

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال وحشتزدگی: مطالعه موردی

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۹

تاریخ پذیرش: ۹۱/۳/۹

فرامرز سهرابی*، سلیمان جعفری فرد**، سلمان زارعی***، حسین اسکندری****

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مطالعه‌ی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال وحشتزدگی در بین مراجعه‌کنندگان با تشخیص اختلال وحشتزدگی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین شهر تهران در سال ۸۹ بود. **روش:** از بین جامعه مورد نظر ۱ نفر بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و با پرسشنامه‌های اضطراب بک، سیاهه نشانه‌شناسی مختصر و مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته مورد بررسی قرار گرفت. پژوهش حاضر یک طرح مطالعه تک موردی به صورت خط پایه چندگانه است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شده است. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شدت علائم وحشتزدگی تأثیر مثبت دارد و درصد بهبودی برای بیمار به میزان ۷۲/۴ درصد به دست آمد و این اثرات در دوره پیگیری هم تا میزان زیادی باقی می‌ماند. **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اختلال وحشتزدگی مؤثر است. **واژه‌های کلیدی:** اختلال وحشتزدگی، ذهن آگاهی، شناخت درمانی و مطالعه موردی

asmar567@yahoo.com

* دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

yazdan_jaafari@yahoo.com

** نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

salman_zarei@yahoo.com

*** دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

skand40@yahoo.com

**** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

مقدمه

مشخصه «اختلال وحشتزدگی»^۱ وقوع خود به خود و غیر منتظره حملات وحشتزدگی است که شامل حملات و دوره‌های مجزای ترس می‌باشد و فراوانی بروز آنها از چند حمله در یک روز تا صرفاً تعداد انگشت شماری حمله در یک سال فرق می‌کند. علائم روانی عمده حمله وحشتزدگی عبارت است از: ترس مفرط و احساس قریب‌الوقوع بودن مرگ و نابودی. بیمار اغلب نمی‌تواند علت ترس خود را بیان کند، ممکن است دچار اغتشاش شعور شود و در تمرکز اشکال پیدا کند. نشانه‌های جسمی حمله وحشتزدگی اغلب عبارت است از: افزایش ضربان قلب، تنگی نفس و تعریق. بیمار اغلب می‌کوشد در هر جایی که هست آنجا را ترک کند تا از کسی کمک بگیرد. اگر در حین حمله وحشتزدگی، وضعیت روانی بیمار به‌طور معمول معاینه شود، نشخوار ذهنی، اشکال در صحبت کردن و مختل شدن حافظه دیده می‌شود. بیمار در فاصله حملات ممکن است از اینکه مبادا حمله‌ی دیگری به سراغش بیاید، دچار اضطراب انتظار گردد. اختلال وحشتزدگی اغلب با «بازار هراسی»^۲ همراه است و آن ترس از تنها بودن در اماکن عمومی بویژه اماکنی است که در صورت عارض شدن حمله وحشتزدگی به فرد، خروج سریع از آنجا دشوار است. با این حال در راهنمایی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - ویراست چهارم^۳، باز هم اختلال وحشتزدگی به عنوان اختلال غالب در این زوج بیماری تلقی شده است [۱]. در مطالعات همه‌گیر شناسی، شیوع مادام‌العمر اختلال وحشتزدگی را ۱/۵ تا ۵ درصد و شیوع مادام‌العمر حمله‌های وحشتزدگی را ۳ تا ۵ درصد گزارش کرده‌اند. زن‌ها دو تا سه برابر بیشتر از مردها ممکن است به این اختلال مبتلا شوند. اختلال وحشتزدگی بیش از همه در جوانان روی می‌دهد به طوری که میانگین سنی تظاهر آن حدود ۲۵ سالگی است، البته در هر سنی ممکن است پیدا شود. تحقیقات ارتباط بین تجربیات ناگوار دوران کودکی (از قبیل، از دست دادن والدین، ایجاد کردن محدودیت‌های افراطی برای کودکان توسط والدین) را با اختلالات وحشتزدگی در دوران بزرگسالی در ارتباط دانسته‌اند [۲]. باندلو، لارسون و

