

Effectiveness of cognitive therapy on depression in epileptic patients

*Shahsavari¹ A (MS.c) - Foroghi² S (MS.c)

Abstract

Introduction: Epilepsy is the most common neurological system disorder in the world. Many epileptic patients experience psychological problems the most common of which is depression. One of the methods that nowadays is considered for depression treatment and prevention of relapse is cognitive-therapy. The purpose of this research was to determine the efficacy of cognitive therapy on depression in epileptic patients ..

Methods: This research was an experimental study which was done on 40 epileptic patients (20 interventions and 20 control) with mild to moderate clinical depression diagnosed by Beck Depression Inventory .The people selected had the required conditions to enter the study based on inclusion and exclusion criteria. The data collecting instrument was Beck Depression Inventory (BDI). Researchers used this instrument for depression in both the intervention and control groups before and after intervention during cognitive therapy sessions (10 sessions of 45 min weekly) for intervention group. The data were analyzed by a SPSS version 18.

Results: Analysis of the data showed that the mean scores of Beck in intervention group after cognitive therapy from $36/950 \pm 5/296$ to $30/200 \pm 6/614$ decreased significantly ($p < 0/01$). But was insignificant in control group.

Conclusion: The results indicated that cognitive-therapy with focus on dysfunctional attitudes related to epilepsy is remarkably effective as a complementary therapy in the reduction of co-morbid depression in epileptic patients.

Key word: Depression, epilepsy, cognitive-therapy.

Received: 10 July 2014

Accepted: 30 March 2015

1- MSc in nursing, Department of Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
(Correspondence Author)

E-mail: shahsavari_arezoo@yahoo.com

2- MSc in nursing, PhD Student of Nursing, Department of Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

تأثیر شناخت درمانی بر علائم افسردگی در مبتلایان به صرع

*آرزو شاهسواری^۱، سعید فروغی^۲

چکیده

مقدمه: صرع یکی از اختلالات شایع سیستم عصبی در جهان است. مبتلایان به این بیماری مشکلات روان شناختی بسیاری را تجربه می کنند که شایعترین آن افسردگی است. شناخت درمانی از روش هایی است که امروزه به منظور رفع علائم افسردگی و پیشگیری از عود آن مورد توجه قرار گرفته است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی بر افسردگی در مبتلایان به بیماری صرع انجام شد.

روش: مطالعه حاضر از نوع مداخله ای بود. این مطالعه بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به صرع (۲۰ نفر مداخله و ۲۰ نفر شاهد) که بر اساس پرسشنامه بک مبتلا به نوع خفیف تا متوسط افسردگی بوده و بر اساس معیارهای ورود، شرایط شرکت در مطالعه را داشتند، انجام شد. ابزار گرد آوری اطلاعات نیز پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory (BDI بود. پژوهشگران با استفاده از این ابزار داده های مربوط به افسردگی را در دو گروه مداخله، شاهد و در دو مرحله قبل و بعد از مطالعه که به صورت جلسات شناخت درمانی (۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای هفتگی) برای گروه مداخله انجام گردید، جمع آوری نمودند. سپس داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS v.18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات آزمون افسردگی بک بعد از مداخله شناخت درمانی در گروه مداخله نسبت به قبل از آن به طور معناداری کاهش یافته است و از $36/95 \pm 5/296$ به $30/20 \pm 6/614$ رسید ($p < 0/01$). اما در گروه شاهد تفاوت معنادار مشاهده نشد.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر شناخت درمانی با تمرکز بر نگرش های ناکارآمد ویژه بیماری صرع، می تواند در کاهش افسردگی مبتلایان به صرع به عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان های متداول موثر باشد.

کلید واژه ها: افسردگی، صرع، شناخت درمانی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱۹

۱- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: shahsavari_arezoo@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

مقدمه

افسردگی یک اختلال روانی شایع است که تنش های روحی و روانی قابل توجهی در فرد ایجاد می کند. بررسی ها نشان می دهد این اختلال علاوه بر کاهش کیفیت زندگی منجر به افزایش مرگ و میر نیز می گردد (۱). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، تا سال ۲۰۲۰، افسردگی پس از بیماری های قلبی-عروقی، دومین بیماری تهدید کننده سلامت و حیات در سراسر جهان خواهد بود (۲).

