

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دوره ۳۴ شماره ۶ بهمن و اسفند ۱۳۹۱ صفحات ۲۷-۲۳

اثربخشی تکنیک آموزش توجه در درمان اختلال افسردگی اساسی

منصور بیرامی: گروه روان شناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
زهره هاشمی: دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط

Email: zohrehashemi2010@yahoo.com

دریافت: ۹۱/۴/۱۷ پذیرش: ۹۱/۹/۱۶

چکیده

زمینه و اهداف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی تکنیک آموزش توجه در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی اجرا شد. این تکنیک مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات در اختلالات هیجانی است که به توجه انعطاف ناپذیر و خود تمرکزی می پردازد.

مواد و روش ها: این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه‌ی پلکانی طی ۸ جلسه بر روی سه بیمار، در دوره پیگیری یک، سه و شش ماهه مورد بررسی قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه‌ی افسردگی بک، اضطراب بک و پرسشنامه‌ی باورهای فراشناختی بودند.

یافته ها: درمان تغییرات معنادار و قابل توجهی در علائم افسردگی و باورهای فراشناختی بیماران افسرده ایجاد کرد.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان می دهد که تکنیک آموزش توجه می تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی موثر باشد. به طوری که درمان موجب تغییرات معنادار در علائم هر سه بیمار شد و بهره های درمانی تا زمان دوره ی پیگیری ادامه یافتند.

کلید واژه ها: افسردگی، اضطراب، باورهای فراشناختی و تکنیک آموزش توجه.

مقدمه

مسئله لزوم آزمون روی آوردهای نوین شناختی-رفتاری را برای افراد به ذهن متبادر می سازد. در چنین شرایطی نیاز به پژوهش در مورد اثربخشی شیوه های درمانی موجود برای درمان MDD در جوامع مختلف لازم و ضروری است. درمان فراشناختی به سبک خاصی از تفکر توجه دارد، سبک تفکر مورد تأکید درمان فراشناختی، تحریف های شناختی مانند معیارهای مطلق گرا یا تفکر سیاه و سفید نیست بلکه توجه درمان فراشناختی، سندرم شناختی- توجهی است، سندرم شناختی- توجهی، شامل پردازش مفهومی افراطی به صورت نگرانی و نشخوار فکری است. علاوه بر این مؤلفه ی مفهومی، سندرم شناختی- توجهی شامل توجه سوگیرانه به صورت توجه متمرکز بر محرک های مرتبط با تهدید نیز است. این حالت "پایش تهدید" نامیده می شود (۳). تکنیک

اختلال افسردگی اساسی (MDD) به عنوان یک مسئله چالشگر بهداشت روانی مطرح است که غم برجسته ترین و فراوان ترین نشانه در این اختلال است (۱). بی علاقگی معمولاً در آغاز فقط در چند فعالیت، مثل کار وجود دارد اما زمانی که شدت افسردگی افزایش می یابد ۹۲٪ بیماران افسرده از دل بستگی های موجود در زندگی خود نیز احساس خشنودی نمی کنند و ۶۴٪ بیماران افسرده احساس خود نسبت به دیگران را از دست می دهند (۲). با توجه به شیوع افسردگی روی آوردهای درمانی برای تاثیرگذاری و درمان معرفی شده اند اما در روش های مختلف مسئله طول جلسات و احتمال برگشت مکرر نشانه ها از بدیهی ترین موضوعات مربوط به افسردگی است. به علاوه عدم موفقیت فنون رایج از جمله درمان های شناختی- رفتاری سستی مانند تکنیک حل

اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند درمان نداشته باشند به درخواست آنها احترام گذاشته شود و در صورتی که هر بیمار دچار بحران یا مشکلی شود که به درمان دارویی نیاز داشته باشد، از طرح پژوهش خارج شده و به روان پزشک ارجاع داده شود. بیمار اول مرد مجرد ۴۰ ساله کارمند بانک، بیمار دوم خانمی ۳۰ ساله، خانه دار و بیمار سوم پسری ۱۹ ساله (پشت کنکوری) بودند که در پژوهش حاضر شرکت کردند.

بسیاری از پژوهشگران در تفسیر نتایج آزمایشهای تک موردی انحصاراً بر داده های خام و چند آماره توصیفی تکیه می کنند. برخی از پژوهشگران همچنین تعیین میزان اثر یک مداخله آزمایشی را از طریق محاسبه درصد داده هایی که همپوشی ندارند توصیه کرده اند. این درصد از حاصل تقسیم تعداد نقاط داده خط پایه بر مجموع تعداد نقاط داده های عمل آزمایشی به دست می آید. در این تحقیق میانگین نمرات، تحلیل نموداری و درصد بهبودی برای مشاهده تغییرات درمانی استفاده شد.