گریسون^۴ [۳] تاریخچه تحولی بیماران وحشتزدگی و عادی را با هم مورد مقایسه قرار دادند. گزارش‌های آنها در این پژوهش نشان داد که افرادی با اختلالات وحشتزدگی، آسیب‌ها و ضربه‌های شدید روحی بیشتری را در دوران کودکی خود تجربه کرده بودند که در بین این تجربیات آسیب‌زا می‌توان به مرگ والدین و جدایی از آنها اشاره کرد [۴]. حمله وحشتزدگی در انواع و اقسام اختلالات روانی بویژه در هراس اختصاصی، جمعیت هراسی و اختلال استرس پس از آسیب، اختلالات افسردگی و بیماری‌های طبی نظیر ترک مواد یا مسمومیت با مواد می‌تواند روی دهد [۵]. هر چند تاکنون درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مختلفی برای درمان اختلال وحشتزدگی توسعه داده شده و این درمان‌ها در کارآزمایی‌های مختلفی اثرات قابل قبولی را نشان داده‌اند اما در اکثر موارد این درمان‌ها در جلوگیری از عود، مؤثر نبوده‌اند و بیماران با علائم باقی مانده اختلال مانند تداوم فکر مضطرب کننده در تقلا و مشکل می‌مانند [۶، ۷]. «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی»^۵ برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش بینی کننده عود افسردگی است که توسط سگال، ویلیامز و تیزدل^۶ در سال ۱۹۹۵ مطرح شد [۸]. بنیانگذاران شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با بررسی عوامل تأثیر «رفتار درمانی شناختی»^۷ در درمان افسردگی به این یافته دست یافتند که کارکردن مکرر با محتوای افکار و گرایش‌های اجتنابی عادت‌ی به تدریج موجب ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار و هیجان می‌شود به عبارت دیگر آنها پی بردند که رسیدن به نوعی ارتباط «تمرکززدایی شده»^۸ و توسعه چشم اندازی متفاوت نسبت به افکار و هیجان‌ها عامل اصلی تأثیر درمان‌های شناختی می‌باشد و همین عامل است که توانایی رها شدن از دام نشخوار فکری و عواقب چرخه‌های خلق پایین را از بین می‌برد [۹]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بردارنده، اجزایی از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شده توسط کاباتزین^۹ و شناخت درمانی بک^۱

4- Bandelow, Larson, Grayson

5- mindfulness-based cognitive therapy

6- Segal, Williams, Teasdale

7- Cognitive-Behavior Therapy

8- decentered

9- Kabat-zinn

1- panic disorder

2- agoraphobia

3- DSM-IV

چنین الگوهای فکر تمرکز زدایی کنند و به آنها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی‌های از واقعیت یا ویژگی‌های از «خود»^۷ نیستند [۱۵]. به طور کلی، در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آنها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آنها معمولاً برمی‌انگیزانند جدا کنند و در نهایت معنای آنها را تغییر دهد [۸]. نتایج مطالعه مروری ایوانووسکی و مالهی^۸ [۱۶] روی ۱۹۶۶ مقاله منتشر شده درباره مداخلات مبتنی بر حضور ذهن و مکانیسم‌های اثرگذاری این شیوه‌ها نشان داده است که مداخلات مبتنی بر حضور ذهن در درمان افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت مرزی، روان‌پریشی و رفتارهای خودکشی مؤثر می‌باشد [۱۷]. کابات زین، فیشر و ساموئل^۹ [۱۸] در مطالعه‌ای ذهن آگاهی را روی گروهی از بیماران مبتلا به شکایت‌های اضطرابی و وحشتزدگی به کار گرفتند نتایج نشان داد که تغییرات ایجاد شده پس از درمان در دوره پیگیری در ماه سوم نیز به صورت ثابت باقی مانده بود. در پژوهشی مشابه وینستین، برون و ریان^{۱۰} [۱۹] به این نتیجه رسیدند که تغییرات ایجاد شده به وسیله این درمان حتی در پیگیری سال سوم به صورت ثابت باقی مانده بود. اکثر پژوهش‌های داخلی در مورد کاربرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که البته به درمان شناختی تیزدل معروف شده‌اند روی اختلال افسردگی و افسرده خویی بوده است و تاکنون اثربخشی این درمان روی اختلال وحشتزدگی مورد بررسی و پژوهش قرار نگرفته است. از آنجا که در بیماران وحشتزدگی کانون اصلی توجه به نشانه‌های جسمانی (نفس زدن، افزایش ضربان قلب) و روانی (ترس از مردن) است [۴، ۵] و اهداف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توسعه آگاهی فراشناختی و تمرکز زدایی و توسعه پذیرش نسبت به این حالت‌ها و محتویات ذهنی است [۶، ۸]، هدف کلی پژوهش حاضر شناسایی تأثیر پیاده‌سازی