مبتلایان به بیماری های مزمن به طور چشمگیری بیش از سایر افراد در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند به طوری که برخی مطالعات میزان شیوع افسردگی در این بیماران را ۲۳-۱۵ درصد گزارش کرده اند (۳).

صرع نیز یکی از شایعترین اختلالات نورولوژیک مزمن است که ۶۵ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند. تخمین زده می شود ۸۰ درصد مبتلایان به این بیماری در کشورهای با درآمد پائین تا متوسط زندگی می کنند (۴). مطالعات دیگری تعداد مبتلایان به صرع را بیش از ۵۰ میلیون نفر گزارش کرده اند (۵). در مطالعات اپیدمیولوژیک انجام شده در ایران نیز شیوع صرع ۱/۸ درصد گزارش شده است (۶).

مطالعات نشان می دهد شیوع افسردگی در مبتلایان به صرع نسبت به افراد عادی بیشتر است (۷). Jones و همکاران در مطالعه خود شیوع افسردگی در مبتلایان به صرع را چهار تا پنج برابر میزان متوسط آن در جامعه تخمین زده اند (۸). در مطالعات دیگری شیوع افسردگی در مبتلایان به صرع از ۹ تا ۵۵ درصد گزارش شده است که این مقدار ۲۰ تا ۲۵ درصد بیشتر از شیوع آن در جمعیت عادی بوده است، ضمن اینکه این میزان افزایش در مردان ۱-۳ درصد و در زنان ۲-۹ درصد گزارش شده است (۹).

در بررسی ظهیرالدین و همکاران که بر روی ۹۷ نفر از بیماران مبتلا به صرع برای بررسی علائم افسردگی انجام شد نتایج آزمون افسردگی بک نشان داد ۵۱/۶ درصد از بیماران مبتلا به صرع، علائم افسردگی داشتند این نتیجه نشان دهنده میزان بالای افسردگی در این بیماران نسبت به جمعیت عادی

می باشد ضمن اینکه (زنان ۱۰-۲۵ درصد و مردان ۵-۱۲ درصد) این مقدار را تشکیل می دادند (۱۰).

نتایج بررسی صالح زاده و همکاران نیز نشان داد بیماران مبتلا به صرع دارای نگرش های ناکارآمد ویژه ای هستند که سازگاری آنها را با بیماری به میزان زیادی تحت تاثیر قرار می دهد و زمینه ایجاد افسردگی را فراهم می کند. آگاهی فرد از ابتلا به بیماری صرع، موجب احساس درماندگی و خشم وی می شود که نتیجه آن احساس بی ارزشی، عدم پذیرش شرایط موجود و واکنش های نادرست دیگران نسبت به فرد مبتلا است (۱۱).

بر اساس مدل آسیب پذیری شناختی، صرع، نحوه ادراک بیماران از خود و تصور آنها از میزان کارایی شان را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد. همچنین مبتلایان به صرع به علت داشتن ادراک منفی از خود تمایل زیادی دارند شکست های ناشی از مبتلا بودن به یک بیماری نورولوژیک را به ناکارآمدی خود نسبت دهند. آنها با انتقال این حس به سایر تجاربشان عملاً فرصت ها را برای داشتن عملکرد موثر از خود می گیرند (۳). نظریه های روانشناختی در زمینه سبب شناسی افسردگی، باورهای زیربنایی ناکارآمد را از جمله فاکتورهایی می دانند که فرد را نسبت به افسردگی آسیب پذیر می سازد و مطابق با شواهد پژوهشی، افسردگی شایع ترین اختلال روانی همراه با صرع است (۱۲).

در بسیاری از مبتلایان به صرع، ماهیت اجتماعی بیماری یک معضل محسوب می شود. مطالعات نشان می دهند ۲۵ درصد از بالغین مبتلا به صرع نوعی از برچسب های اجتماعی را در نتیجه بیماری خود تجربه می کنند (۱۳). همچنین برخی مطالعات نشان می دهند صرع به میزان ۱۱/۶ درصد با مشکلات روانی، ۵۶/۶ درصد با احساس شرم، ترس، نگرانی و اعتماد به نفس پایین و ۲۶/۶ درصد با احساس برچسب خوردن در اجتماع و نیز افکار منجر به خودکشی ارتباط دارد به طوری که امکان خودکشی در بیماران صرعی، چهار تا پنج برابر جمعیت عادی برآورد شده است (۱۴-۱۶). Sherifa در مطالعه خود نشان داد امکان خودکشی در بیماران مبتلا به صرع به طور

