

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی: یک کارآزمایی بالینی کنترل‌شده

مریم محمودی^۱، یزدان نادری رجه^۲، عباس مسعودزاده^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۷/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۹/۱۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با توجه به اینکه ذهن آگاهی ممکن است بر سازوکارهای زیربنایی اختلال وحشت‌زدگی تأثیر بگذارد، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی به‌عنوان مکمل دارو است. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش مطالعه‌ای پیش-آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل (لیست انتظار) و پیگیری می‌باشد. تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. هر دو گروه تحت دارودرمانی با نوع و دوز یکسان قرار داشتند. گروه آزمایش تحت درمان MBCT قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار بودند. پرسشنامه باور وحشت‌زدگی، پرسشنامه اضطراب بک، و پرسشنامه افسردگی بک برای جمع‌آوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با آزمون‌های تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** بعد درمان، نمرات بیماران گروه آزمایش در زیرمقیاس‌های شدت علائم، اضطراب انتظار، فاجعه انگاری بدنی، فاجعه انگاری هیجانی و نارضایتی از خود اختلال وحشت‌زدگی کاهش معنی‌داری ($p < 0/05$) نشان دادند. این تغییرات در پیگیری دوماهه پایدار بود. **بحث و نتیجه‌گیری:** بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با اثرگذاری روی سازوکارهای شناختی و مؤلفه‌های درگیر در اختلال وحشت‌زدگی می‌تواند در بهبودی بیماران مبتلا به این اختلال مؤثر باشد. **واژگان کلیدی:** درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال وحشت‌زدگی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره یازدهم، ص ۹۵۸-۹۵۰، بهمن ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: ساری، بیمارستان زارع، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی، تلفن: ۰۱۱-۳۳۲۸۵۶۵۹

Email: masoudzadeh@yahoo.com

مقدمه

بیشتری دارند (۶، ۷). بر طبق پژوهش بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که نتایج دارو پس از قطع آن در نسبت قابل‌توجهی از بیماران (۵۰-۲۵ درصد ثبت‌شده در طول شش ماه)، عود می‌کنند (۸). علاوه بر این بیماران که منع مصرف دارو دارند یا نمی‌خواهند دارو مصرف کنند می‌توانند از روان‌درمانی سود ببرند (۹). به‌روروی، اثربخشی درمان ذهن آگاهی، به‌عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی، در اختلال وحشت‌زدگی به‌خوبی موردپژوهش قرار نگرفته است (۱۰). یکی از رویکردهای درمانی که در سال‌های اخیر برای اختلالات اضطرابی و افسردگی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی است. جان

وحشت‌زدگی یک اختلال مزمن، دوره‌ای و ناتوان‌کننده است (۱-۳). شیوع ۱۲ ماهه اختلال وحشت‌زدگی ۲ تا ۳ درصد است (DSM) و شیوع طول عمر درصد ۴/۷ برآورد شده است. اختلال وحشت‌زدگی موجب درد و رنج فراوان و هزینه‌های اقتصادی سنگین برای بیماران و در پی آن برای جامعه است. علاوه بر این حملات وحشت‌زدگی گزارش‌شده با افزایش عوارض قلبی - عروقی و مرگ‌ومیر در ارتباطاند (۴). رویکردهای درمانی روان‌شناختی و دارویی زیادی برای درمان اختلال وحشت‌زدگی بکار گرفته شده است (۵). پژوهش‌ها نشان دادند که رویکردهای درمانی روان‌شناختی در تسهیل پیامدهای مثبت طولانی‌مدت اثربخشی

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

اضطراب، فوبیا و نگرانی که خود عوامل مؤثر در اختلال وحشت‌زدگی است (۱۷، ۲۱، ۲۲) ارتباط داشته باشد. حساسیت پذیری نسبت به اضطراب با تأثیر مستقیم روی فراوانی حملات اختلال وحشت‌زدگی، پیش‌بینی کننده این بیماری است (۲۲) علاوه بر این ارتباط فوبیا و نگرانی با اختلال وحشت‌زدگی در پژوهش‌های پیشین (۲۳، ۲۴) تأیید شده است. فرضیه و یا سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا روش MBCT به همراه درمان دارویی اثربخش‌تر از روش درمان صرفاً دارویی بر بیماران پانیک است. از آنجایی که پژوهش‌های کنترل شده اندکی اثربخشی MBCT را بر اختلال وحشت‌زدگی مورد بررسی قرار دادند، هدف پژوهش حاضر این است اثربخشی MBCT را به‌عنوان یک درمان مکمل با دارودرمانی مورد ارزیابی قرار دهد.