می‌باشد و در قالب یک درمان گروهی برای کار با افراد دارای تاریخچه افسردگی و در نتیجه آسیب‌پذیر در برابر دوره‌های بعدی توسعه داده شده است. هر چند این رویکرد برای جلوگیری از عود در بیماران افسرده که در دوره بهبودی نسبی^۲ به سر می‌برند ساخته شده با این حال پژوهش‌هایی اثربخشی آن را در اختلالات دیگر مثل اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از آسیب، اختلال دوقطبی، اختلال افسرده خویی و اختلالات اضطرابی تأیید کرده‌اند [۱۰، ۱۱]. فرضیه اساسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آن است که ذهن دارای دو نوع ذهنیت است: «ذهنیت انجامی»^۳ و «ذهنیت بودن»^۴ که از طریق آنها می‌تواند به پردازش تجربه بپردازد. هدف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی این است که بیمار از اثرات باز فعال شدگی ذهنیت انجامی از طریق «پایش خود آیند»^۵ آگاهی یابد و از طریق بکارگیری و ایجاد حالت «حضور ذهن»^۶ در ذهنیت بودن بماند و به مشاهده افکار و احساسات خود از طریق انجام تمرین‌های مکرر روی جهت‌دهی قصدمندانه‌ای توجه به یک شیء خنثی (برای مثال جریان تنفس، یا حس‌های بدنی) بنشیند [۱۲، ۱۳]. به عبارت دیگر در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سه هدف اساسی دنبال می‌شود. الف) تنظیم توجه ب) توسعه آگاهی فراشناختی ج) تمرکززدایی و توسعه پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی. بر اساس گفته‌های ویلیامز [۱۴]، ماهیت افکار هر چقدر هم منفی به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شوند بلکه این شیوه واکنش‌دهی به آنها از طریق فعال شدن یک حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت‌هاست که موجب تداوم و تشدید افکار منفی می‌شود. حضور ذهن به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آنها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند. پرورش آگاهی به این شیوه بیماران را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارانه‌تری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از

- 1- Beck
- 2- remission
- 3- donning mode
- 4- being mode
- 5- automatic pilot
- 6- mindfulness

7- self

8- Ivanovski, malhi

9- Fisher, Samuel

10- Weinstein, Brown, Ryan

۲- پرسشنامه اضطراب بک^۵ (BAI): یک پرسشنامه‌ی خودگزارش ۲۱ ماده‌ای است که برای انعکاس شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک هفته گذشته است. این مقیاس به صورت سه درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و بالاترین نمره‌های که در آن به دست می‌آید ۶۳ است. بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی آن یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ را گزارش کرده‌اند [۲۳].

صلواتی روایی محتوا، همزمان، تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده است [۲۴]. ضریب اعتبار این پرسشنامه در ایران با روش باز آزمایی به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش شده است [۲۵]. در پژوهش حاضر برای این فهرست ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۹ به دست آمد که در حد مطلوب است.

۳- سیاهه نشانه‌شناسی مختصر^۶: این پرسشنامه برای اندازه‌گیری نشانه‌های روان‌پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. BSI از ۵۳ گویه تشکیل شده است که بر اساس شیوه لیکرتی از ۰ (موافق نیستم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود [۲۶]. ابعاد اصلی نشانه‌شناسی که در BSI مورد ارزیابی قرار می‌گیرد عبارتند از علائم جسمانی کردن، وسواسی-جبری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، روان‌پریشی. علاوه بر این آیت‌های نشانه‌شناختی، BSI از چهار آیت‌م اضافه تشکیل شده است: کم شدن اشتها، مشکل در خواب، تفکر درباره مرگ و مردن و احساس گناه که نمره آنها با هم جمع زده می‌شود اما به عنوان یک بعد محاسبه نخواهد شد. برای هر آزمودنی در این آزمون می‌توان هم نمره خام و هم نمره استاندارد محاسبه شود. نمرات BSI معمولاً روی نمودار نشان داده می‌شود و برای هر آزمودنی یک نیم‌رخ رسم می‌شود. تحلیل BSI همانند SCL-90 در سه سطح انجام می‌شود: سطح عمومی، سطح ابعادی و سطح علامت شناختی محض. به صورت کلی از اجرای این آزمون سه نمره کلی به دست می‌آید که عبارتند از شاخص شدت کلی^۷ (GSI)، جمع علائم مثبت^۱ (PST) و شاخص

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در قالب روان‌درمانی انفرادی روی اختلال وحشتزدگی بود.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر در قالب یک طرح مطالعه تک موردی به صورت خط پایه‌ای چند گانه^۱ انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه پژوهش حاضر را مراجعه کنندگان با تشخیص اختلال وحشتزدگی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین تهران تشکیل می‌دادند که دارای پرونده فعال در ماه‌های فصل تابستان ۸۹ بودند. با توجه به طرح پژوهش حاضر از تعداد ۱ مراجع استفاده شد. نمونه این پژوهش به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و بر اساس نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفته است. روان‌پزشک ارجاع دهنده بر اساس ملاک‌های ذکر شده که به صورت مکتوب در اختیار ایشان بود، بیماران واجد شرایط را به درمانگر ارجاع می‌داد. آزمودنی مورد نظر آقایی ۲۲ ساله، دانشجوی لیسانس در رشته مدیریت دولتی است، که حملات وحشتزدگی‌اش از سوم دبرستان شروع شده و دوبار برای درمانش دارو دریافت کرده است ولی به دلیل ترس از عوارض دارو آنها را مصرف نکرده است، سابقه بازار هراسی با حملات وحشتزدگی در خانواده بیمار (مادر) وجود داشته است.

