

## شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی درمورد بیماران افسرده خودکشی‌گرا: یک مطالعه کیفی

### Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on suicidal depressed patients: A qualitative study

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۶/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۱/۲۸

Hanasabzadeh M. PhD, Yazdandoost R. PhD  
Asgharnejad-Farid A. PhD, Gharaee B. PhD

مریم حناسابزاده<sup>✉</sup>، رخساره یزدان دوست<sup>۱</sup>،  
علی اصغر اصغر نژادفرید<sup>۲</sup>، بنفشه غرابی<sup>۲</sup>

#### Abstract

**Introduction:** The present study was designed in order to assess the accuracy and reliability of prepared protocol. The aim was qualitative study with group administration on these patients.

**Method:** Five patients with depressive disorder and recent suicidal thoughts participated in 10 sessions of group therapy based on the present treatment manual. The instruments consisted of consent form, a researcher-made structured qualitative assessment form and also searcher-made unstructured global feedback assessment of therapeutic sessions.

**Results:** The findings of quality analysis indicated the efficacy of this approach on reduction of depression, negative automatic thoughts, increase of life interest, tendency to remain alive, coping with life problems, and also improvement in family educational and occupational functioning in depressed suicidal patients. Furthermore, its group administration benefit was also proved. In addition, it seems this treatment results in accepting depression and receiving treatment services for this disorder by destigmatizing. Moreover, considering treatment components of present protocol meditations psycho educations and compliance with medication were described the most efficient.

**Conclusion:** Considering research findings, it seems group administration of the treatment manual prepared by present researchers on suicidal depressed patients is effective.

**Keywords:** Group therapy, Mindfulness based cognitive therapy, Suicid, Depression

#### چکیده

**مقدمه:** هدف این مطالعه بررسی کیفی کارایی پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) درمورد بیماران افسرده خودکشی‌گرا با اجرای گروهی بود.

**روش:** پنج بیمار دارای اختلال افسردگی با افکار خودکشی اخیر، تحت ده جلسه درمان گروهی براساس راهنمای درمانی حاضر قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده شامل یک فرم ساختاریافته ارزیابی کیفی محقق‌ساخته و فرم بدون ساختار محقق‌ساخته برای ارزیابی بازخوردهای کلی شرکت‌کنندگان به جلسات درمان بود.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کیفی دال بر کارایی این رویکرد بر کاهش افسردگی و افکار خودآیند منفی، افزایش علاقه‌مندی به زندگی و میل به زنده ماندن، کنار آمدن با مشکلات زندگی و نیز بهبود عملکرد خانوادگی، تحصیلی و شغلی در بیماران افسرده خودکشی‌گرا و همچنین سودمندی اجرای گروهی آن بود. به‌علاوه، به‌نظر می‌رسد، این درمان با ننگ‌زدایی، منجر به پذیرش افسردگی و دریافت خدمات درمانی برای این بیماران می‌شود. افزون‌براین، از میان عناصر درمانی پروتکل حاضر، مراقبه‌ها، آموزش‌های روان‌شناختی و اطاعت‌پذیری از درمان دارویی، کاراترین جنبه‌های درمان توصیف شدند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، به‌نظر می‌رسد، اجرای گروهی راهنمای درمانی تهیه‌شده توسط محققین حاضر روی بیماران افسرده خودکشی‌گرا مؤثر بوده است. بنابراین پروتکل حاضر دارای دقت و اعتبار برای اجرا به‌شکل گروهی درمورد این بیماران می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، خودکشی، افسردگی.

✉ **Corresponding Author:** Department of Clinical Psychology, Tentan Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.  
**Email:** mhanassabzadeh@yahoo.com

✉ انستیتو روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
۲- انستیتو روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## مقدمه

بار قابل ملاحظه هیجانی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و تخمین شیوع سالیانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد این اختلال در جمعیت عمومی، همراه با در نظر داشتن میزان خطر سراسر زندگی در حدود ۱۹-۱۷ درصد [۱] همچنان افسردگی را به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش‌ها باقی نگاه داشته است. به علاوه خودکشی، به عنوان فاجعه‌آمیزترین پیامد افسردگی [۲] با روند روبه‌رشد خود در بسیاری از کشورها [۳] همواره در حیطه برجسته‌ترین آسیب‌های بهداشت روان مطرح بوده است.