مواد و روش کار

طرح پژوهش، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل (لیست انتظار) و پیگیری ۲ ماهه می‌باشد. با توجه به اینکه متخصصان روش‌شناختی معتقدند تعداد افراد گروه نمونه در پژوهش آزمایشی در هر گروه حداقل باید ۱۵ نفر باشد، تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی، انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خصوصی شهر کرج (در سال ۱۳۹۴) که توسط روان‌پزشک بر اساس DSM-IV تشخیص اختلال وحشت‌زدگی دریافت کرده و تحت درمان دارویی قرار گرفته بودند، می‌باشند. بیماران از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (لیست انتظار) قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل بیماران مبتلا به اختلال پانیک قبل از ورود به پژوهش و در حین آن تحت دارودرمانی قرار داشته‌اند. دو گروه (هرکدام شامل ۱۵ نفر مرد و زن) در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵، دارای حداقل مدرک تحصیلی سیکل و عدم وجود اختلالات روانی ایجاب‌کننده درمان‌های فوری و ناتوانی جسمانی شدید و معیارهای خروج شامل عدم حضور بیش از سه جلسه در جلسات و نیز عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش منجر به حذف آن‌ها از طرح می‌گردید. همچنین، هر زمان که هر یک از شرکت‌کنندگان مایل به ادامه شرکت در پژوهش نبودند، می‌توانستند از طرح خارج شوند. رضایت اعضا جهت شرکت در مطالعه گرفته شد. پرسشنامه‌ها به‌صورت پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا و نمره‌گذاری شد. سپس گروه آزمایشی طی هشت جلسه دوساعته تحت درمان شناختی مبتنی بر

کابات زین^۱ ذهن آگاهی را، متمرکز کردن توجه به شیوه خاص روی هدف، در لحظه حاضر و بدون قضاوت کردن تعریف نموده است (۱۱). ذهن آگاهی یک مشاهده گسلیده نسبت به محتوای هوشیاری است که می‌تواند برای راهبردهای مقابله‌ای شناختی-رفتاری مفید باشد (۱۰). کابات زین (۱۲) فرض می‌کرد که ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) می‌تواند به‌طور مؤثری علائم اضطراب را در اختلال اضطراب منتشر و اختلال وحشت‌زدگی کاهش دهد. که در یک پژوهش کنترل شده (۱۳)، این فرض را به آزمایش گذاشت که نتایج نشان داد نمرات مقیاس‌های اضطراب کاهش علائم اضطراب را در این دو اختلال بعد از درمان MBSR نشان دادند. همچنین این بهبودی در پیگیری ۳ ساله تداوم داشته است.