ابزار:

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته^۲ (SCID-1): مصاحبه مزبور ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز^۳ تهیه شد [۲۰]. ترن و اسمیت^۴ ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند [۲۱]. شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد) [۲۲]. توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت‌بخش است.

- 1- multiple baseline design
- 2- Structured Clinical Interview
- 3- First, Spitzer, Gibbon, Williams
- 4- Tran, Smith

- 5- Beck depressive inventory
- 6- Brief Symptom Inventory
- 7- general severity index

جلسه اول) الف- فرمول بندی کلی مراجع. ب- معرفی مدل. ج- هدایت خودکار در برابر ذهن آگاهی. د- ضابطه‌مندی انفرادی برای شکل‌گیری عود و عوامل مرتبط با عود. ه- تمرین کشمش خوری به شیوه ذهن آگاهی؛ ارائه تکالیف و جزوات بر اساس نسخه راهنمای درمان و جزوه مربوط به ارکان ذهن آگاهی.

جلسه دوم) الف- بودن در بدن (تمرکز بر بدن و تجربه حس‌های بدنی راه دیگری برای کسب آگاهی از تجارب درونی و کاهش واکنش‌پذیری نسبت به حملات وحشتزدگی است). ب- آماده‌سازی بیمار برای انجام تمرین واری بدن به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه. ج- تمرین افکار و تحسّات جایگزین. د- ثبت تجارب خوشایند. ه- ارائه تکالیف و جزوات به همراه نوار آموزشی برای انجام تمرین‌ها.

جلسه سوم) الف- معرفی تمرین مراقبه نشسته و منطق اجرای آن و اجرای آن به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه. ب- بررسی تکالیف جلسه گذشته. ج- ثبت وقایع ناخوشایند. د- ارائه تکالیف. ه- شرح مختصر در مورد تمرین مراقبه نشسته (برای اجرای تمرین از دستور راهنمای این روش بر اساس راهنمای درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شده است).

جلسه چهارم) الف- ماندن در زمان حال. ب- مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس اصوات و افکار) به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه. ج- تکنیک سه دقیقه زمان تنفس و معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط موجود احساسات مختل‌کننده‌ای را بر می‌انگیزد. د- ارائه تکالیف.

جلسه پنجم) الف- پذیرش / مجوز حضور. ب- مراقبه نشسته (به ذهن آوری عمدی مشکلات/ دشواری‌ها) از بیمار خواسته می‌شود در جریان مراقبه نشسته تجربه ناخوشایندی را که هنوز آثار روانی آن دامنگیر اوست را به ذهن آورد و به تجربه این افکار با همراه شدن با حس‌های بدنی بنشیند. ج- بحث در مورد تمرین. د- مرور و بررسی تکالیف جلسه قبل. ه- ارائه تکالیف این جلسه.

جلسه ششم) الف- افکار منفی و خلق ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کند (افکار حقایق نیستند). ب- مراقبه نشسته. ج- بازنگری تکالیف. د- چگونه با دردهای هیجانی کار

آشفته‌گی ناشی از علائم مثبت^۲ (PSDT). برای GSI که حساس‌ترین شاخص سطح استیصال تجربه شده می‌باشد کل نمره کسب شده را بر کل پاسخ‌های داه شده تقسیم می‌کنند. PST عبارت است از مجموع گویه‌هایی که در آن، بیمار در آنها پاسخ مثبت و حداقل نمره ۱ را دریافت کرده است. PSDI عبارت از نسبت نمره کسب شده بر PST. اعتبار این پرسشنامه در کارهای روان‌سنجی مختلف بررسی شده است. برای مثال ترینور^۳ [۲۷] اعتبار همزمان BSI را با مقیاس‌های بالینی MMPI محاسبه نمود و ضرایب همبستگی را در دامنه‌ای از ۰/۳۱ تا ۰/۵۶ محاسبه نمود. پژوهش‌ها پایایی بازآزمایی را برای ابعاد در دامنه‌ای از ۰/۶۸ برای جسمانی کردن و ۰/۹۱ برای ترس مرضی به دست داده است. همچنین ضریب بازآزمایی برای شاخص شدت کلی GSI نیز ثبات مناسبی را نشان داده است (۰/۹۱) برای دو هفته). محمدخانی، کیت، امیری و حسینی [۲۸] ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را در نمونه‌ای از بیماران بهبود یافته از افسردگی مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که ضرایب پایایی برای کل آیت‌ها بالا می‌باشد و در دامنه‌ای از ۰/۷۱ تا ۰/۹۶ برآورد شده است.