گرچه خودکشی گاهی در نبود افسردگی روی می‌دهد و تمامی افراد افسرده اقدام به خودکشی ندارند، اختلال افسردگی به عنوان بزرگ‌ترین عامل تهدیدکننده در اقدام به خودکشی به شمار می‌رود [۴] و این در حالی است که این اختلال شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی بوده [۵] و در اکثر موارد مزمن و برگشت‌کننده می‌باشد [۱].

از میان رویکردهای درمانی، درمان‌های شناختی رفتاری سنتی به استانداردهای طلایی در مداخلات درمانی روی اختلالات افسردگی و خودکشی شهرت دارند [۵]. با این حال کاراثرین درمان‌های اخیر شناختی که تلفیقی‌اند، مانند رفتار درمانی دیالکتیک طولانی‌مدت می‌باشند [۶]. این در حالی است که احتمال برگشت نشانه‌ها و افزایش خطر خودکشی در هر دوره از بدیهی‌ترین موضوعات مربوط به افسردگی است. به علاوه عدم موفقیت تکنیک‌های رایج در رویکرد شناختی-رفتاری سنتی به تنهایی مانند تکنیک «حل مسأله» برای افراد خودکشی‌گرا [۷]، لزوم آزمون رویکردهای نوین شناختی رفتاری را برای این اختلالات در ذهن متبادر می‌سازد. این در حالی است که در اکثر درمان‌های شناختی-رفتاری و نیز روان‌درمانی‌های بین فردی، بیش از آنکه افکار یا اقدامات خودکشی‌گرایانه به شکل ویژه در آماج درمانی قرار گیرند، آن‌ها به عنوان بخشی از یک اختلال به حساب آمده و از مداخله مستقیم بی‌بهره می‌مانند [۸]. در مجموع می‌توان گفت با اینکه رفتارهای خودکشی‌گرایانه از مشکلات جدی در بهداشت عمومی هستند [۹] و به شکل مشکلی بسیار پیچیده در عرصه خدمات بهداشت روان درآمده‌اند [۹] مداخلات سودمند در چنین جمعیت‌هایی اندک هستند [۱۰].

در جدیدترین تحولات رویکردهای شناختی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) برای افسردگی [۵] و همچنین برای پیشگیری از اقدام به خودکشی در افرادی که در خطر بالای رفتارهای خودکشی‌گرایانه قرار دارند مطرح شده است. به طور مثال در پژوهش مارک، ویلیامز و سولز [۱۱] به روی افراد افسرده خودکشی‌گرایی تأثیرات مثبت این درمان به اثبات رسید. همچنین در پژوهش بیرن بام و بیرن بام [۱۲] به منظور بررسی اثر

اختصاصی ذهن‌آگاهی بر رفتارهای خودکشی، افرادی که درگیر در خودکشی‌های جدی بوده و از مرگ نجات یافته بودند تحت مراقبه ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. پروتکل درمانی مورد استفاده در این پژوهش که به شکل گروهی انجام گردید عمدتاً شامل آرام‌سازی و مراقبه می‌شد. نتایج دال بر کارایی پروتکل درمانی بر کاهش اقدامات خودکشی بعدی چنین افرادی بود. همچنین، در مطالعه دیگری که توسط کنی و ویلیامز [۱] و نیز بیرن بام و بیرن بام [۱۳] بر روی گروهی از افسرده‌های مقاوم به درمان، که دچار افسردگی مزمن بودند، صورت پذیرفت، نتایج نشان داد که نمرات افسردگی آن‌ها با کاهش قابل‌ملاحظه‌ای در مرحله

پس‌آزمون مواجه شده و خلق آن‌ها افزایش یافته است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، که یک مداخله کوتاه‌مدت (۸ جلسه‌ای) و ساختاریافته است، از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی کابات زین ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه گردیده است. هدف آموزش تفکر ذهن‌آگاهی، مانند شناخت درمانی سنتی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می‌باشد که شامل حفظ توجه کامل و لحظه‌به‌لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است [۱۴].