در سال ۲۰۰۰ تیزدل MBCT را به‌عنوان یک درمان اصلاح شده و مشتق از ذهن آگاهی به وجود آورده است تا در درمان افسردگی عودکننده آن را بکار برد. اثربخشی این درمان باعث گسترش این رویکرد شد که اخیراً مطالعه‌ای اثربخشی MBCT را روی GAD به‌عنوان یک درمان مکمل همراه با درمان دارویی مورد بررسی قرار دادند که نتایج آن پژوهش نشان داد که MBCT در درمان GAD مؤثر است (۱۴). بر اساس پیشینه پژوهش (۱۵)، این از لحاظ نظری محتمل است که اختلال وحشت‌زدگی ممکن است شامل برخی مؤلفه‌های شناختی خودکارآمدی پایین، حساسیت پذیری بالای اضطراب و سوءتعبیرهای شناختی با و بدون اجتناب فوبیک باشد. بر اساس این مؤلفه‌ها و برخی مؤلفه‌های شناختی دیگر (۱۴، ۱۷) به نظر می‌رسد MBCT می‌تواند بر اختلال وحشت‌زدگی مؤثر باشد. از این‌روی، توجه بالینی به‌کارگیری MBCT در اختلال وحشت‌زدگی به چندین دلیل می‌باشد. نخست اینکه بخش اصلی ساختار MBCT بهبود خودتنظیمی توجه می‌باشد (۱۸) که باعث می‌شود افراد وقتی با موقعیت‌های اضطراب برانگیز مواجه می‌شوند بجای اشتغال ذهنی با افکار هراسناک، مؤثرتر عمل کنند. دوم، در جریان اتخاذ رویکرد تمرکززدایی روی تجارب در تمرین‌های ذهن آگاهی (۱۹) با افزایش سطح تحمل اضطراب به همراه آگاهی از افکار، هیجانات و احساسات بدنی همان‌گونه که هست می‌توان سطح حساسیت به اضطراب را کاهش داد. و سوم اینکه، مطرح است ذهن آگاهی ممکن است شامل یک فرایند فعال ارتباط گشاده با تجربه باشد به این شکل که افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بجای سوءتعبیر افکارشان، ارتباط متفاوتی با افکارشان دارند (۲۰).

بر طبق مفهوم‌پردازی مدل درمانی MBCT برای اختلال وحشت‌زدگی، این درمان می‌تواند با حساسیت پذیری نسبت به

¹. Jon Kabat-zinn

بالا قابل استفاده است. بک، استیر^۵، و براون^۶ (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند.

پرسشنامه اضطراب بک^۷ (BAI): این پرسشنامه برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده و شامل ۲۱ عبارت است که هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است. از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود که برای هر سؤال یک مقیاس چهاردرجه‌ای (از صفر تا ۳) را درجه‌بندی کنند. نمره این پرسشنامه می‌تواند از صفر تا ۶۳ باشد که نمرات بالا نشان‌دهنده شدیدتر بودن اضطراب است. در پژوهشی توسط کاویانی و موسوی (۲۶)، اعتبار و روایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که روایی آزمون ۰/۷۲، پایایی آن ۰/۸۳، و ثبات درونی آن ۰/۹۲ بوده است.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مقیاس‌های وحشت‌زدگی به تفکیک گروه کنترل و آزمایش و پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ آورده شده است. با توجه به جدول ۲ در گروه آزمایش، در تمامی مقیاس‌های وحشت‌زدگی، در مرحله پس‌آزمون کاهش مشاهده می‌شود.

ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه گواه نیز در لیست انتظار باقی ماندند. بعد از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون و سپس پی‌گیری دومانه با همان ابزارها انجام شد و داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار:

پرسشنامه باور وحشت‌زدگی^۲ گیرنبرگ: این پرسشنامه توسط گیرنبرگ^۲ در سال ۱۹۸۹ برای ارزیابی باورهایی که موجب افزایش احتمال واکنش‌های فاجعه‌آمیز نسبت به تجارب بدنی و هیجانی در اختلال وحشت‌زدگی می‌شود، تهیه شده است. این پرسش‌نامه دارای ۴۲ عبارت و ۴ زیرمقیاس شامل اضطراب انتظار، فاجعه بدنی، فاجعه هیجانی و نارضایتی از خود می‌باشد. این پرسشنامه دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۵ می‌باشد. همچنین آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه در محدوده ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران به این شکل است که پایایی ثبات درونی (آلفای کرونباخ) را ۰/۸۹، آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در محدوده ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ گزارش شده است (۲۵).

