‌ی چه مواردی است؟

.....

۵- به طور کلی فکر می‌کنید درمان حاضر چه تأثیری و به چه شکل روی افسردگی، فکرها، خودآیند منفی و افکار خودکشی شما گذاشته است؟

.....

.....

یادداشت:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....