از آنجاکه مهم‌ترین نکته استفاده از MBCT در بیماران خودکشی‌گرا این است که در این بیماران فنون ذهن‌آگاهی به تنهایی کافی نیست و با توجه به شدت آسیب‌شناختی روانی و میزان افکار خودکشی در بیماران افسرده، باید فنون دیگری از رویکرد شناختی سنتی به آن اضافه گردد [۱۵] و نیز نبود راهنمای درمانی مناسب در این زمینه براساس جستجوی پژوهشگران، پس از تهیه راهنمای درمانی MBCT در پژوهش گذشته توسط پژوهشگران، این راهنما برای نخستین بار روی یک بیمار اجرا و با توجه به توصیه دپارتمان سلامتی [۱۶] نتایج به شکل گزارش موردی شرح داده شد [۱۷].

در پژوهش حاضر، با استفاده از ارزیابی کیفی، به منظور بررسی و تبیین عمیق تجارب شرکت‌کنندگان از درمان و پیامدهای آن و نیز افزایش دقت و اعتمادپذیری به راهنمای درمانی مزبور، با استفاده از این پروتکل، پنج بیمار افسرده دارای افکار خودکشی، به شکل گروهی تحت جلسات MBCT قرار گرفتند.

## روش

ملاک‌های شمول در پژوهش اخیر شامل این موارد بود: بیماران دارای ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی و دارای افکار خودکشی در حال حاضر باشند، حداقل تحصیلات آن‌ها سوم راهنمایی و دامنه سنی آن‌ها بین ۲۰ تا ۵۰ سال باشد، تاکنون هیچ‌نوع روان‌درمانی دریافت نکرده باشند، در حال حاضر به جز

مورد استفاده، و منابع در دسترس بیمار برای مطالعه درباره روش‌هایی که در پژوهش وجود دارد و نیز مسایل مربوط به رازداری)، پیش از تصمیم‌گیری درباره شرکت در پژوهش، تدوین شد.

در این پژوهش، به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های محققین ساخته، از دو معیار اطمینان‌پذیری و باورپذیری استفاده شد. در همین زمینه لینکن و گوبا [۲۰] از واژه‌های قابلیت اعتماد یا اطمینان‌پذیری در معنای روانی ابزار پژوهش کیفی اشاره نموده‌اند و لازمه آن را مواردی مانند، جمع‌آوری داده‌های حقیقی، درگیری مدام با داده‌ها، انسجام در پژوهش و نظارت متخصصین بر پژوهش کیفی می‌دانند. آنها همچنین برای افزایش اعتبار یا باورپذیری ابزار پژوهش کیفی، به مواردی اشاره نموده‌اند که بهبود رابطه با بیمار و ایجاد جو مناسب و راحت برای بیان آزادانه بیمار از تجربیات خود از آن جمله است. هر دوی این معیارها در پژوهش حاضر رعایت شده‌است. نظر به اینکه داده‌های کیفی بیشتر به شکل واژه‌ها (نه اعداد و ارقام) گزارش می‌شوند [۲۱] در بخشی از این پژوهش از روش‌های تبیین و توصیف داده‌ها استفاده شد و به منظور کاهش سوگیری پژوهشگر که یک احتمال بالقوه در پژوهش‌های کیفی است، این تحلیل بیش از آن که به شکل تبیینی باشد، توصیفی بود [۲۲].

ساختار و محتوای جلسات به شکل زیر بود: جلسه اول: ارایه سرفصل‌های هر یک از جلسات / معرفی روش MBCT، مروری بر افسردگی، آموزش اطاعت‌پذیری از درمان دارویی، مروری بر خودکشی و عوامل خطر در آن، نشانگان هشداردهنده. جلسه دوم: آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به افسردگی و خودکشی، آگاهی کامل از افکار و احساسات به شیوه فراشناختی (با تأکید بر آموزش همیشگی نبودن احساسات منفی)، آموزش ارتباط میان افکار و احساسات (با تأکید بر افکار مربوط به نومیادی و درماندگی). جلسه سوم: پی‌بردن به ذهن سرگردان، آموزش فن وارسی بدنی، کنترل ذهن سرگردان با تمرین وارسی بدنی، مروری بر افکار خودآیند منفی و افکار منفی مربوط به خودکشی. جلسه چهارم: ذهن آگاهی از تنفس و تمرین مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه نشسته (ذهن آگاهی از تنفس و بدن)، تمرین ذهن آگاهی همراه با مراقبه. جلسه پنجم: تنفس ۳ دقیقه‌ای (آگاهی، یکپارچه‌سازی، گسترش دادن)، ماندن در زمان حال (تماس راحت، کشف تجربه، محدود کردن و گسترش دادن توجه) با روش مراقبه شنیدن. جلسه ششم: ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش. جلسه هفتم: مروری بر مبحث «افکار حقایق نیستند» و روش‌هایی که با استفاده از آنها می‌توان افکار را به نحو متفاوتی دید. جلسه هشتم: مروری بر مراقبت از خود، ارتباط فعالیت و خلق، یکپارچگی فعال‌سازی رفتاری در آموزش برنامه‌ریزی فعالیت‌ها. جلسه نهم: شناسایی