پرسشنامه افسردگی بک^۴ ویرایش دوم: شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای که نشان‌دهنده شدت علامت افسردگی در مورد خویش است را می‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. این پرسشنامه در جمعیت ۱۳ سال به

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی مقیاس‌های وحشت‌زدگی به تفکیک گروه کنترل و آزمایش و پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

| گروه | مقیاس‌ها | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پی‌گیری |
|--------|-----------------|-----------|------------------|----------|------------------|---------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| آزمایش | اضطراب انتظار | ۵۱/۶۰ | ۹/۸۹ | ۴۷/۲۰ | ۱۲/۲۲ | ۱۱/۳۶ |
| | فاجعه بدنی | ۳۵/۴۰ | ۹/۰۰ | ۳۱/۸۶ | ۸/۲۰ | ۹/۱۱ |
| | فاجعه هیجانی | ۳۹/۹۳ | ۹/۵۱ | ۳۵/۴۶ | ۹/۴۱ | ۹/۷۷ |
| | نارضایتی از خود | ۳۵/۶۰ | ۱۴/۵۰ | ۳۲/۰۶ | ۱۲/۳۱ | ۱۱/۴۴ |
| کنترل | کل | ۱۶۲/۵۳ | ۳۸/۴۴ | ۱۴۶/۶۰ | ۳۷/۹۶ | ۳۶/۷۸ |
| | اضطراب انتظار | ۵۰/۸۰ | ۱۰/۵۰ | ۴۸/۸۰ | ۱۰/۸۰ | ۹/۲۱ |
| | فاجعه بدنی | ۳۸/۳۳ | ۶/۳۸ | ۳۶/۳۳ | ۶/۲۴ | ۶/۹۵ |
| | فاجعه هیجانی | ۴۱/۲۰ | ۸/۷۷ | ۳۹/۵۳ | ۷/۴۸ | ۷/۱۹ |
| کنترل | نارضایتی از خود | ۳۷/۰۰ | ۱۲/۵۹ | ۳۴/۲۰ | ۱۰/۷۲ | ۹/۷۳ |
| | کل | ۱۶۹/۳۳ | ۳۱/۷۵ | ۱۵۸/۸۶ | ۲۶/۸۰ | ۲۵/۴۸ |

⁵Steer

⁶Brown

⁷Beck anxiety inventory

²The panic belief inventory

³Greenberg

⁴Beck depression inventory

افرادی که درمان ذهن آگاهی را هم به عنوان درمان مکمل دریافت نموده اند بیشتر بوده است.

بعد از تجزیه و تحلیل داده نشان داده شد که دو گروه از نظر متغیرهای سن و جنسیت تفاوت معنی دار ($p > 0.05$) نداشتند. شاخص های توصیفی تغییر اضطراب و افسردگی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل، جنسیت و پیش آزمون و پس آزمون و پی گیری در جدول ۲ آورده شده است.

اما میان پس آزمون و پی گیری در مقیاس های فاجعه بدنی، فاجعه هیجانی تفاوتی مشاهده نمی شود. در گروه کنترل نیز در تمام مقیاس ها در مرحله پس آزمون کاهش می شود که در مقیاس فاجعه هیجانی میان پس آزمون و کنترل تفاوت مشاهده نمی شود. حتی در مقیاس فاجعه بدنی افزایش اندکی نیز به دست آمده است. با توجه به تفاوت میانگین ها، مشخص می شود که با وجود پاسخگویی هر دو گروه نسبت به درمان های اعمال شده بر روی آن ها، سرعت پیشرفت

جدول (۲): شاخص های توصیفی متغیر اضطراب و افسردگی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل، جنسیت و پیش آزمون و پس آزمون و