متوسط بین ۳/۳-۱۴ درصد و حداکثر ۲۵-۳۲/۵ درصد بوده است که در مقایسه با جمعیت عادی حدود ۱/۴-۶/۹ درصد بیشتر است (۱۷). بررسی‌ها نشان می‌دهد صرع همراه با افسردگی می‌تواند منجر به افت عملکرد روزانه و تنزل کیفیت زندگی، کاهش پیشرفت تحصیلی (۱۸) و ازدواج، افزایش نرخ بیکاری (۱۹) و افزایش نیاز به درمان‌های پزشکی (۳) شود.

با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در درمان صرع، ۲۰ تا ۳۰ درصد یعنی حدود ۱۵ میلیون نفر از بیماران به درمان دارویی مقاوم هستند و امکان بروز حملات تشنج در آنها همیشه وجود دارد به همین دلیل مبتلایان به صرع همیشه در معرض افسردگی قرار خواهند داشت (۲۰). با این همه افسردگی به عنوان شایعترین اختلال روانی همراه صرع، غالباً مورد غفلت قرار گرفته و تلاشی برای درمان آن نمی‌شود. مطالعات نشان می‌دهند درمان شناختی می‌تواند به اندازه دارودرمانی بر علائم افسردگی تأثیر داشته باشد (۲۱).

شناخت درمانی که آثرون بک ارائه دهنده آن است بر دگرگونی‌های شناختی که فرض می‌شود در شکل‌گیری اختلال افسردگی نقش داشته باشد متمرکز است. هدف شناخت درمانی رفع دوره‌های افسردگی و پیشگیری از عود آنها از طریق شناسایی فرایندهای شناختی منفی و در مقابل ایجاد روش‌های اندیشیدن متفاوت، انعطاف‌پذیر و مثبت و تمرین پاسخ‌های شناختی و رفتاری مفید است (۲۲).

Paykan عقیده دارد به رغم مصرف داروهای ضد افسردگی مشکل عود افسردگی همچنان باقیست و استفاده از شناخت درمانی به طور معنی‌داری میزان عود بیماری را کاهش می‌دهد (۲۳). همچنین رحیمی و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند ترکیب روش‌های دارودرمانی و شناخت درمانی در بیماران مبتلا به افسردگی موثرتر از دارودرمانی یا شناخت درمانی به تنهایی است (۲۴). جاکوبسن و همکاران نیز در مطالعه خود بر روی ۶۶۹ بیمار دریافتند شناخت درمانی تأثیر مثبتی بر درمان افسردگی در مقیاس هامیلتون و نیز افسردگی بک دارد (۲۵).

از آنجا که استفاده از درمان‌های ضد افسردگی در مبتلایان به صرع به دلیل امکان افزایش فراوانی حملات نگران‌کننده است پژوهش حاضر با هدف مشخص کردن کارایی درمان شناختی در اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به صرع انجام شد تا بتوان کارایی این روش را به عنوان یک روش درمانی مکمل به منظور ارتقای بهداشت روان و پیشگیری از افسردگی در مبتلایان به صرع مورد بررسی قرار داد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی است که جامعه آماری آن شامل کلیه افراد مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به بیمارستان امام جعفر صادق (ع) شهرستان الیگودرز در سال ۱۳۹۲ هستند که بر اساس پرسشنامه بک دارای علائم افسردگی خفیف تا متوسط بوده‌اند.