دستورالعمل های پایه برای

مجموعه ای از دستورالعمل ها در ATT کاربرد دارند که در زیرارائه شده اند. در این دستورالعمل ها صداها با S2، S1 و S3 مشخص می شوند، اگر چه فقط سه مورد از این صداها مشخص و خاص هستند، برخی از این صداها مکان هایی فضایی هستند که هیچ صدای معینی برای آنها وجود ندارد. این دستورالعمل ها نسخه ی مطرح شده از آن چیزی است که ولز مطرح کرده است (۷):

از شما می خواهم که با دقت به نقطه ای که من در دیوار مشخص می کنم نگاه کنید. در طول تمرین سعی کنید به این نقطه خیره شوید. بعد از شما خواهم خواست تا توجه تان را به صداهای مختلف درون این اتاق و بیرون از آن جلب کنید. از شما خواهم خواست که به شیوه های مختلف توجه تان را متمرکز کنید. اگر فکر یا احساسی به ذهنتان رسید اهمیتی ندهید. هدف این است که توجه تان را متمرکز کنید و لازم نیست به آنچه اتفاق می افتد آگاه باشید. برای شروع تمرین، روی صدای من تمرکز کنید S1. حالا توجه تان را به صدایی که من با دست بر روی میز ایجاد می کنم متمرکز کنید S2. به دقت به این صدا توجه کنید و به صداهای دیگر اهمیت ندهید. حال به صدای S3؛ برای مثال، صدای تیک ساعت توجه کنید. حالا به صدایی که از فاصله ی نزدیکی از این اتاق به گوش می رسد توجه کنید. روی فضای بیرون و پشت سرتان تمرکز کنید S4. دستورالعمل های پاراگراف بالا برای صداهای دیگر S5-S7 و فضاهای دیگر برای مثال، به سمت چپ، راست و فواصل دور تکرار می شود. هم اکنون از شما خواهم خواست تا توجه تان را به سرعت بین صداها تغییر دهید باید سعی کنید صداها و مکان ها را بشناسید و بر روی آنها تمرکز کنید، در آخر، می خواهم دایره ی توجه خود را گسترش دهید. سعی کنید توجه تان وسیع و عمیق باشد. تلاش کنید تا می توانید به صداها و مکان های اطرافتان توجه کنید، سعی کنید به صداهای داخل و بیرون از اتاق تمرکز کنید و به صداهایی که همزمان از آنها شنیده می شود توجه کنید. به این ترتیب، ATT از سه مؤلفه تشکیل

آموزش توجه با هدف مداخله در سندرم شناختی- توجهی، در درمان فراشناختی همراه با چالش با باورهای فراشناختی و همچنین به تنهایی در درمان اختلالات روانشناختی مورد استفاده قرار می گیرد. چند نمونه از پژوهش هایی که در آنها تکنیک آموزش توجه در درمان بکار رفته است در زیر مطرح می شود. ولز و همکاران (۴) اثربخشی درمان فراشناختی را روی افراد افسرده مورد پژوهش قرار دادند؛ این بررسی به صورت تک موردی بر روی ۴ نفر و با پیگیری ۳ تا ۶ ماهه صورت گرفت. درمان با بهبود قابل توجه علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره پیگیری نیز ادامه داشت. پژوهشی دیگر که ولز و پاپاچرجیو (۵) در آن به بررسی درمان MDD عود کننده از طریق آموزش توجه پرداختند، نشان داد این مداخله روی ۴ بیمار به عنوان یک پتانسیل درمانی، برای این اختلال موثر است. ATT (Attention Training Technique) تغییرات قابل پیش بینی را در خود تمرکزی و فراشناخت ایجاد می کند. همچنین هاشمی، و همکاران و اثربخشی درمان فراشناختی را روی افراد افسرده مورد پژوهش قرار دادند که این بررسی به صورت تک موردی بر روی ۳ نفر و با پیگیری ۳ تا ۶ ماهه صورت گرفت (۶) و در آن، درمان با بهبود قابل توجه علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره پیگیری نیز ادامه داشت. با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی و همچنین نقش سوگیری توجه در اختلالاتی مانند افسردگی و کارآمدی درمان فراشناختی که یکی از تکنیک های مورد استفاده در آن تکنیک آموزش توجه است، در پژوهش حاضر سعی شده است تا کارآمدی این تکنیک را در اختلال افسردگی در قالب یک طرح مداخله موردی با پیگیری یک، سه و شش ماهه مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش ها