پیگیری

| گروه | جنسیت | پیش آزمون | | پس آزمون | | پی گیری | | |
|--------|-------|-----------|---------|------------------|---------|---------|------------------|-------|
| | | مقیاس ها | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | | انحراف استاندارد | |
| آزمایش | زنان | اضطراب | ۳۹/۹۰ | ۱۰/۱۳ | ۳۴/۷۰ | ۱۳/۱۱ | ۳۴/۸۰ | ۱۴/۱۴ |
| | | افسردگی | ۳۸/۱۰ | ۱۵/۶۳ | ۳۱/۹۰ | ۱۵/۹۱ | ۳۲/۰۰ | ۱۴/۵۲ |
| | مردان | اضطراب | ۴۱/۸۰ | ۱۳/۲۵ | ۳۵/۴۰ | ۱۱/۵۸ | ۳۳/۲۰ | ۸/۱۶ |
| | | افسردگی | ۲۸/۰۰ | ۱۶/۳۵ | ۲۴/۲۰ | ۱۰/۷۰ | ۲۲/۴۰ | ۶/۹۸ |
| کنترل | زنان | اضطراب | ۴۱/۰۰ | ۱۰/۰۹ | ۳۶/۳۳ | ۱۰/۴۷ | ۳۵/۶۶ | ۹/۹۲ |
| | | افسردگی | ۳۱/۴۴ | ۱۴/۸۰ | ۲۷/۸۸ | ۹/۶۷ | ۲۶/۸۸ | ۹/۴۷ |
| | مردان | اضطراب | ۳۸/۶۶ | ۱۰/۰۷ | ۳۶/۰۰ | ۸/۴۸ | ۳۳/۵۰ | ۸/۰۱ |
| | | افسردگی | ۳۰/۵۰ | ۹/۱۵ | ۲۸/۵۰ | ۵/۴۳ | ۲۶/۶۶ | ۵/۶۰ |

کنترل نیز هم اضطراب و هم افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش دارند و در مردان نیز به همین صورت کاهش مشاهده می شود. با توجه به تفاوت میانگین ها، مشخص می شود که با وجود پاسخگویی هر دو گروه نسبت به درمان های اعمال شده بر روی آن ها، سرعت پیشرفت افرادی که درمان ذهن آگاهی را هم به عنوان درمان مکمل دریافت نموده اند بیشتر بوده است.

با توجه به جدول ۲، در زنان گروه آزمایش اضطراب در مرحله پس آزمون کاهش داشته اما با مرحله پیگیری تفاوت مشاهده نمی شود. افسردگی زنان گروه آزمایش نیز در مرحله پس آزمون کاهش و در مرحله پیگیری اندکی افزایش مشاهده می شود. در مردان گروه آزمایش در هر دو متغیر اضطراب و افسردگی، هم در پس آزمون و هم در پیگیری کاهش مشاهده می شود. در گروه زنان

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس روی شدت علائم، اضطراب انتظار، فاجعه انگاری بدنی، فاجعه انگاری هیجانی و نارضایتی از خود

اختلال وحشت زدگی

| متغیر | مقدار | درجه آزادی | میانگین مجذور | درجه F | سطح معنی داری | مقدار اتا |
|---------------------|----------|------------|---------------|---------|---------------|-----------|
| شدت علائم | ۲۳۰۳۸/۷۲ | ۲ | ۲۳۰۳۸/۷۲ | ۵۲/۸۶۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۶۲ |
| اضطراب انتظار | ۱۹۱۳/۷۳۴ | ۲ | ۱۹۱۳/۷۳۴ | ۵۱/۵۵۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۵۶ |
| فاجعه انگاری بدنی | ۱۱۲۹/۷۱ | ۲ | ۱۱۲۹/۷۱ | ۵۲/۸۴۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۶۲ |
| فاجعه انگاری هیجانی | ۱۶۲۰/۷۹ | ۲ | ۱۶۲۰/۷۹ | ۶۰/۳۹۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۹۱ |
| نارضایتی از خود | ۴۲۳۷/۴۲ | ۲ | ۴۲۳۷/۴۲ | ۱۲۳/۵۳۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۲۱ |

همچنین MBCT، بر کاهش فاجعه‌انگاری بدنی در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مؤثر است که با یافته‌های برخی پژوهش‌ها (۳۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته باید بیان داشت که ذهن ما در مورد وقایعی که اتفاق می‌افتد تعبیر و تفسیر می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود. در افرادی که مستعد اختلال وحشت‌زدگی هستند، ذهن دائماً معطوف به افکار ناراحت‌کننده و منفی است که این خود باعث تداوم علائم می‌شود. چون ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش پدیده‌های فیزیکی، همان‌گونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند، بنابراین می‌تواند در تعدیل نمرات فاجعه‌انگاری بدنی کمک نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت شود به عبارت دیگر می‌توان گفت که درمان حضور ذهن، توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات جسمانی و روانی بیشتر می‌کند. زیرا یکی از جنبه‌های مهم MBCT این است که افراد یاد می‌گیرند با افکار و حالات منفی مقابله کنند و حوادث ذهنی و بدنی را به صورت مثبت تجربه کنند (۳۲).