روند اجرای پژوهش: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در این پژوهش به صورت درمان انفرادی به کار گرفته شده است. در زمینه به کارگیری و ارزشیابی این مداخله درمانی به روش تک‌موردی نسبت به طرح‌های با نمونه بزرگ می‌توان به انعطاف‌پذیری آن اشاره کرد که امکان شکل‌دهی به این درمان جدید را در مورد اختلال وحشتزدگی به وجود می‌آورد و همچنین به دلیل ارزیابی‌های مکرر و پیگیری بیمار در طول درمان اجازه بررسی دلیل و چگونگی ایجاد تغییرات در بیمار اطلاعات بیشتری را به دست می‌دهد. برنامه درمان در ۸ جلسه به مدت ۴۵ دقیقه تا ۱ ساعت انجام گرفته است. سرفصل‌ها، موضوعات، تکالیف و تمرین‌ها بر اساس راهنمای عملی درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شده است. خلاصه جلسات درمانی به شرح زیر صورت گرفته است:

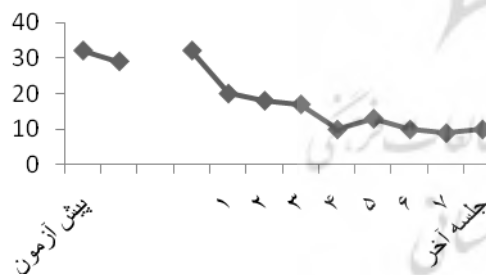
- 1- positive symptom total
- 2- positive symptom index
- 3- Treynor

قابل توجه به ۱۰ رسیده است. در جلسه آخر نیز برابر با ۸ است.

جدول ۱) نمرات آزمودنی در BAI قبل از شروع، حین ملاحظه، پیگیری ۱ ماهه

مراحل درمان	آزمودنی
خط پایه	۲۹
جلسه اول	۳۲
جلسه دوم	۲۱
جلسه سوم	۱۹
جلسه چهارم	۱۷
جلسه پنجم	۱۰
جلسه ششم	۱۳
جلسه هفتم	۱۰
جلسه آخر	۸
پیگیری ۱ ماهه	۱۰

همان طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود نمرات بیمار در مقیاس BAI در دوره‌ی خط پایه، درمان و پیگیری مشاهده می‌شود. بیمار بهبودی معناداری در علائم اضطراب به محض ارائه درمان نشان می‌دهد و تأثیرات درمانی در دوره‌ی پیگیری باقی مانده‌اند.



نمودار ۱) تأثیر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نمره‌های BAI آزمودنی

نتایج نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش شاخص شدت کلی تجربه علائم روان‌پزشکی مؤثر بوده است. برای شناسایی و آزمون این فرض ما شاخص مرتبط با شدت تجربه نشانه‌های روان‌شناختی GSI را بر اساس تقسیم کل نمره کسب شده در BSI بر

کنیم: رنج شما برابر با شما نیست. اما شما می‌توانید کارهای بسیاری برای شفا و سلامتی انجام دهید. ه- ارائه تکالیف این هفته.

جلسه هفتم) الف- شناسایی نشانگان هشدار دهنده عود و توسعه برنامه‌ای عملی برای مقابله با این وضعیت (چگونه می‌توان از خود به خوبی مراقبت کرد). ب- مراقبه نشسته. ج- بازنگری تکالیف خانه. د- ارائه تکالیف این جلسه.

جلسه هشتم) الف- جمع‌بندی آموخته‌ها برای آینده و شروعی نو برای باقی مانده زندگی. ب- تمرین منظم ذهن آگاهی به حفظ تعادل در زندگی کمک می‌کند؛ تمرین وارسی بدنی. ج- بازنگری تکالیف خانگی؛ بازنگری بر آنچه انجام گرفت و بحث در مورد تکنیک و تمرین‌هایی که بیمار در نظر ندارد آنها را دنبال کند. ترغیب بیمار برای یافتن دلایل مثبت برای این کار د- توزیع جزوات جلسه آخر ه- پایان دادن به جلسه روان‌درمانی با آخرین مراقبه (تبله، سنگ، مهره).