این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه ی چندگانه ی پلکانی، مورد بررسی قرار گرفت. ۳ نفر از مراجعان به واحد روانشناسی و روانپزشکی هلال احمر تبریز، پس از ارجاع از طرف روانشناس بالینی با تشخیص اختلال افسردگی اساسی (از طریق مصاحبه بالینی) به محقق و احراز شرایط پژوهش، انتخاب شدند، سپس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I اجرا و آزمودنی ها، پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. راهنمای درمانی پژوهش حاضر، بر مبنای روش آموزش توجه از کتاب راهنمای گام به گام درمان فراشناختی راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال افسردگی اثرولز (۴) در قالب ۸ جلسه ی نیم ساعته توسط پژوهشگر در واحد روانشناسی و روانپزشکی هلال احمر تبریز اجرا گردید. به دلیل اینکه این پژوهش از نوع پژوهش های مداخله ای است، بنابراین ملاک ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان شناسی آمریکا و ملاک های اخلاقی سازمان نظام روان شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد؛ به طوری که یک رضایت نامه کتبی با در نظر گرفتن نکات زیر تدوین شد: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان شناختی شرکت کنندگان در

صدم و پایایی باز آزمایشی یک هفته ای آن را ۷۵ صدم گزارش کرده اند. بک واستیربه نقل از صلواتی (۱۴) روایی محتوا؛ هم زمان؛ سازه؛ تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه گیری شدت اضطراب مورد تایید قرار داده اند.

۴- پرسشنامه فراشناختی:

پرسشنامه فراشناختی یک مقیاس ۳۰ گویه ای است و برای سنجش باورهای مثبت و منفی افراد نسبت به نگرانی طراحی شده است. نتایج پژوهش (۱۵) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹۳) و پایایی بازآزمایی را در طی ۴ ماه ۰/۸۷ گزارش کرده اند. در ایران شیرین زاده (۱۶) آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است.

یافته ها

در این پژوهش از آزمودنی اول، چهار آزمون خط پایه، آزمودنی دوم، سه آزمون خط پایه و آزمودنی سوم، دو آزمون خط پایه گرفته شد. همچنین دو بار بین جلسات و یک بار در انتهای جلسات آزمون اجرا گردید. میانگین نمرات هر سه بیمار در مراحل قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری برای افسردگی، اضطراب و باورهای فراشناختی در جدول ۱ آمده است. در هر مورد نمره های بعد از درمان و پیگیری کاهش قابل توجهی نسبت به قبل از درمان نشان می دهند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل نموداری استفاده شد. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی، از درصد بهبودی نیز برای بررسی معناداری بالینی تغییرات استفاده شد که برای تجزیه و تحلیل داده های طرح های تجربی تک موردی، مطرح شده است. فرمول درصد بهبودی به قرار زیر می باشد:

$$\text{نمره پس آزمون} - \text{نمره پیش آزمون} = \text{درصد بهبودی}$$

در جدول ۱ میانگین در مقیاس های افسردگی، اضطراب و باورهای فراشناختی در مراحل مختلف درمان ارائه شده است و تغییرات کسب شده پس از درمان برای هر سه بیمار به طور مجزا در نمودار ۲، ۳، ۱ نشان داده شده اند. همانطور که در نمودار ۳ و ۲ مشاهده می شود نمرات هر سه بیمار به طور جداگانه در مقیاس های BAI، BDI و MCQ در مرحله ی خط پایه، درمان و پیگیری نشان داده شده است. هر سه بیمار بهبود معنی داری در علائم افسردگی، اضطراب، و افکار ناکارآمد به محض ارائه ی درمان نشان می دهند و تأثیرات درمانی در دوره ی پیگیری باقی مانده اند. همچنین در جدول ۲ درصد بهبودی هر سه آزمودنی ارائه شده است. باورهای فراشناختی درصد قابل قبول بهبودی را نشان دادند.