در ابتدا پرسشنامه افسردگی بک برای مبتلایان به صرع مراجعه‌کننده تکمیل گردید سپس از میان بیمارانی که بر اساس پرسشنامه فوق، علائم افسردگی خفیف تا متوسط داشتند، ۴۰ بیمار به طور تصادفی انتخاب شده و در دو گروه مداخله و شاهد (هر گروه ۲۰ بیمار) قرار گرفتند. در ادامه پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک و مشخصات بیماری، توسط پرسشگر برای ۴۰ بیمار تکمیل گردید. در مرحله اول مطالعه، پژوهشگر در قالب یک مطالعه کیفی با روش مصاحبه باز، نگرش‌های ناکارآمد بیماران در گروه مداخله را نسبت به خود، بیماری صرع، تعاملات اجتماعی و .. بررسی و جمع‌آوری نمود. مرحله دوم پژوهش نیز شامل کارآزمایی بالینی بود که در این مرحله، نگرش‌های ناکارآمد و باورهای بیماران طی ۱۰ جلسه شناخت درمانی به صورت هفتگی مورد مداخله قرار گرفت. سایر معیارهای ورود به پژوهش شامل سن ۱۸ تا ۴۰ سال، حداقل تحصیلات سیکل، داشتن سابقه ابتلا به حداقل یک سال صرع شناخته شده و عدم مصرف هرگونه داروی ضد افسردگی بودند. بیماران مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی و مبتلایان به بیماریهای عصبی شناختی جدی مانند تومورهای مغزی و نورودژنراتیو نیز

آگاهی از علائم هشدار دهنده افسردگی و تغییرات خلق. جلسه دهم: مرور کلی فرآیند درمان و تاثیر آن بر مددجو. لازم به ذکر است که در ابتدای همه جلسات بازبینی خلق و پرسش در مورد مطالب مطرح شده قبلی انجام شد. بعد از پایان جلسات شناخت درمانی مجددا پرسشنامه بک در اختیار هر دو گروه قرار گرفت. سپس داده ها استخراج شده با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون های آماری کای اسکوتر، تی مستقل و تی زوجی تجزیه و تحلیل گردید. لازم به ذکر است در اولین مرحله پژوهش، پس از توضیح کامل مراحل کار برای هر یک از شرکت کنندگان، از آنها رضایت نامه آگاهانه و کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید و به آنها اطمینان داده شد که هر گاه بخواهند می توانند مطالعه را ترک کنند. همچنین حفظ اطلاعات افراد از نکات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش بوده است.

یافته ها

در مجموع ۴۰ بیمار مبتلا به صرع در این پژوهش شرکت داشتند که به طور تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد (هر کدام ۲۰ نفر) قرار گرفتند. سن شرکت کنندگان از ۱۸ تا ۳۴ سال، میانگین سنی گروه مداخله ($23/85 \pm 4/01$) و در گروه شاهد ($24/15 \pm 4/33$) بودند. یافته های پژوهش همچنین نشان داد بیشترین افراد شرکت کننده در پژوهش در گروه مداخله، سن کمتر از ۲۵ سال (۶۵ درصد)، مرد (۷۰ درصد) و مجرد (۸۵ درصد) بوده و ۸۰ درصد آنها در شهر زندگی می کردند. همچنین بیشتر آنها تحصیلات متوسطه (۵۰ درصد) داشته و درآمد تا حدودی کافی (۶۵ درصد) داشتند. آزمون کای اسکوتر اختلاف معناداری بین دو گروه از نظر شاخص های دموگرافیک نشان نداد ($P > 0/05$). سایر یافته های دموگرافیک در (جدول شماره ۱) آمده است.

نمرات افسردگی دو گروه بر اساس پرسشنامه بک قبل از اجرای مداخله، با آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد سنجش قرار گرفت و بر اساس تایید توزیع نرمال داده ها و قضیه حد مرکزی از آزمون تی برای بررسی تفاوت ها استفاده گردید. میانگین نمرات آزمون افسردگی بک در گروه مداخله قبل از

از مطالعه حذف شدند. همچنین بیماران در هر دو گروه فقط داروهای ضد صرع را طبق نظر پزشک معالج دریافت می کردند. برای جمع آوری اطلاعات مربوط به افسردگی در این مطالعه از مقیاس افسردگی بک Beck Depression Inventory (BDI) استفاده گردید. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه جداگانه است که هر یک از آنها شامل چهار عبارت است که به هر عبارت نمره های صفر تا ۳ تعلق می گیرد در مواردی که واحدهای پژوهش به دو گزینه جواب دهند امتیاز بالاتر برای آنها محاسبه گردید. نمره کل این آزمون از ۰ تا ۶۳ است. در این پژوهش برای کاهش موارد مثبت کاذب از روشی که برای جمعیت ایرانی توسط کاویانی و همکاران توصیه شده است، استفاده گردید. در این روش امتیاز ۱۵-۰ طبیعی، ۳۰-۱۶ افسردگی خفیف، ۴۶-۳۱ افسردگی متوسط و ۶۳-۴۷ افسردگی شدید در نظر گرفته شده است (۲۶). همچنین ضریب همسانی درونی پرسشنامه بک به کار گرفته شده در این مطالعه قبل از مداخله از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ و بعد از مطالعه ۰/۸۸ محاسبه گردید.