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شده است و بر اساس روند نیم‌رخ، اثرات متغیر مستقل روی متغیر وابسته بررسی شد. همچنین برای محاسبه تغییرات درصد بهبودی از فرمول زیر استفاده شده است:

$$\Delta A\% = \frac{AI - AO}{AO}$$

نتایج به دست آمده به شرح زیر می‌باشد: برای سنجش وضعیت اضطرابی فرد از ابزار BAI استفاده کردیم. نمرات بیمار در جدول ۱ آمده است که مجموع داده‌ها بر اساس داده‌های حاصل از این ابزار نشان می‌دهد که این شیوه درمان منجر به کاهش نمره‌های آزمودنی شده است. این اثرات در دوره‌ی پیگیری نیز باقی مانده‌است. این مسأله را می‌توان بر اساس شاخص بهبودی به دست آمده ۷۲/۴ درصدی نتیجه‌گیری نمود. همان طور که جدول ۱ نشان می‌دهد نمره آزمودنی در خط پایه برابر با ۲۹، در جلسه اول ۳۲، و در جلسه دوم ۲۱ است. در جلسه سوم و چهارم نیز نمره آزمودنی کاهش یافته و در جلسه پنجم با یک کاهش

بحث

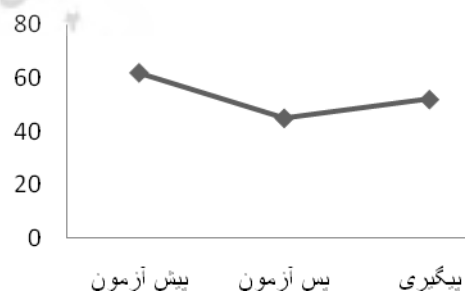
اساساً ذهن آگاهی در معنایی علمی شیوه‌ای برای کنترل توجه است و تیزدل [۲۹] هدف اصلی استفاده از روش ذهن آگاهی را برای کمک به بیماران در دستیابی به شیوه‌ای برای مقاومت در برابر نشخوارهای فکری که به دنبال تغییرات ادراک شده درباره وضعیت جاری و وضعیت مطلوب خلقی به راه می‌افتد بیان می‌کند. در تعریفی که هم توسط کابات زین از ذهن آگاهی ارائه شده است. آن را به عنوان نوعی شیوه توجه کردن معرفی کرده است، «توجه متمرکز بر هدف، در لحظه حال و بدون قضاوت» با این حال باید به این مسأله توجه نمود که ذهن آگاهی در نگاه کابات زین فراتر از شیوه‌ای برای کنترل توجه می‌باشد بلکه او نگاهی عرفانی به این روش دارد و ذهن آگاهی را شیوه‌ای برای زندگی قلمداد می‌کند [۳۰]. نتایج نشان می‌دهند که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش علائم اختلال وحشتزدگی مؤثر است. بر این اساس ما برای سنجش شدت علائم اضطرابی فرد در طی دوره درمان و دوره پیگیری از سیاهه اضطراب بک استفاده کردیم. بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۱ درصد بهبودی برای بیمار به میزان ۷۲/۴ درصد به دست آمد. این نتایج به صورت دیداری در نمودار ۱ نمایش داده شده‌اند. یکی از عواملی که شاید ساده‌ترین توجیه برای این تأثیر باشد پیگیری تمرینات مربوط به ذهن آگاهی توسط آزمودنی می‌باشد این مسأله در پژوهش ولز^۱ و همکاران [۳۱] نیز مورد اشاره قرار گرفته است. همچنین نتایج این مطالعه با یافته‌های کینگستون، دولی، باتس، مامور و مالون^۲ [۳۲] همسو است که نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند درمان مؤثری در کاهش نشخوار فکری در بیماران باشد. پژوهش کینگستون و همکاران نشان داد که نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری در ۱ ماه پس از پایان جلسات باقی می‌ماند و آزمودنی‌ها از مهارت‌های یاد گرفته در موقعیت‌های مهم زندگی خود استفاده می‌کنند. راهکارهای بکار گرفته شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش نشخوار فکری، کنترل توجه و کاهش قضاوتگری است که با تمرین‌های ذهن آگاهی در چارچوب و چشم‌انداز گسترده‌ای

کل پاسخ‌های داده شده محاسبه کردیم و در مرحله بعد نمره به دست آمده را بر اساس نمره هنجاری گروه بیماران روان‌پزشکی سرپایی استاندارد کردیم و نمره استاندارد شده در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری را با هم مقایسه کردیم که نتایج آن در نمودار ۲ ارائه شده است.



نمودار ۲) تغییرات نمره آزمودنی در شاخص GSI در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

نتایج نشان می‌دهد که کاربرد درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش نمره آزمودنی در شاخص آشفتگی ناشی از تجربه علائم مثبت مؤثر است. شاخص آشفتگی ناشی از تجربه علائم یا PSDI عبارت است از کل نمره به دست آورده در آزمون به مجموع گویه‌هایی که بیمار به آنها پاسخ مثبت داده است. در اینجا پس از محاسبه این شاخص نمره خام به نمره هنجاری بر اساس نمرات هنجاری گروه بیماران روان‌پزشکی سرپایی تبدیل شد و در سه مرحله برای بیمار محاسبه گردید و به صورت شماتیک در نمودار ۳ نشان داده شده است.