طبق یافته‌های این پژوهش MBCT، بر کاهش فاجعه‌انگاری هیجانی در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نیز مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های سابق (۲۷، ۳۱) همسو می‌باشد. در واقع می‌توان بیان نمود که قضاوت و پیش‌داوری در بسیاری شرایط موجب ایجاد تنش، استرس و ناآرامی در افراد می‌شود و این امر آغازی است برای وقوع فاجعه‌آفرینی، در این بین افزایش فاجعه‌آفرینی نیز هیجان‌ات منفی و استرس را افزایش می‌دهد و این چرخه مخرب می‌تواند منجر به افزایش شدت ترس و کاهش کیفیت زندگی گردد. جهت کاهش استفاده از فاجعه‌آفرینی لازم است تا افراد از قضاوت و داوری فاصله گرفته و احساسات، هیجان‌ات و رویدادها را آن‌گونه که وجود دارند درک کنند. از روش‌های مناسب برای کاهش فاجعه‌آفرینی روش ذهن آگاهی است که با ارائه فن‌های آرام‌بخش و به‌دوراز قضاوت به کاهش استفاده از این راهبرد مقابله غیرانطباقی کمک می‌کند. کابات زین (۱۲) یادآوری می‌کند که مشاهده خالی از قضاوت در ذهن آگاهی می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به‌وسیله ترس فراخوانی شده‌اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت ذهن-آگاهی، توانایی مراجعان را برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر قادر ساخته و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله غیرانطباقی را به دنبال خواهد داشت. این پژوهش نشان داد که MBCT، بر کاهش ناراضی‌تی از خود در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (۲۷) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته باید بیان

نتایج حاصل از جدول ۳ نشان می‌دهد که با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد ($p < 0.05$)، به بیان ساده‌تر می‌توان این‌گونه گفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر کاهش شدت علائم، اضطراب انتظار، فاجعه‌انگاری بدنی، فاجعه‌انگاری هیجانی و ناراضی‌تی از خود اختلال وحشت‌زدگی مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر MBCT، بر کاهش شدت علائم اختلال وحشت‌زدگی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (۱۴، ۲۷، ۲۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان ادعان داشت که به نظر می‌رسد که تمایل به درگیر شدن در فرایندهای پردازشی خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر آگاهی به همراه توجه بدون انعطاف و عدم آگاهی نسبت به لحظه کنونی باعث می‌شود که افراد بیش‌ازپیش به ترس فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار ذهنی زده و در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد کنند. بر مبنای تعاریف موجود در رابطه با حضور ذهن به نظر می‌رسد که حالت بدون قضاوت و بدون ارزیابی موجود در حضور ذهن می‌تواند از آغاز شدن فرایندهای ارزیابی‌کننده شدت ترس ممانعت کرده و با قطع و یا کاهش الگوهای عادت‌گونه در مواجهه با تجربیات مختلف باعث کاهش شدت ادراک ترس شود. دلیل اثربخشی ذهن آگاهی این است که درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به‌طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله‌به‌مرحله بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید (۲۹).

نتایج همچنین نشان دادند که MBCT، بر کاهش اضطراب انتظار در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (۱۰، ۳۰) همسو است. کاتن و همکاران (۳۰) در واقع حضور ذهن به فرد می‌آموزد به جای ارزیابی تجربیات هیجانی و شناختی‌اش، صرفاً به آن‌ها توجه کند. حضور ذهن از طریق کاهش عادت‌های طبقه‌بندی دو مقوله‌ای تجربه، به‌عنوان راهبردی مفید برای تقویت و سازگار نمودن اعمال رفتاری و شناختی در نظر گرفته می‌شود. روش ذهن به دلیل توجه به مفاهیمی مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده-گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی می‌تواند منجر به کاهش اضطراب فرد شود.