جلسات شناخت درمانی به صورت هفتگی و طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای انجام شد. گروه مداخله علاوه بر مراقبت های معمول در جلسات شناخت درمانی شرکت کرده و گروه کنترل فقط مراقبت های معمول را دریافت کردند. موضوعات مورد توجه شامل موارد زیر بودند: جلسه اول: بررسی انتظارات از درمان، آشنا کردن فرد مراجعه کننده با علائم، علل جسمانی و روانشناختی افسردگی. جلسه دوم: آموزش به مددجو در زمینه مهارت های پیشگیری از افسردگی و عود آن. جلسه سوم: تمرکز روی افکار مثبت و منفی مددجو. جلسه چهارم: بررسی برنامه روزانه مددجو با تاکید بر موقعیت، فکر و احساس. جلسه پنجم: بررسی برنامه روزانه مددجو با تاکید بر آموزش شیوه های کنترل و مقابله با افکار منفی. جلسه ششم: آموزش شیوه های تغییر در عادات قبلی مانند کم تحرکی، بی انگیزگی و... جلسه هفتم: بررسی تغییرات برنامه روزانه مددجو با تاکید بر چگونگی پاسخ گوئی و مقابله و کنترل افکار منفی. جلسه هشتم: بررسی تاثیر پاسخگوئی به افکار منفی بر زندگی مددجو. جلسه نهم:

شناخت درمانی $36/950 \pm 5/296$ و در گروه شاهد شناخت درمانی $35/900 \pm 5/802$ بود. اما این مقدار بعد از مداخله شناختی در گروه مداخله به $30/200 \pm 6/614$ و در گروه شاهد به $36/000 \pm 5/821$ رسید. نتایج آزمون تی مستقل بین نمرات افسردگی بک قبل از مداخله گویای عدم وجود تفاوت معنی دار بین دو گروه بود. نشان داد $(P=0/000)$ ، این تغییر در گروه شاهد دیده نشد. (جدول شماره ۲)

تاثیر شناخت درمانی بر علائم افسردگی در...
شناخت درمانی $36/950 \pm 5/296$ و در گروه شاهد شناخت درمانی $35/900 \pm 5/802$ بود. اما این مقدار بعد از مداخله شناختی در گروه مداخله به $30/200 \pm 6/614$ و در گروه شاهد به $36/000 \pm 5/821$ رسید. نتایج آزمون تی مستقل بین نمرات افسردگی بک قبل از مداخله گویای عدم وجود تفاوت معنی دار بین دو گروه بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی مبتلایان به صرع بر حسب مشخصات جمعیت شناختی ($n=40$)

مشخصات دموگرافیک		مداخله		شاهد	
سن	کمتراز ۲۵ سال	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنس	بیشتر از ۲۵ سال	۶۵	۱۳	۶۰	۱۲
	مرد	۳۵	۷	۴۰	۸
	زن	۷۰	۱۴	۶۵	۱۳
تاهل	مجرد	۳۰	۶	۲۵	۷
	متاهل	۸۵	۱۷	۸۰	۱۶
محل زندگی	شهر	۱۵	۳	۲۰	۴
	روستا	۸۰	۱۶	۷۵	۱۵
تحصیلات	ابتدایی	۲۰	۴	۲۵	۵
	متوسطه	۴۰	۸	۴۰	۸
	دانشگاهی	۵۰	۱۰	۵۵	۱۱
درآمد	ناکافی	۱۰	۲	۵	۱
	تاحدودی کافی	۲۰	۴	۲۰	۴
	کافی	۶۵	۱۳	۶۵	۱۳
شغل	خانه دار	۱۵	۳	۱۵	۳
	آزاد	۳۰	۶	۳۵	۷
	کارمند	۲۵	۵	۲۰	۴
	بیکار	۱۵	۳	۲۰	۴
مدت تشخیص بیماری	کمتراز ۱۰ سال	۳۰	۶	۲۵	۵
	بیش از ۱۰ سال	۷۰	۱۴	۶۰	۱۲
		۳۰	۶	۴۰	۸