درمان دارویی تحت هیچ‌نوع درمانی نباشند و بیماران در دوره افسردگی، برگشت، یا برگشت دوباره باشند. همچنین، ملاک‌های خروج در پژوهش حاضر شامل این موارد بود: بیمارانی با ویژگی‌های سایکوز، دارای تاریخچه‌ای از مانیا یا هیپومانیا، بیماران عقب‌مانده ذهنی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، بیمارانی که وابستگی اخیر به الکل یا مواد دارند، بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی (چون این بیماران دارای بی‌ثباتی هیجانی بوده و فرآیند ارزیابی خلق آن‌ها در این پژوهش با مشکل مواجه می‌شد)، بیمارانی با سابقه اقدام به خودکشی و بیمارانی که دارای اختلال افسردگی اساسی ناشی از شرایط طبی کلی باشند.

با در نظرگیری این ملاک‌ها، یک گروه ۵ نفره در دسترس از بیماران دارای اختلالات افسردگی و افکار خودکشی (براساس تشخیص روان‌پزشک و نیز مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID توسط روان‌شناس بالینی) از مراجعین به درمانگاه خصوصی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی انتخاب و تحت ده جلسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی براساس پروتکل درمانی تدوین شده قرار گرفتند.

در این پژوهش از روش‌های تحقیق کیفی استفاده شد [۱۸]. متخصصان بسیاری بر لزوم استفاده از روش‌های کیفی پژوهش در علوم رفتاری همواره تأکید داشته‌اند و استفاده از این روش‌ها در دهه گذشته رو به افزایش نهاده‌است [۱۹].

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش شامل موارد زیر بود: ۱- فرم ساختار یافته «ارزیابی درجه‌بندی میزان کارایی درمان براساس قضاوت شخصی شرکت‌کنندگان»: در این فرم که به دست پژوهشگران تهیه گردید، تأثیرات درمان در پنج حیطه کاهش افسردگی، افزایش علاقه‌مندی به زندگی و میل به زنده ماندن، کاهش افکار منفی، کنارآیی با مسایل و مشکلات جاری زندگی و نیز بهبود عملکرد (خانوادگی، تحصیلی، شغلی) و با پنج گزینه خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و هیچ سنجیده شد. در همین زمینه، سگال ویلیامز و تیزدل، ارزیابی کیفی و گرفتن بازخورد از شرکت‌کنندگان را به منظور ارزیابی تأثیرات درمان، توصیه نموده‌اند. ۳- فرم بدون ساختار ارزیابی بازخوردهای کلی شرکت‌کنندگان به جلسات درمان: این ابزار محققین ساخته نیز شامل دو بخش (۱) نظرات کلی بیماران به درمان و جلسات (۲) مهم‌ترین آموخته‌ها و دستاوردهای آنان از جلسات درمان می‌شد. همچنین با توجه به ملاحظات اخلاقی توصیه شده توسط دپارتمان سلامتی برای تهیه پروتکل، در این پژوهش از یک فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش نیز استفاده گردید. این فرم به وسیله پژوهشگران و به منظور آشنایی بیماران با مواردی (مانند: هدف پژوهش، روش اجرا، نتایج مورد انتظار از روان‌درمانی و خطرهای احتمالی، درمان‌های جایگزین موجود در برابر روش

نیز بر اهمیت انواع آموزش‌های روان‌شناختی تأکید داشتند. برای مثال: «من دفعه دومی است که افسردگی گرفتم. فکر می‌کنم عاملی که باعث برگشت اون شد، تمایل شدید برای این بود که دیگه هیچ وقت افسرده نشم. بیشترین کمک این گروه به من این بود که یاد گرفتم افسردگی چیه و می‌تونم برگردم.» ۴ نفر از بیماران، به اهمیت عنصر آموزش اطاعت‌پذیری از درمان دارویی (در پروتکل استفاده شده در این پژوهش) اشاره کرده بودند: «با آموزشی که راجع به درمان دارویی گرفتم، حالا داروام رو سر وقت مصرف می‌کنم. این خیلی به من کمک می‌کنه، خصوصاً مشکل خوابم را حل کرده.»