می شود: (۱) توجه انتخابی، (۲) تغییر سریع توجه و (۳) توجه پراکنده. هر سه مؤلفه بصورت یکپارچه تمرین می شوند. این فرآیند تقریباً ۱۲ دقیقه به طول می انجامد و در سه بخش ارائه می شود: ۵ دقیقه برای توجه انتخابی، ۵ دقیقه برای تغییر توجه و ۲ دقیقه برای توجه پراکنده (۷). علاوه بر تمرین تکنیک آموزش توجه در جلسه درمان، تکلیف خانگی که شامل تمرین این تکنیک در منزل توسط خود بیمار بود نیز جزء برنامه درمانی بود. درجه بندی توجه به خود شاخص مهمی از اثربخشی این روش در مقابله با سندرم شناختی توجهی (CAS) می باشد. درمانگر درجه بندی توجه را قبل از انجام تمرین ATT در یک طیف از ۳- (کاملاً متمرکز بر محیط) تا ۳+ (کاملاً متمرکز بر خود) مشخص می کند و همچنین بلافاصله پس از تمرین انجام می دهد. معمولاً، کاهش حداقل ۲ نقطه در این میزان بعد از تمرین جلسه اول دیده می شود. در غیر این صورت، لازم است درمانگر دلیل احتمالی نقص این مسأله را بررسی کند (۷). نسخه ی گفتاری (ضبط شده) فنون آموزش توجه در سایت www.mct-institute.com قابل دسترسی است.

ابزار های اندازه گیری:

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I)

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I مصاحبه ای انعطاف پذیر است (۸). تران و اسمیت (۹) ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب ها برای SCID-I گزارش کرده اند. شریفی و همکاران (۱۰) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود.

۲- پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم

این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۱۱). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSMIV همخوان است و همانند BDI-II، نیز ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می دهد. به طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیر بیمار در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می گیرد. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۲) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد. فنی (۱۳) نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی باز آزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است.

۳- تست اضطراب بک

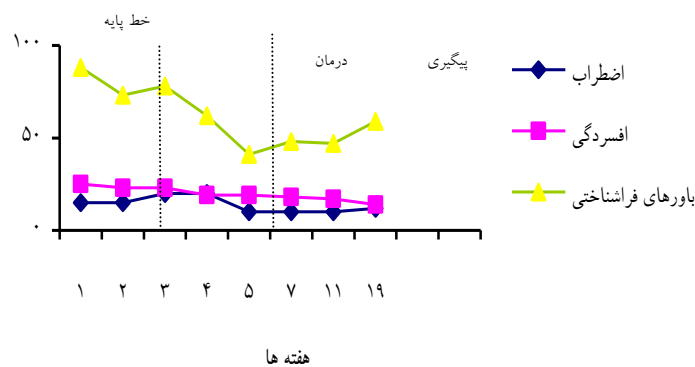
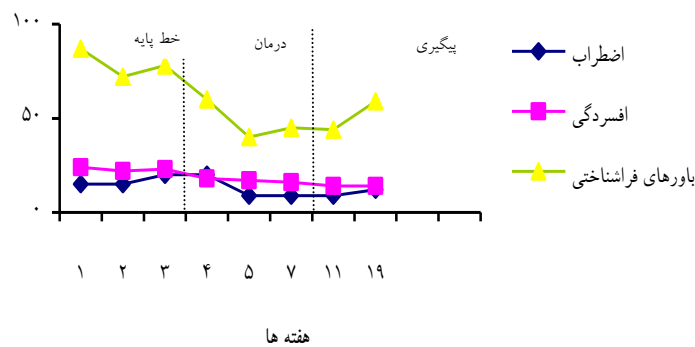
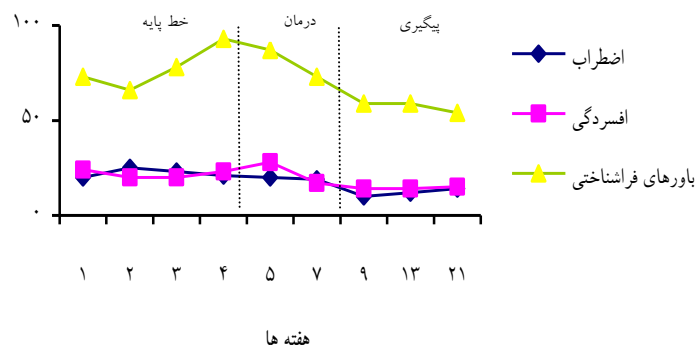
BAI یک پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ آیتمی است که برای انعکاس شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک هفته گذشته است. این مقیاس به صورت سه درجه ای از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود و بالاترین نمره های که در آن به دست می آید ۶۳ است. بک و همکاران (۱۲) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۹۲

جدول ۱: میانگین برای سه بیمار (N=۳)