جدول شماره ۲- نتایج آزمون تی زوجی بین نمرات آزمون بک قبل و بعد از شناخت درمانی (در هر گروه $n=20$)

نتیجه آزمون	بعد از مطالعه	قبل از مطالعه	میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون بک
$t = -10/411$ $P = 0/000$ $df = 19$	$30/200 \pm 6/614$	$36/950 \pm 5/296$	مداخله
$t = 1/453$ $P = 0/163$ $df = 19$	$36/000 \pm 5/821$	$35/900 \pm 5/802$	شاهد

بحث

بر اساس یافته های پژوهش، در مطالعه حاضر میانگین نمرات آزمون بک بعد از شناخت درمانی در گروه مداخله $6/750$ کاهش یافته است که نشان دهنده تاثیر شناخت درمانی بر علائم افسردگی در بیماران مورد مطالعه می باشد. این یافته با نتایج پژوهش Goldstein، Martinovic و صالح زاده هم خوانی دارد (۲۹-۲۷). علاوه

بر اساس یافته های پژوهش، در مطالعه حاضر میانگین نمرات آزمون بک بعد از شناخت درمانی در گروه مداخله $6/750$ کاهش یافته است که نشان دهنده تاثیر شناخت درمانی بر علائم افسردگی در بیماران مورد مطالعه می باشد. این یافته با نتایج پژوهش Goldstein، Martinovic و صالح زاده هم خوانی دارد (۲۹-۲۷). علاوه

بر آن مطالعات دیگر نیز نشان می دهد شناخت درمانی خطر ابتلا در آینده و پس از پایان درمان را می کاهد بر اساس نتایج این مطالعات، پاسخ دهندگان به دارو درمانی نسبت به پاسخ دهندگان شناخت درمانی، پس از تکمیل دوره درمان به احتمال دو برابر در معرض عود قرار دادند (۳۰).

Dobson در یک گزارش تحلیلی تاکید نمود شناخت درمانی موثرتر از دو وضعیت عدم درمان و درمان غیر اختصاصی است و دست کم اثر همسان با مداخله های دارویی و روانشناختی در افسردگی دارد (۳۱). Scott و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند از ۱۵۸ بیمار افسرده ای که تحت شناخت درمانی قرار گرفتند میزان عود افسردگی در گروه مداخله ۴۷٪ نسبت به گروه کنترل کاهش یافت (۳۲). Jonghe نیز در پیگیری شش ساله بیماران افسرده که تحت تدابیر شناخت درمانی قرار گرفته بودند گزارش کرد شناخت درمانی به طور موثر خطر عود افسردگی را کاهش می دهد (۳۳).

در مورد اثر بخشی مداخلات درمانی برای افسردگی نتایج پژوهش های انجام شده توسط Mynors و همکاران و Unutzer و همکاران نشان داد درصد فروکش کردن بیماری پس از ۳-۸ ماه با داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای ۴۸-۵۲ درصد و روان درمانی (شناختی یا بین فردی) ۴۸-۶۰٪ بوده است. (۳۴-۳۵)

در مدل شناختی افسردگی، محرک خلق افسرده، رویدادهای منفی و پر استرس زندگی است. این رویدادها، بخش عمده زندگی بیماران مبتلا به صرع را تشکیل می دهند. ابتلا به صرع، درمان آن و درگیر بودن همیشگی با یک اختلال عصب شناختی مزمن، طیفی از استرس و آشفتگی روانی را برای بیمار در پی دارد. همچنین عوارض جانبی درمان، ترس از دست دادن کنترل و برچسب های اجتماعی، مشکلات زیادی برای مبتلایان ایجاد می کند. ماهیت غیرقابل پیش بینی حملات، مبتلایان به صرع را اکثرا با موقعیت های پراسترس و ناکام کننده ای مانند مشکلات مربوط به کار و روابط بین فردی مواجه می کند. بررسی ها نشان می دهد مداخله از بعد شناختی این افکار و باورهای منفی را به چالش کشیده، اصلاح می کند و