به‌عنوان زمینه افکار و تجارب درونی‌اش در نظر بگیرد، آمیختگی شناختی به‌صورت گسلس شناختی در می‌آید و فرد در مسیر رسیدن به ارزش‌ها و درک صحیح خود حرکت خواهد کرد. پروتکل ذهن-آگاهی این است که انعطاف روان‌شناختی ایجاد کند که این انعطاف روان‌شناختی به معنای مجموعه رفتارهایی است که فرد در جهت ارزش‌هایش انجام می‌دهد. با این روش فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی با گسترش افکار خود و جذب افکار بهتر و مثبت‌تر، به کاهش علائم وحشت‌زدگی و درک بهتر و صحیح‌تر از خود نائل شده و رضایت بیشتری از خود به دست می‌آورد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که با توجه به مسائل اخلاقی و اجرائی پژوهشگران قادر نبودند که دو گروه را از لحاظ نوع و دوز داروهای روان‌پزشکی که مصرف می‌کردند مورد همسان‌سازی قرار دهند که پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی به این محدودیت توجه نمایند.

داشت که انسان‌ها به دنبال وقایعی که در زندگی برایشان رخ می‌دهد، تمایل دارند که در مورد خودشان داستانی برای همه زمان‌ها بسازند. مانند تمام انسان‌ها، بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نیز در جستجوی پیوستگی و استمرار و تداوم هستند. درواقع انسان‌ها بر اساس تجاربشان به درکی از خودشان می‌رسند و پیوسته به دنبال شواهدی هستند که با درکشان از خودشان سازگار باشد و از آنچه با آن متناقض است، اجتناب می‌کنند. پیش‌بینی و کنترل رفتارهایشان تنها زمانی ممکن است که بتوانند درک پایداری از خودشان داشته باشند. یک ارتباط سفت‌وسخت و انعطاف‌ناپذیر با خود مفهوم‌سازی شده‌شان یا "خود به‌عنوان محتوا" می‌تواند رفتارهای مختلف را محدود کند. برای بسیاری از بیماران، تعلق و تعهد نسبت به خود مفهوم‌سازی شده، موجب علائم و مشکلاتی در فرد می‌شود و در برخی از بیماران این احساس به وجود می‌آید که مشکلات آن‌ها زندگی‌شان را کنترل می‌کند.

وابستگی به خود مفهوم‌سازی شده و یا درک خود به‌عنوان محتوا در مقابل درک خود به‌عنوان زمینه وجود دارد. اگر فرد خود را

References:

1. Angst J, Vollrath M. The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84(5): 446-52.
2. Association AP. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5: bookpointUS; 2013.
3. Gould RA, Ott MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev* 1995;15(8): 819-44.
4. Na H-R, Kang E-H, Lee J-H, Yu B-H. The genetic basis of panic disorder. *J Korean Med Sci* 2011;26(6): 701-10.
5. Clum GA, Clum GA, Surls R. A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(2): 317.
6. Bruce TJ, Spiegel DA, Hegel MT. Cognitive-behavioral therapy helps prevent relapse and recurrence of panic disorder following alprazolam discontinuation: A long-term follow-up of the Peoria and Dartmouth studies. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(1): 151.
7. Hunt C, Andrews G. Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *J Anxiety Disorders* 1998;12(4): 395-406.
8. Pull CB, Damsa C. Pharmacotherapy of panic disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4(4): 779-95.
9. Landon TM, Barlow DH. Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: current status. *J Psychiatric Practice* 2004;10(4): 211-26.
10. Kim B, Lee S-H, Kim YW, Choi TK, Yook K, Suh SY, et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *J Anxiety Disorders* 2010;24(6): 590-5.
11. Peterson LG, Pbert L. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992;149: 936-43.
12. Kabat-Zinn J. *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Hachette UK; 2005.
13. Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. Three-year follow-up and clinical implications of a

- mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hosp Psychiatry* 1995;17(3): 192-200.
14. Kim YW, Lee SH, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2009;26(7): 601-6.
 15. Casey LM, Oei TP, Newcombe PA. An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clin Psychol Rev* 2004;24(5): 529-55.
 16. Fava L, Morton J. Causal modeling of panic disorder theories. *Clin Psychol Rev* 2009;29(7): 623-37.
 17. Yook K, Lee S-H, Ryu M, Kim K-H, Choi TK, Suh SY, et al. Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. *J Nerv Ment Dis* 2008;196(6): 501-3.
 18. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice* 2004;11(3): 230-41.
 19. Safran J, Segal ZV. *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson, Incorporated; 1996.
 20. Wilson K, Hayes S, Strosahl K. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 2003.
 21. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(4): 415-24.
 22. Stewart SH, Taylor S, Jang KL, Cox BJ, Watt MC, Fedoroff IC, et al. Causal modeling of relations among learning history, anxiety sensitivity, and panic attacks. *Behav Res Therapy* 2001;39(4): 443-56.
 23. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2005;162(6): 1179-87.
 24. Francis JL, Weisberg RB, Dyck IR, Culpepper L, Smith K, Edelen MO, et al. Characteristics and course of panic disorder and panic disorder with agoraphobia in primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007;9(3): 173.
 25. Afshari M, Neshat Doost H, Bahrami F, Afshar H. The effectiveness of meta-cognitive behavioral therapy on the beliefs of panic female patients with panic disorder. *Arak Med Univ J* 2010; 13(1): 9-16. (persian)
 26. Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J* 2008;66(2): 136-40.(Persian).
 27. Sohrabi F, Jaafarifarid S, Zarei S, Eskandari H. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Panic Disorder. *J Clin Psychol* 2013;4(4): 31-43.
 28. Kim B, Cho SJ, Lee KS, Lee J-Y, Choe AY, Lee JE, et al. Factors associated with treatment outcomes in mindfulness-based cognitive therapy for panic disorder. *Yonsei Med J* 2013;54(6): 1454-62.
 29. Cotton S, Luberto CM, Sears RW, Strawn JR, Stahl L, Wasson RS, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. *Early Interv Psychiatry* 2016;10(5):426-34.
 30. Teachman BA, Marker CD, Clerkin EM. Catastrophic misinterpretations as a predictor of symptom change during treatment for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(6): 964.

31. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *J Psychosomatic Res* 2010;68(6): 539-44.

THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER: A RANDOMIZED CONTROL TRIAL

Maryam Mahmodi¹, Yazdan Naderi Rajeh², Abbas Masoudzade^{3*}

Received: 5 Oct, 2016; Accepted: 2 Dec, 2016

Abstract

Background & Aims: Since mindfulness may be effective in basic mechanisms of panic disorder, this study aimed to evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjunct to drug treatment in patients with panic disorder.

Materials & Methods: This pre-experimental study included pre-test/post-test control group (waiting list) and follow-up. Thirty panic patients were selected and randomly assigned into experimental and control groups. Both groups had the same type and dose of medication. The experimental group received MBCT and the control group were on a waiting list. The panic belief inventory, Beck Anxiety Inventory, and the Beck Depression Inventory were used to collect the data and then the data were analyzed using covariance analysis.

Results: After treatment, scores of the experimental group patients revealed significant reduction in severity of symptom, anticipatory anxiety, body catastrophizing, emotional catastrophizing and self-discontent subscales of panic disorder ($p < 0.05$). Also, the changes in two-month follow up were persistent.

Conclusion: Therefore, mindfulness-based cognitive therapy, by affecting cognitive mechanisms and components that are involved in panic disorder, can be effective in improvement of patients with panic disorder.

Keywords: Mindfulness based cognitive therapy, Panic disorder

Address: Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Zare hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Tel: +981133285659

E-mail: masoudzadeh@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2017; 27(11): 958 ISSN: 1027-3727

¹. MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Islamic Azad University, Sari, Iran

². MA in Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³. Associate Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (Corresponding Author)