### بحث

در این پژوهش براساس یافته‌های حاصل از اجرای رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ارزیابی قضاوت شخصی شرکت‌کنندگان در قالب ارزیابی کیفی، مشخص شد، این رویکرد بر کاهش افسردگی، افزایش علاقه‌مندی به زندگی و میل به زنده ماندن، کاهش افکار خودآیند منفی، کنار آمدن با مشکلات زندگی و نیز بهبود عملکرد خانوادگی، تحصیلی، شغلی در بیماران افسرده خودکشی‌گرا با درجات متفاوتی مؤثر است. همچنین این امر می‌تواند دال بر سودمندی اجرای گروهی این راهنما برای افسرده‌های دارای افکار خودکشی باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های کمی کنی و دیگران، و نتایج پژوهش کیفی فیناکن و مرکز درباره سودمندی رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی افسردگی و همسو با مطالعه فریون و دیگران [۲۴] درباره کاهش فراوانی افکار منفی در بیماران با استفاده از این روش و مشابه نتایج حاصل از پژوهش‌های مارک، ویلیامز و سوالز [۱۵] درباره اثربخشی این رویکرد بر کاهش افکار خودکشی می‌باشد.

مطابق اعتقاد شناخت‌درمان‌گران سنتی، خودکشی نمونه‌ای از رفتار حل مسأله معیوب است، بنابراین لازم است در فرایند درمان شناختی از مؤلفه حل مسأله استفاده شود. این در حالی است که شواهد مطالعات فراتحلیل حاکی از عدم موفقیت تکنیک حل مسأله در افراد خودکشی‌گرا است. در تبیین اینکه ذهن‌آگاهی چگونه می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد، با استناد به یافته‌های پژوهشگران در مورد فرآیند خودکشی می‌توان نتیجه‌گیری‌هایی نمود. بدین ترتیب که از یک سو، آن گونه که مارک، ویلیامز و سوالز [۱۵] نیز خاطرنشان نموده‌اند، افکار خودکشی مانند افسردگی ماهیت دوره‌ای دارند و از سوی دیگر، همان گونه که اشنایدمن [۲۵] گفته‌است، در خودکشی هدف همیشه مرگ نیست و در بسیاری موارد، خواسته بیمار خاتمه بخشیدن به احساس درد روانی است، در حالی که برای بسیاری از بیماران خودکشی‌گرا این واقعیت ساده که «احساس‌های بد تا ابد دوام ندارند»، در میان شبکه‌ای از

نشانه‌های عود، استفاده از برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای رویارویی با خطر عود / عود مجدد، استفاده از آموخته‌های جلسات پیشین برای رویارویی با افکار خودآیند منفی موجب افسردگی و افکار خودکشی. جلسه دهم: مروری بر جلسات گذشته و خلاصه‌بندی، کمک به شرکت‌کنندگان برای اختتام درمان.

ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، مطابق با کدهای اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا [۲۳] شامل این موارد بود: احترام به اصل رازداری بیماران، ارایه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به آن‌ها، کسب رضایت‌نامه کتبی، ادامه یا پیگیری درمانی در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش و نیز امکان انصراف آزمودنی‌ها در صورت عدم تمایل به همکاری در تحقیق.

### یافته‌ها

از میان پنج بیمار شرکت‌کننده در این پژوهش سه نفر زن و دو نفر مرد بودند. دامنه سنی آن‌ها بین ۲۴ تا ۴۷ سال بوده و همگی متأهل بودند. تعداد سه نفر از آن‌ها دانشجوی، یک نفر دیپلمه با شغل آزاد و یک نفر نیز دیپلمه و خانه‌دار بود.