میانگین	قبل از درمان	پس از درمان	یک ماه پیگیری	سه ماه پیگیری	شش ماه پیگیری
افسردگی	۲۳/۱	۲۱/۵	۱۴/۳	۱۵/۶	۱۵
اضطراب	۲۱/۱	۲۰	۱۱	۱۴	۱۵
باورهای فراشناختی	۸۰	۷۱/۱	۵۳/۶	۵۴/۶	۵۱/۶

جدول ۲: درصد بهبودی

درصد بهبودی	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
BDI	۵۶/۲	۵۷/۱	۶۶/۶
BAI	۳۳/۳	۴۶/۶	۵۰
MCQ	۶۰	۸۰	۱۲۵



بحث

این صورت بود که نمرات هر سه بیمار در مقیاس باورهای فراشناختی و افسردگی بعد از ارائه ی درمان کاهش چشمگیری نسبت به خط پایه داشت و درصد بهبودی قابل قبولی در این مقیاس در هر سه بیمار ایجاد شد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش هماهنگ با یافته های ولز و همکاران نشان می دهد با ایجاد تغییر در سندرم شناختی- توجهی می توان خلق افسرده را به صورت معنی دار و قابل ملاحظه کاهش داد. در هر حال همانطوری که قبلا نیز اشاره شد برای نتیجه گیری قطعی تر، نیاز به مطالعات بیشتر و به ویژه کارآزمایی بالینی است. از جمله محدودیت های این پژوهش نمونه گیری در دسترس، خودگزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی و زمان پیگیری کوتاه مدت را می توان نام برد. بنابراین پیشنهاد می شود پژوهش بر روی نمونه هایی از مراکز درمانی مختلف با دوره پیگیری طولانی تر مورد بررسی قرار گیرد و همچنین توصیه می شود که به منظور قابلیت یافتن تعمیم نتایج، حجم نمونه در محدوده های سنی مورد مطالعه افزایش یابد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی دوستانی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری رساندند صمیمانه تشکر می گردد.

References

1. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive theory of depression*. 1st ed. New York, Guilford Press, 1979; PP: 110-117.
2. Beck AT. *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Harper and Row, 1st ed. New York, Guilford Press, 1967; PP: 100-120.
3. Wells A, Matthews P. Attention and emotion: A clinical perspective. *Cognitive therapy and research* 1994; 3: 120-125.
4. Wells A. *Met cognitive therapy for anxiety and depression*, a practical guide. 5th ed. New York, Guilford Press, 2008; PP: 407-483.
5. Wells A, Papageorgiou C. Treatment of Recurrent Major Depression with Attention Training. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; 7: 407-413.
6. Hashemi Z, Alilu M, Hashemi T. Effectiveness of metacognitive therapy in MDD. *Journal of Medical Science Tabriz University* 2011; 6: 44-89.
7. Mohamadkhani SH. Metacognitive therapy in depression and anxiety. 2nd ed. Tehran, Varay danesh, 2010; PP: 75-80.
8. First MB, Spitzer L, Gibbon M, Williams JB. *Structural clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition*. (SCID_CV). Washington DC, American psychiatric press, 1996; PP: 23-27.
9. Tran G, Smith GP. Behavioral assessment in the measurement of treatment out- comes. In S .N. Haynes, and E.M. Heiby (Eds). *Comprehensive Hand book of psychological Assessment*. 1st ed. New York, Wiley Pub, 2004; PP: 269-290.
10. Sharifi V, Asadi M, Mohammadi M. Validity and reability SCID (DSMIV). *Cognitive science* 2005; 3: 8-12.
11. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology* 1988; 56: 893-897.
12. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression Inventory for measuring depression. *Archives of General psychology* 1996; 4: 561-571.
13. Fata L. Structure of emotional states and cognitive process. *Journal of Iran medical science university* 2004; 6: 385-396.
14. Salavati M. Research about attitude of patient whit OCD. *Journal of Iran medical science university* 2003; 5: 11-18.
15. Wells A. A short form of the met cognition s questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviors Research and Therapy* 2004; 42: 385-396.
16. Dastgiri SH, Godarzi S, Ghanizade M, Taghavi M. Metacognitive beliefs in patient whit OCD, GAD& Con. trol group. *Journal of clinical psychiatric & psychology* 2009; 14: 55-99.
17. Wells A. Effects of dispositional self-focus, appraisal, and attention instructions, on responses to a threatening stimulus. *Anxiety Research* 1990; 3: 291-301.