نمودار ۳) تغییرات نمره آزمودنی در شاخص PSDI در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱ ماهه

1- Wells

2- Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, Malone

شده‌اند نمرات استاندارد بیمار در این شاخص در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری کاهش یافته است ولی معنادار به دست نیامده است. البته این مسأله تا حدودی با ویژگی این شاخص همخوانی دارد. زیرا انتظار داریم بیماری که در تجربه علائم از روش سرکوبی استفاده می‌کند به میزان بیشتری علائم را گزارش دهد و بیماری که بیش از حد در گزارش علائم اغراق و بزرگ نمایی می‌کند به صورت متعادل‌تری علائم را گزارش دهد. مطالعات چندانی روی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شاخص‌های عمومی روان‌پزشکی انجام نشده است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این مورد اشاره کرد که دوره پیگیری ۱ ماهه نمی‌تواند زمان مناسبی برای دوره پیگیری باشد با این حال پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده تأثیر این نوع درمان با طرح‌های قوی‌تر و در نظر گرفتن دوره‌های پیگیری ۳ ماهه و ۶ ماهه سنجیده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی با تعداد نمونه بیشتری اثربخشی و تأثیر این روش با درمان‌های معمولی انفرادی که برای اختلالات اضطرابی وجود دارد مقایسه گردد.

منابع

- 1- Carl B. Hundred answers and questions about panic disorder. New York: Basic Books; 2009: 35-56.
- 2- Wells A, White J, Carter K. Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. Clin Psychol Ther. 2007; 4: 226-232.
- 3- Bandelow S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in panic symptoms. J Personality & Soc Psychol. 1999; 77: 1061-1072.
- 4- Khodayarfard M, Abedi M. Pscho analysis therapy on panic disorder based on object relation ego pstchology. J of Psychol & Educ. 2005; 35: 35-51. [Persian]
- 5- Zargham F. Panic attacks and panic disorder. J Today Med. 2003; 357: 22-33. [persion].
- 6- Mace C. Mind fullness and mental health. New York: Rouldeye press; 2004: 235-256.
- 7- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. Consult Clin Psychol. 2010; 78: 169-183.
- 8- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford press; 2002: 121-145.
- 9- Crane R. Mindfulness-based cognitive Therapy. New York: Rout ledge; 2009: 167-180.

بکار گرفته می‌شوند [۳۳، ۳۴]. نتایج نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش شاخص شدت کلی مؤثر است. شاخص شدت کلی یکی از شاخص‌های کلی است که برای سنجش میزان آشفتگی در BSI محاسبه می‌شود. نمره آزمودنی در این شاخص بر اساس نمره هنجاری T ارائه شده است. نتایج مربوط به نمودار ۲ نشان می‌دهد که نمره‌های استاندارد شده بیمار در این شاخص در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری کاهش مشخصی را داشته است. نتایج این پژوهش همخوان با یافته‌های کیم^۱ [۳۵] می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان تعدیل یافته‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای اختلالات اضطرابی در برابر آموزش روانی اضطراب تأثیر بیشتری در کاهش علائم اضطراب در مقیاس‌های مرتبط با اضطراب را دارد. همچنین یافته‌های پژوهش کیم [۳۵] نشان داد که به کارگیری درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با آموزش روانی در کاهش نمرات وسواس فکری و اضطراب وحشتزدگی تأثیر بیشتری دارد و بین دو گروه از لحاظ سایر ابعاد مقیاس تفاوتی مشاهده نشد. البته ماهیت این مقایسه که نوعی درمان گروهی می‌باشد با مطالعه اخیر که یک طرح مطالعه تک‌موردی با خط پایه چند گانه است تا حدودی کار مقایسه این نتایج را دشوار می‌کند. دلایلی که برای اثربخشی ذهن آگاهی روی این شاخص که ترکیب از نشانه‌های روان‌شناسی را در بر دارد شاید با بینش‌های بر خواسته از ذهن آگاهی که روی پذیرش محتوای ذهنی به جای اجتناب تجربی یا سرکوب نشانه‌ها تأکید می‌کنند همخوان باشد. به عبارتی دیگر زمانی بیمار به جای اجتناب یا برعکس بزرگ نمایی نشانه‌های مختلف نسبت به آنها ذهن آگاهی داشته باشد مسلماً این امر در کاهش شاخص‌های روان‌پزشکی نیز مؤثر خواهد بود. نتایج نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شاخص آشفتگی ناشی از علائم مثبت مؤثر است. شاخص آشفتگی ناشی از علائم مثبت PSDI نیز یکی دیگر از شاخص‌های مربوط به BSI می‌باشد که علاوه بر شدت، میزان آشفتگی و سبک پاسخگویی را نیز نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده که در نمودار ۳ نشان داده