در مقابل تفکر مثبت را تقویت می نماید (۳۲). نتایج بررسی حاضر نشان داد اصلاح سبک برخورد بیماران با افکار و نگرش های منفی و به چالش کشیدن آن، با ایجاد درک بهتر از خود از طریق به کار گیری روش های شناخت درمانی احتمالا می تواند منجر به بهبود فعالیت، روابط بین فردی و بهبود علائم خلقی در مبتلایان به صرع گردد. لازم به ذکر است از محدودیت های پژوهش می توان به عدم وجود امکانات کافی جهت کنترل برخی متغیرهای مرتبط با بیماری صرع از جمله عدم همگن سازی کامل بیماران از نظر نوع و شدت حملات و داروهای ضد تشنج مصرفی اشاره کرد. اگرچه پژوهشگر با نمونه گیری تصادفی سعی در کنترل آن نمود.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و گزارش های مبتنی بر وجود اختلال های رفتاری، شناختی و اجتماعی که در میان افراد مبتلا به صرع حتی بیماران باهوش بهنجار وجود دارد، به نظر می رسد می بایست، زمینه ها و درمان های روانشناختی و غیر دارویی را بیش از پیش مورد توجه قرار داد. در واقع در نظر گرفتن این مشکلات طی درمان باعث بهبود و اثر بخشی هر چه بیشتر اقدامات درمانی و افزایش کیفیت زندگی در این بیماران خواهد شد. از آنجا که درمان دارویی افسردگی در مبتلایان به صرع ممکن است فراوانی حملات را تحت تاثیر قرار دهد کاربرد آن در این بیماران نگران کننده است. این در حالی است که نتایج مطالعه حاضر نشان می دهند شناخت درمانی، می تواند بر کاهش علائم افسردگی خفیف و متوسط در مبتلایان به صرع موثر باشد. از این رو پیشنهاد می شود با توجه به آسیب پذیری شناختی وسیع در مبتلایان به صرع، از شناخت درمانی به عنوان روش درمانی مکمل در کنار دارو درمانی و سایر اقدامات معمول، به منظور پیشگیری و کنترل علائم افسردگی در این بیماران استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله پژوهشگران از مسئولین و کارکنان بیمارستان امام جعفر صادق(ع) شهرستان الیگودرز و تمامی شرکت کنندگان در پژوهش تشکر می نمایند.

منابع

- 1- Mathers C, Fat DM, Boerma J. The global burden of disease: 2004 update: World Health Organization; 2008.
- 2- Barron LW. Effect of religious coping skills training with group cognitive-behavioral therapy for treatment of depression: Northcentral University, College of psychology; 2007.
- 3- Lee EJ. A cognitive vulnerability model of depression for people with temporal lobe epilepsy: A longitudinal study. Doctor dissertation, University of Wisconsin; 2007.
- 4- Ngugi AK, Bottomly C, Kleinschmidt I, Sander JW, Newton CR (2009) Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia*. In press.
- 5- Banerjee P.N, Filippi D, Allen H.W. The descriptive epidemiology of epilepsy – a review. *Epilepsy Res* 2009; 85(1): 31-45.
- 6- Mohammadi M, Ghanizadeh A. Prevalence of epilepsy and co morbidity of psychiatric disorders in Iran. *Seizure* 2006; 15: 476-82.
- 7- Okubadejo NU, Danesi MA, Aina OF, Ojini FI, Adeyemi JD, Olorunshola DA. Prospective case – control study of interictal depression and suicidal ideation in Nigerians with epilepsy. *Niger Postgrad Med J*. 2007;14:204–8. [[PubMed](#)]
- 8- Jones JA, Hermann BP, Barry, JJ, Gilliam, F, Kanner, AM, Meador, K J. Clinical assessment of axis I psychiatric morbidity in chronic epilepsy: A multicenter investigation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*. 2005;17(2),172-179.
- 9- Beghi E, Roncolato M, Visona` G. Depression and altered quality of life in women with epilepsy of childbearing age. *Epilepsia* 2004; 45: 64–70.
- 10- Zahiroddin A, Ghoreishi F. A survey of depressive symptoms in patients with tonic colonic epilepsy . *Pejouhesh in medicine(journal of shahid beheshti medical college)*. 2006; 30 (4):305-308.(Persian)
- 11- Salehzadeh M. Kalantari, M. Hosein Molavi H. Najafi, M.R. . Nouri, A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy on quality of life in intractable epileptic patients. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011;4(4), .Pg 255-260.(Persian)
- 12- Swinkels WA, van Emade Boas W, Kuyk J, van Duck R, Spinhoven P. *Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy(TLE) and extra-TLE*. *Epilepsia* .2006; 47(12): 2092-2103.
- 13- Bandstra NF, Camfield CS, Camfield PR. Stigma of epilepsy. *Canadian Journal of Neurology Sciences*. 2008; 436-40.
- 14- Souza EAP, Salgado PCB. A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. *Epilepsy and Behavior* 2006; 8(1): 232-8.
- 15- Stefanello S, Marín-Léon L, Fernandes PT, Min LL, Botega NJ. Suicidal thoughts in epilepsy: A community-based study in Brazil. *Epilepsy and Behavior*. 2010; 17(4), 483-488.