با بررسی مقیاس ارزیابی درجه‌بندی میزان کارایی درمان براساس قضاوت شخصی شرکت‌کنندگان این نتایج به دست آمد: تمامی شرکت‌کنندگان با درجات مختلف، به کارایی درمان بر کاهش افسردگی اعتقاد داشته و چهار نفر از آنها معتقد بودند، این درمان به میزان «زیاد» در کاهش افسردگی آنان کارایی داشته‌است. در مورد گزینه افزایش علاقه به زندگی و میل به زنده ماندن نیز تمام شرکت‌کنندگان با درجات متفاوتی، کارایی درمان را مؤثر ارزیابی نمودند (در این زمینه ارزیابی سه نفر با درجه «زیاد» و دو نفر با درجه «متوسط» بود). در مورد کارایی درمان بر حیطه ی افکار خودآیند منفی، سه نفر به کارایی درمان با درجه‌ی، متوسط و یک نفر با درجه کم اشاره نمود، یک نفر نیز معتقد به بی‌تأثیر بودن درمان بر این حیطه بود. در مورد دو گزینه کمک به کنار آمدن با مشکلات و نیز بهبود عملکرد نیز تمام شرکت‌کنندگان معتقد به تأثیر با درجات «زیاد» و «متوسط» بودند.

براساس فرم ارزیابی بازخوردهای کلی شرکت‌کنندگان به جلسات درمان به نتایج زیر دست یافته شد: برای ۳ نفر از بیماران با شرکت در گروه این نگرش به وجود آمده بود که داشتن افسردگی (حتی فکر خودکشی) یک ننگ نیست. می‌توان این بیماری را پذیرفت و با آن مواجه شد. به عنوان مثال:

«همیشه فکر می‌کردم، یک بیماری روانی دارم و فکریایی همراه اونه که احمقانه‌س و هیچ کس دیگه‌ای نداره، حالا می‌بینم خیلی از مردم مثل من هستن و این زشت نیست که این مشکل را داشته باشم. این زشته که ازش فرار کنم و دنبال خوب شدن نباشم.»

تمام بیماران به نوعی به سودمندی و اهمیت انواع مراقبه‌ها اشاره نموده بودند. برای مثال: «با مراقبه‌ها آرامش گرفتم». تعداد ۳ نفر

مردم، خصوصاً با وضعیت اقتصادی-اجتماعی متوسط و بالاتر شیوع دارد. پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهشی مشابه، به این یافته راهبر شد که به کارگیری روش MBCT می‌تواند در کمک به ننگ‌زدایی برای افسردگی و استفاده از سرویس‌های روان‌شناسی، مثرتر باشد.

بعلاوه، از مزیت‌های پروتکل MBCT کوتاه‌مدت بودن درمان می‌باشد. همان‌گونه که رود، جوینر و رجب [۲۶] نیز تأکید نموده‌اند، امروزه بیش از هر زمان دیگر از درمان‌گران خواسته می‌شود که با جلسات کوتاه‌تر به نتیجهٔ بهتری دست یابند و اختلالات پیچیده را با شیوه‌ای دارای حدود زمانی درمان کنند و این امر به‌ویژه برای افراد خودکشی‌گرا که نیاز به درمان سریع‌تر، مطمئن و مؤثر دارند مصداق دارد.

از مزیت‌های این پژوهش، جدای بهره‌گیری از پروتکل مناسب بیماران افسردهٔ خودکشی‌گرا (به‌عنوان یک چارچوب روشن و کاربردی) در آن، این است که در اکثر پژوهش‌های مشابه پیشین، رویکرد MBCT روی نمونه‌های غیربالینی و در شرایط مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام پذیرفته‌است، درحالی‌که در این پژوهش شرکت‌کنندگان تحقیق را نمونه‌های بالینی تشکیل دادند. هر چند این پژوهش دارای محدودیت‌هایی مانند تعداد کم افراد نمونه و فقدان دورهٔ پیگیری بوده و به‌دلیل کیفی بودن ارزیابی، تعمیم نتایج آن به گروه‌های دیگر بیماران خودکشی‌گرا باید با احتیاط صورت پذیرد، اما نتایج این مطالعه، نظریه‌ای که می‌تواند اساس علمی برای مداخلات روی افراد افسردهٔ خودکشی‌گرا باشد مهم به‌شمار می‌آیند. باید در نظر داشت افرادی که به هر شکل گرایش به خودکشی نشان می‌دهند، معمولاً به دلیل ماهیت مخاطره آمیزشان از مطالعات مداخله ای کنار گذاشته می‌شوند. گواه این مدعا استناد به متون تحقیقی موجود کشور، در زمینهٔ خودکشی است. در همین زمینه و در حالی که صدها مطالعهٔ تحقیقاتی در حیطه‌های همه‌گیر شناسی، متغیرهای دموگرافیک، عوامل خطر آفرین، روش‌های اقدام، فراوانی در جمعیت‌های خاص، ارتباط با انواع اختلالات روانی و غیره وجود دارد، مطالعات مداخله‌ای (خواه دارویی یا روان‌درمانی) روی خودکشی‌گرای، انگشت‌شمار است.