1- Kim

- 26- Derogaitis L. Manual of Brief Symptom Inventory, administration, scoring and procedure manual. New York: Willy Press; 2000: 342-370.
- 27- Treynor W. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cogn Ther Res.* 2003; 27: 247-259.
- 28- Mohamadkhanip, Keit D, Amiri M, Hosseini F. Psychometric properties of the Brief symptom inventory in a sample of recover Iranian depression patients. *J clin & health psychol.* 2009; 50-72.
- 29- Teasdal JD. Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clin Psychol & Psychother.* 1999; 6: 146-156.
- 30- Shcherer-Dickson. current developments of Meta cognitive concepts and their clinical implications: Mindfulness-based cognitive Therapy for depression counseling psychology. *Gen psychol.* 2004; 17: 45-63.
- 31- Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C. Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment. *CognTher Res.* 2007; 40: 751-766.
- 32- Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol & Psychother: Theor, Res & Pract.* 2008; 80: 193-203.
- 33- Chambers R, Lo BC, Allen NB. The impact of intensive mindfulness training on intentional control, cognitive style, and affect. *CognTher & Res.* 2008; 32: 303-322.
- 34- Harrington N, Pickles C. Mindfulness and Cognitive Behavioral Therapy: Are They Compatible Concepts. *J Cogn Psychother.* 2009; 23: 315-323.
- 35- Kim Y. Effectiveness of Mindfulness-based cognitive therapy as an adjunctive to pharmacotherapy in patients with panic disorder or Generalized anxiety disorder. *J dep & Anx.* 2009; 26: 601-606.
- 10- Hayes S. Acceptance, mindfulness and science. *J Clin Psychol.* 2002; 9: 101-106.
- 11- 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. *Arch Gen psychol.* 2003; 12: 35-67.
- 12- Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol.* 2003; 11: 56-78.
- 13- Diodona f. Hand book Of mindfulness. new York: Willy press; 2009: 36-65.
- 14- Williams JMG. Psychological treatment of depression. New York: Routledge; 1992: 87-94.
- 15- Mackay M. Hand book of research method in abnormal and clinical psychology. New York: Guilford Press; 2008: 342-376.
- 16- Ivanovski B, Malhi G. The Psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness form meditation. *Actaneuro psychiatric.* 2007; 76-91.
- 17- Khanipour H. The effect of mindfulness based therapy on depression symptoms: A case study [MA Thesis]. Tehran: AllamehTabatabaee University; 2009: 73-95. [persian].
- 18- KabatZinn A, fisher P, Samuel M. Trishnapatel, Chris R. Brewin. Meta-cognitive therapy in Recurrent and persistent Depression. *CognTher Res.* 2007; 46-78.
- 19- Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, an emotional wellbeing. *J Res Personality.* 2009; 374-385.
- 20- First MB, Spitzer L, Gibbon M, Williams JBW. Structural clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition. (SCIDCV). Washington, DC: Am psychiatr press; 1996.
- 21- Tran G, smith GP. Behavioral assessments in the measurement of treatment out-come. In S. N. Haynes, and E.M. Heiby (Eds). comprehensive Hand book of psychological Assessment. New York: wiley; 2004: 269-290.
- 22- Sharifi V, Asadi SM, Mohhamadi MR. Reliability and Applicability of Structured clinical interview (SCDI) Persian form based on DSM-I. *J new cogn sci.* 2004: 8-22. [Persian].
- 23- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, *J cons clinc psychol.* 1998; 56: 893-897.
- 24- Salavati M. The study of responsibility attitude in patient with obsessive-compulsive disorder [MA Thesis]. Tehran: Psychiatric Institute; 2001: 76-82. [Persian].
- 25- Gharaei B. The study of cognitive models in patient with anxiety and depression [MA Thesis]. Tehran: Psychiatric Institute; 1990: 165-167. [Persian].



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Panic Disorder "Case Study"

Sohrabi, F. Ph.D., Jaafarifard, S. *M. A., Zarei, S. Ph.D student., Eskandari, H. Ph.D.

Abstract

Introduction: The aim of present study was to examine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on panic disorder.

Method: One patient with a history of panic attacks that enrolled for outpatient psychiatric treatment in the waiting list of a hospital was selected via convenience sampling. Research design was conducted as a case study with a multiple baseline design. Data were collected using Structured Clinical Interview for Diagnosis (SCID), Beck Depressive Inventory (BDI) and Brief Symptom Inventory (BSI). Session by session in baseline, treatment and follow up stages, scores were obtained and compared together by percentage improvement and graph presentations.

Results: The result of this study showed that mindfulness-based cognitive therapy has a positive effect on panic disorder and improvement percentage for patient was obtained 72/4, and this effect remained during follow up stages.

Conclusion: Mindfulness-based cognitive therapy is an effective therapy for reducing of panic symptoms.

Keywords: Panic Disorder, Mindfulness, Cognitive Therapy, Case Study

*Correspondence E-mail:
yazdan_jaafari@yahoo.com