- 16- Bolton JM, Robinson J. Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. *Am J Public Health*. 2010; 100:2473-2480
- 17- Sherifa AH, Yaser BE, Elserogy Madleen A Abdou, Mostafa M Abdellah. Risks of suicidality in adult patients with epilepsy. *World Journal of Psychiatry*. 2012 April 22; 2(2): 33-42. ISSN 2220-3206 (online)
- 18- Tosun A, Gokcen S, Ozbaran B, Serdaroglu G, Polat M, Tekgul H, Gokbe S. The effect of depression on academic achievement in children with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 2008; 13(3), 494-498.
- 19- Thompson AW, Miller JW, Katona W, Chaytor N, Ciechanowskia P. Sociodemographic and clinical factors associated with depression in epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 2009; 14(4), 655-660.
- 20- French JA. Refractory epilepsy: clinical overview. *Epilepsia*. 2007; 48 (Suppl 1): 3-7.
- 21- NA, Farias ST, Jorgensen J, Bourgeois JA, Seyal M. Determination of prevalence of depression in an epilepsy clinic using DSM-IV based self-report questionnaire. *Epilepsy Behav*. 2009;15:362-6.
- 22- Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Synopsis of psychiatry*. 9th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 2003;p:356-60.
- 23- Paykan ES. Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *Int J Neu Psycho pharmacol*, 2007 feb;10(1):131-6.
- 24- A. Rahimi F, Shamsaie f, Zarabian MK, Sedehi M. Efficacy of Pharmacotherapy and Cognitive Therapy, Alone and in Combination in Major Depressive Disorder. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences & Health Services*. 2008; 15(1).16-21. (Persian)
- 25- Jakobsen JC, Jane Hansen L, Storeb OJ, Simonsen E, Gluud C. The Effects of Cognitive Therapy versus 'No Intervention' for Major Depressive Disorder. *PLoS ONE*, 2011; 6(12). www.plosone.org
- 26- Kavyani H. Mosavi A. Mohit A. Interview and psychological test. sana publication. Institute for cognitive science studies. 2005;179.
- 27- Goldstein LH. McAlpine M. Deale A. Toone BK. Mellers JDC. Cognitive behavior therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric co-morbidity: Preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency. *Behavior Research and Therapy*. 2003; 47(4), 447-460.
- 28- Martinovic Z, Simonovic P, Djokic R. Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy and Behavior* 2006; 9(4), 619-624.
- 29- Salehzadeh M, Kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Ebrahimi A. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Depression in Intractable Epileptic Patients (with Focusing on Dysfunctional Attitudes in Epilepsy). *Advances in Cognitive Science*, 2010;12(2).pg 59-68. (Persian)

30- Ravindran A, Anisman H, Merali Z, Charbonneau Y, Telner J, et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmaco-therapy. Clinical symptoms and functional impairments. Am J Psychiatry, 1999; 156:1608-1617.

31- Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Cline Psychol, 1989; 57: 414-19.

32- Scott J, Palmer S, Paykel E, Teasdale J, Hayhurst H. Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression. Br J Psychiatry, 2003 Mar; 182:221-7.

33- Jonghe F, Hendriksen M, AAlst G, Kool S, Van R, Eijnen E, et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. Br J Psychiatry. 2004; 189:37-45.

34- Mynors LM, Gath DH, Lioyd AR, Tomlinson D. Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. Int J Psychiatry Med 1996; 26:249-262.

35- Unutzer J, Wayne J, Russo KJ, Simon G, Korff MV, Lin E, et al. Treating major depression in primary care practice: eight month clinical outcomes. Arch Gen Psychiatry 1995; 58:112-118.