بر همین اساس انجام مطالعات کمی و نیز کیفی بیشتر روی راهنمای درمانی مورد استفاده در این پژوهش، با ویژگی‌های بهره‌گیری از نمونه‌های بزرگ‌تر و در شرایط آزمایشی و کنترل شده و نیز ترتیب دادن دورهٔ پیگیری برای ارزیابی ثبات نتایج پیشنهاد می‌شود. گفتنی است پژوهشی دیگر در همین زمینه و با تمامی شرایط و ویژگی‌های مزبور، توسط پژوهشگران تحقیق حاضر در حال انجام می‌باشد.

احساسات دردناک درد، رنج، ملال، درماندگی، ناامیدی و احساس گناه، گم می‌شود. با کنار هم گذاشتن این دو واقعیت، می‌توان نتیجه‌گیری نمود، چنانچه فرد خودکشی‌گرا ابتدا آگاهی یابد که رنج روانی همیشگی نیست و سپس به او کمک شود به جای داوری منفی به این رنج، تنها نظاره‌گر آن باشد و آن را همان‌گونه که هست بپذیرد، می‌توان به او کمک نمود تا دورهٔ محدود خودکشی‌گرایی را بدون خطر پشت سر گذارد.

همچنین براساس پژوهش حاضر، به‌نظر می‌رسد، این درمان با ننگ‌زدایی، منجر به پذیرش بیماری افسردگی و دریافت خدمات درمانی برای این بیماری شود. این یافته هم‌خوان با تحلیل کیفی در پژوهش فیناکن و مرکز [۲۲] می‌باشد که در پژوهش آن‌ها مشخص شد، شرکت‌کنندگان، حضور در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به‌عنوان تجربه‌ای مبتنی بر بهنجارسازی و معتبرسازی مشکلات خود توصیف نمودند.

به‌علاوه از میان عناصر درمانی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی براساس پروتکل حاضر، انواع مراقبه‌ها و آموزش‌های روان‌شناختی و اطاعت‌پذیری از درمان دارویی کاراترین جنبه‌های درمان از نظر بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش توصیف شدند. درزمینهٔ اهمیت عنصر درمانی آموزش اطاعت‌پذیری از درمان دارویی به‌عنوان یکی از اجزای راهنمای درمانی مورد استفاده در این پژوهش، نکاتی را باید در نظر داشت: از یک‌سو در بیماران خودکشی‌گرا در بیشتر موارد، مصرف دارو اجتناب‌ناپذیر و به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی هر نوع درمان در نظر گرفته می‌شود [۲۶] ازسوی دیگر نتایج مطالعات فراتحلیل، دال بر این است که درمان ترکیبی (ترکیب دارودرمانی در روان‌درمانی)، در مقایسه با روان‌درمانی به‌تنهایی، مزیت بیشتری در درمان افسردگی دارد همچنین لی هی و هلند [۲۷] در رویکرد درمانی برای افراد مبتلا به افسردگی، توجه به ملاحظات دارویی را مهم دانسته و معتقدند در بسیاری از موارد مصرف داروهای ضدافسردگی به‌عنوان بخش الحاقی درمان باید در نظر گرفته شود.

از امتیازات رویکرد MBCT دیدگاه گروه محوری آن است که هم‌زمان و با هزینهٔ کمتر، خدمات روان‌شناختی را به تعداد بزرگ‌تری از افراد نیازمند عرضه می‌کند، این امر جدا از منافع درمانی و درعین کاهش هزینه‌ها، می‌تواند جوابگوی لیست طولانی مراجعانی باشد که درانتظار دریافت خدمات روان‌شناختی، بار سنگین رنج روانی را برای مدت طولانی به‌دوش می‌کشند. فراتر از این و جدا از تأثیرات درمانی و کاهش هزینه‌های مالی در به‌کارگیری پروتکل MBCT، شایان ذکر است، بیشتر تمرین‌های مربوط به رویکرد MBCT (از جمله انواع مراقبه‌ها) هم در دید تخصصی و هم در دید مردم، جنبهٔ بهزیستی و ارتقا دارد و امروزه بهره‌جویی از انواع روش‌های یوگا و مراقبه‌درمیان

- 13- Barnhofer T, Duggan D, Crane C, Hopburn S, Fennell MJV, Williams J, Mark J. Effects of meditation on frontal (alpha) asymmetry in previously suicidal individuals. *Neuroreport*. 2007; 18(7):709-12.
- 14- Wells A. GAD, Metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clin Psychol: Sci and Prac*. 2002; 9(1):95-100.
- 15- Mark J, Williams G, Swales M. The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Arch suicide Res*. 2004; 8:315-29.
- 16- Department of Health. Evidence based clinical practice guideline. Crown copyright; 2001.
- 17- Hanasabzadeh M, Yazdandoost R, Asgharnejad A, Ghareh B. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on suicidal thought, negative automatic thought, and depressive symptoms in major depressive disorder patients. [Dissertation]. Tentan Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Sciences; 2009.
- 18- Edwards AL. Experimental design in psychological research. New York. Holt Inc; 1986.
- 19- Winer BG. Statically principles. New York. McGraw-Hill Book Co; 1962.
- 20- Leahy RL, Holland, Stephen J. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. The Guilford Press; 2000.
- 21- Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: A source book of new methods. London: Sage; 1984.
- 22- 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; 6:14.
- 23- WHO. Preventing suicide a resource for teachers and others school staff; 2000.
- 24- Frewen PA, Evans EM, Maray N, Dozois DJA, Partridge K. Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. Springer Science. 2007; 10:1-17.
- 25- Shneidman E. Suicide as Psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Northvale. NJ: Jason Aronson; 1993.
- 26- Rudd MD, Joiner T, Rajab MH. Therating suicidal behavior: An effective, time-limited approach. New York: Guilford Press; 2001.
- 27- Leahy RL, Holland SJ. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford Press; 2000.

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش، به نظر می‌رسد، اجرای گروهی راهنمای درمانی تهیه شده توسط محققین حاضر روی بیماران افسرده خودکشی‌گرا مؤثر بوده است. بنابراین پروتکل حاضر دارای دقت و اعتبار برای اجرا به شکل گروهی درمورد این بیماران می‌باشد.

### منابع:

- 1- Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based cognitive therapy. *Behav Res Thera*. 2007; 45:617-25.
- 2- Heinze G, Villiamil V, Cortes J. Relapse and recurrence of depressed patients: A retrospective study. *Salud Mental*. 2002; 25(1):3-8.
- 3- Kumar VL. Suicide prevention: Meeting the challenge together. Orient Longman Limited. 2003.
- 4- Roy HS. Suicide. In: Sadock BJ, Sadock VA. (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*, (8<sup>th</sup> Ed.) Philadelphia: Williams & Wilkins; 2004.
- 5- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002.
- 6- Pettit JW, Joiner TE. Chronic depression: Interpersonal sources, therapeutic solutions. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2006.
- 7- Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 386-405.
- 8- Klome KA, Stanely B. Psychosocial treatment of depression and suicidality in adolescednts. *CNS Spectrums*. 2007; 12(2), 135-44.
- 9- Berk MS, Henrigues GR, Warman DM, Brown GK, Beck AT. *Cogn Behav Prac*. 2004; 11,265-77.
- 10- Williams JMG, Duggan DS, Crane C, Fennell MJV. Mindfulness based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *J Clin Psychol*. 2006; 62(2):201-10.
- 11- Mark J, Williams G, Swales M. The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Arch suicid Res*. 2004; 8:315-29.
- 12- Birnbaum L, Birnbaum A. Guided mindfulness meditation in the context of suicidality. *Scientific word J*. 2004; 4:216-27.